



COMISIÓN DE ALTO NIVEL

**ENCARGADA DE REINICIAR EL PROCESO DE
ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD**

RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 463-2001-SA/DM

INFORME FINAL

ENERO 2002

CONTENIDO

	Pág.
RESOLUCIÓN MINISTERIAL Nº 463-2001-SA/DM	7
PRESENTACIÓN	8
RESUMEN DEL INFORME FINAL	10
INFORME FINAL	18
I. LOS SISTEMAS DE SALUD EN EL MUNDO	18
II. LOS SISTEMAS DE SALUD EN EL INFORME 2000 DE LA OMS	20
III. SISTEMA NACIONAL DE SALUD	21
A. EL PROCESO DE ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA	21
1. Antecedentes	21
2. Problema, propuesta y acción	21
<i>Problema Nº 1</i> - Desorganización y pobre desempeño del Sistema Nacional de Salud	
<i>Propuesta</i> - Creación del Sistema Nacional Descentralizado de Salud - SNDS	
B. EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD	24
1. Antecedentes	24
2. Problemas, propuestas y acciones	26
<i>Problema Nº 2</i> - Políticas inadecuadas para el acceso a servicios	26
<i>Propuesta</i> - Lineamientos de política sectorial para extender progresivamente la cobertura del subsistema de servicios de salud	
<i>Problema Nº 3</i> - Escasa cobertura	26
<i>Propuesta</i> - Nuevo modelo de cuidado de la salud: con principios, ciudadanía, coordinación y descentralización	
<i>Problema Nº 4</i> - Derecho a la salud para pocos	29
<i>Propuesta</i> - Desarrollar la ciudadanía plena en salud, con derechos y deberes	
<i>Problema Nº 5</i> - Bajo porcentaje de población asegurada	29
<i>Propuesta</i> - Promover el aseguramiento universal en salud	
<i>Problema Nº 6</i> - Falta de un plan mínimo de atención	30
<i>Propuesta</i> - Definir un plan mínimo de atención en todo el sistema de salud	
<i>Problema Nº 7</i> - Incoordinación de los prestadores de salud	31
<i>Propuesta</i> - Coordinación efectiva de los prestadores en el subsistema de servicios de salud e intercambio de servicios	

C. EL SUBSISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD Y LA ORGANIZACIÓN DESCENTRALIZADA DE LOS NIVELES DE ATENCIÓN	32
1. Antecedentes	32
2. Problemas, propuestas y acciones	33
<i>Problema N° 8</i> - Políticas inadecuadas para organizar la atención	33
Propuesta - Lineamientos de política sectorial para la organización descentralizada de los niveles de atención del subsistema de servicios de salud	
<i>Problema N° 9</i> - Niveles de atención desorganizados	33
Propuesta - Organización descentralizada de los niveles de atención del subsistema de servicios de salud	
✓ Planificación de las acciones del subsistema	
✓ Niveles operacionales y de atención	
✓ Categorización	
✓ Niveles de complejidad	
✓ Características de los niveles operativos	
✓ Redes de servicios	
✓ Criterios para la delimitación y conformación de redes de salud	
D. RECURSOS HUMANOS DE SALUD	43
1. Antecedentes	43
2. Problemas, propuestas y acciones	44
<i>Problema N° 10</i> - Ausencia de rectoría en recursos humanos de salud	44
Propuesta - Fortalecimiento de la rectoría en recursos humanos de salud	
<i>Problema N° 11</i> - Políticas inadecuadas de recursos humanos de salud	44
Propuesta - Lineamientos de política sectorial de recursos humanos	
<i>Problema N° 12</i> - Desorden en la formación de recursos humanos	45
Propuesta - Regular la oferta y demanda de recursos humanos	
<i>Problema N° 13</i> - Inequitativa capacitación de recursos humanos	46
Propuesta - Capacitación de recursos humanos con equidad	
<i>Problema N° 14</i> - Mala distribución de los recursos humanos	47
Propuesta - Planificar la distribución adecuada de recursos humanos en todo el país	
<i>Problema N° 15</i> - Severas inconsistencias del SERUMS Comunitaria - SERMEC	47
Propuesta - Creación del Servicio de Medicina y Salud Comunitaria - SERMEC	
<i>Problema N° 16</i> - Agentes comunitarios de salud en abandono	48
Propuesta - Capacitación de los agentes comunitarios por todo el SNDS	
<i>Problema N° 17</i> - Insuficiente información sobre recursos humanos	49
Propuesta - Subsistema integrado de información de recursos humanos	
<i>Problema N° 18</i> - Caos en las prácticas de estudiantes en los servicios	49

	Propuesta - Organizar las prácticas de estudiantes en los servicios	
	<i>Problema Nº 19</i> - Desarticulación docencia - atención de salud	49
	Propuesta - Articulación docencia-atención de salud	
E.	INVESTIGACIÓN EN SALUD	50
	1. Antecedentes	50
	2. Problemas, propuestas y acciones	51
	<i>Problema Nº 20</i> - Ausencia de rectoría en investigación de Salud	51
	Propuesta - Creación de la Dirección de Investigación Científica y Desarrollo de Tecnología en el IDREH	
	<i>Problema Nº 21</i> - Políticas ausentes en investigación de salud	51
	Propuesta - Lineamientos de política sectorial de investigación	
	<i>Problema Nº 22</i> - Falta de determinación de prioridades de investigación en salud	52
	Propuesta - Definir prioridades de investigación en salud	
	<i>Problema Nº 23</i> - Escaso financiamiento para investigación en salud	52
	Propuesta - Promover la creación de un fondo de apoyo a la ciencia y tecnología en salud	
F.	MEDICAMENTOS	52
	1. Antecedentes	52
	2. Problemas, propuestas y acciones	54
	<i>Problema Nº 24</i> - Inadecuada política de medicamentos	54
	Propuesta - Lineamientos de política sectorial de medicamentos	
	<i>Problema Nº 25</i> - Uso y gasto irracional en medicamentos	55
	Propuesta - Organización y desarrollo del subsistema farmacéutico	
	<i>Problema Nº 26</i> - Inadecuada regulación de medicamentos	57
	Propuesta - Nueva legislación	
	<i>Problema Nº 27</i> - Registro sanitario antitécnico	57
	Propuesta - Proceso de acreditación	
	<i>Problema Nº 28</i> - Inadecuado control y vigilancia sanitaria	58
	Propuesta - Proceso de calidad	
	<i>Problema Nº 29</i> - Barrera de acceso a medicamentos	58
	Propuesta - Proceso de suministro	
	<i>Problema Nº 30</i> - Uso inadecuado de medicamentos	59
	Propuesta - Uso racional de medicamentos	
	<i>Problema Nº 31</i> - Insuficiente financiamiento de los Medicamentos	60
	Propuesta - Mejor financiamiento	
	<i>Problema Nº 32</i> - Subsistema de información desarticulado	60
	Propuesta - Organización del subsistema de información	
G.	INVERSIÓN EN SALUD	60
	1. Antecedentes	60
	2. Problemas, propuestas y acciones	63
	<i>Problema Nº 33</i> - Inexistencia de una política de inversión en salud	63
	Propuesta - Lineamientos de política sectorial de inversión en salud	
	<i>Problema Nº 34</i> - Escasez de recursos para inversión en salud	65

Propuesta - Aumentar los recursos del sector salud, especialmente de inversión	
<i>Problema N° 35</i> - Plan de inversiones en salud descoordinado	67
Propuesta - Subsistema de inversión sectorial en salud coordinado	
<i>Problema N° 36</i> - Inadecuada modalidad de compra de bienes y servicios	68
Propuesta - Unificar, estandarizar y definir la estrategia de modalidad de compra de bienes (equipos, medicinas, etc.) y servicios	
<i>Problema N° 37</i> - Desigualdad de condiciones de costo, producción e inversión entre los sectores público y privado	68
Propuesta - Igualdad de condiciones para el sector privado de salud en el Sistema Nacional Descentralizado de Salud	
<i>Problema N° 38</i> - Ausencia en el sector de procedimientos técnicos - administrativos para la implementación del Sistema Nacional de Inversión	69
Propuesta - Cambios en el Sistema Nacional de Inversión Pública	
<i>Problema N° 39</i> - Programación presupuestal desarticulada	69
Propuesta - Consolidación de la aplicación del subsistema de programación y presupuesto	
H. INFORMACIÓN COORDINADA EN SALUD	71
1. Antecedentes	71
2. Problemas, propuestas y acciones	72
<i>Problema N° 40</i> - Inadecuada política de información en salud	72
Propuesta - Lineamientos de política sectorial de información en salud	
<i>Problema N° 41</i> - Sistema de estándares no desarrollado	73
Propuesta - Desarrollo de un subsistema de estándares del SNDS	
<i>Problema N° 42</i> - Carencia de estrategia para la aplicación de estándares	82
Propuesta - Aplicación en el SNDS de los estándares desarrollados	
<i>Problema N° 43</i> - Necesidad de una red de comunicación Electrónica	83
Propuesta - Desarrollo de una red de comunicación electrónica del SNDS	
<i>Problema N° 44</i> - Tecnología de información insuficiente	83
Propuesta - Implementación de soluciones de tecnología de información	
<i>Problema N° 45</i> - Mecanismos de distribución de la información insuficientes	84
Propuesta - Implementación de mecanismos de distribución de información	
I. FINANCIAMIENTO	84
1. Antecedentes	84
2. Problemas, propuestas y acciones	85
<i>Problema N° 46</i> - Inadecuada política de financiamiento en salud	85
Propuesta - Lineamientos de política sectorial de financiamiento en salud	
<i>Problema N° 47</i> - Insuficiente financiamiento en salud	85

<i>Propuesta</i> - Existe la posibilidad de incrementar el financiamiento público y de la salud en la seguridad social	
<i>Problema N° 48</i> - Sustento financiero del aseguramiento	88
<i>Propuesta</i> - Desarrollo de dos fondos para el financiamiento progresivo del aseguramiento universal en salud	
<i>Problema N° 49</i> - Debilidad financiera y administrativa de ESSALUD para afrontar los nuevos retos	92
<i>Propuesta</i> - Bases sólidas para el fortalecimiento y desarrollo de ESSALUD	
<i>Problema N° 50</i> - Modificaciones en los aportes a ESSALUD	92
<i>Propuesta</i> - Diferir toda modificación de aportes mientras no se realicen estudios actuariales	
<i>Problema N° 51</i> - Solicitud de incremento del crédito sobre los aportes a favor de las EPS y situación de las mismas	93
<i>Propuesta</i> - Evaluación de las EPS.	
J. CONCLUSIONES	93
<u>ANEXOS</u>	96
A. TRANSICIÓN EN EL CORTO PLAZO PARA ASEGURAR LA CONTINUIDAD DEL PROCESO	96
B. PROYECTOS DE LEY Y OTROS	96
1. Proyecto de Ley de Creación del Sistema Nacional Descentralizado de Salud - SNDS	96
2. Proyecto de Ley de Incremento de Recursos para el Sector Salud	101
3. Procedimiento sugerido para la elaboración y aprobación de las nuevas leyes de salud, inclusive de salud en la seguridad social	104
C. PERFIL OCUPACIONAL DEL MÉDICO GENERAL INTEGRAL	104
D. HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	106
E. CONSULTORÍAS SOLICITADAS	107
1. Estudio de brechas de oferta y demanda de servicios de salud para la programación de la inversión del sistema	107
2. Estudio de brechas oferta - demanda de recursos humanos del sistema de salud	107
3. Estudios para determinar la tasa de aportación en ESSALUD	108
4. Opinión técnica sobre modificaciones de aportes a ESSALUD	109
F. GLOSARIO	110
G. BIBLIOGRAFÍA	116
H. PARTICIPANTES	118



MINISTERIO DE SALUD

RESOLUCIÓN MINISTERIAL N° 463-2001-SA/DM

Lima, 08 de Agosto de 2001

CONSIDERANDO:

Que, el Decreto Legislativo N° 584, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, y su Reglamento, disponen la organización y funcionamiento progresivo del Sistema Nacional de Salud para concertar políticas y coordinar planes y programas de las instituciones y organizaciones del Sector Salud;

Que, acorde al Artículo 105° del DS N°002-92-SA, Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, por RM N°0650-92-SA/DM y RM N°0678-92-SA/DM, se constituyó la Comisión de Alto Nivel encargada de proponer la organización y funcionamiento de dicho Sistema;

Que, mediante oficio SA-CC-N°047-93, la mencionada Comisión de Alto Nivel, con fecha 24 de Junio de 1993, hizo entrega de la Propuesta al Despacho Ministerial, cuya Sección XII contiene las acciones que se sugiere realizar en el corto plazo orientadas a la organización del Sistema;

Que, la reciente evaluación mundial de los sistemas de salud hace imperativo el reinicio del proceso de organización del Sistema Nacional de Salud;

Con la opinión favorable del Vice Ministro de Salud;

SE RESUELVE:

1° Constituir la Comisión de Alto Nivel encargada de reiniciar el proceso de organización del Sistema Nacional de Salud.

2° Designar a los siguientes miembros de la Comisión:

Dr. Francisco Sánchez Moreno Ramos, quien la presidirá; Dr. Eugenio Elizalde Elguera, Dra. Nelly Gálvez de Llaque, Dr. Carlos Mendoza Reinoso, Dr. Arturo Salazar Larrain, Ing. Juan Sheput Moore, Dr. Manuel Sotelo Baselli y un representante de cada una de las instituciones siguientes: Essalud, Sanidades de las Fuerzas Armadas, Sanidad de la Policía Nacional del Perú, Colegio Médico del Perú, Asociación Peruana de Facultades de Medicina y Asociación de Clínicas y Hospitales Particulares del Perú.

3° La Comisión conformará los Comités de Servicios de Salud, Medicamentos, Inversión en Salud, Sistemas Operativos e Información Coordinada en Salud y de Articulación Docencia-Atención de Salud-Investigación. Para ser miembro de los comités no es requisito pertenecer a la Comisión de Alto Nivel.

4° La Comisión tendrá un plazo de 150 días para cumplir el encargo que se le confiere.

5° Las dependencias del Ministerio de Salud prestarán a la Comisión de Alto Nivel el apoyo técnico y logístico que requiera para el cumplimiento de la misión encomendada.

6° La Comisión queda facultada para solicitar el apoyo y asesoría que requiera de los diversos organismos integrantes del Sector Salud.

Regístrese y comuníquese.

DR. LUIS SOLARI DE LA FUENTE
Ministro de Salud

-----0-----

PRESENTACIÓN

En agosto de 2001, el Ministerio de Salud constituyó la Comisión de Alto Nivel encargada de reiniciar el proceso de organización del Sistema Nacional de Salud, a fin de concertar políticas y coordinar los planes y programas de todas las instituciones y organizaciones del sector. La Comisión fue instalada el 1 de setiembre por el Ministro de Salud Dr. Luis Solari de la Fuente y realizó un total de 39 sesiones, aparte de otras 150 reuniones de seis Comités. La nómina de Coordinadores de estos Comités y de los participantes aparece en el Anexo H.

El trabajo en la Comisión y Comités se realizó durante cinco meses -acorde al plazo establecido por la Resolución Ministerial N° 463-2001-SA/DM- y tuvo el valioso aporte de 127 funcionarios y profesionales del Ministerio de Salud, Ministerio de Economía y Finanzas, Seguro Social de Salud, Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional del Perú, Asociación Peruana de Facultades de Medicina, Asociación de Clínicas y Hospitales Particulares del Perú, Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud, Asociación de Entidades Prestadoras de Salud, Colegio Médico del Perú, Colegio de Enfermeros del Perú, Colegio de Obstetrices del Perú, Colegio Odontológico del Perú, Colegio Químico Farmacéutico de Lima, Academia Peruana de Salud, Sociedad Peruana de Medicina Familiar Integral y Gestión, y ONGs, entre otras instituciones.

La Comisión de Alto Nivel contó asimismo con la apreciada cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud, Organización Internacional del Trabajo, Convenio Hipólito Unanue de la Comunidad Andina de Naciones, Banco Mundial, Banco Interamericano de Desarrollo, Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos, Cooperación Alemana al Desarrollo y Ministerio para el Desarrollo Internacional del Reino Unido.

Independientemente de su procedencia, la plena identificación de todas las personas e instituciones con la tarea asumida ha sido ejemplar, y su colaboración intensa y permanente, lo que hizo posible la construcción de un amplio consenso y la realización de un proceso rápido y eficaz en beneficio del país. Podría afirmarse ahora que constituyen un capital humano en armónica producción -que no debe disgregarse ni detenerse- porque con la experiencia y dinámica ya logradas será la base para nuevas, más complejas e inmediatas etapas en la organización y desempeño del sistema de salud peruano.

Por tanto, la primera prioridad será la garantía de continuidad del proceso reiniciado. Más aún, por esa misma indispensable continuidad, hay pasos siguientes que han tenido que comenzar a darse, como las solicitudes de consultorías a la OIT y USAID, que se mencionan en el Anexo E.

El Informe Final recoge el trabajo de sus seis Comités y propone la creación del Sistema Nacional Descentralizado de Salud - SNDS. Contiene un total de 51 problemas con sus respectivas propuestas concertadas y acciones a realizar sobre el proceso de organización del sistema de salud así como de los diferentes aspectos de un nuevo modelo coordinado y descentralizado de cuidado de la salud, como son acceso a los servicios, aseguramiento universal en salud, procedimiento para los intercambios institucionales de servicios, creación del Servicio de Medicina y Salud Comunitaria - SERMEC, organización descentralizada de los niveles de atención, fomento y coordinación para la formación y capacitación de los recursos humanos requeridos por el sistema, investigación, inversión en salud, acceso y uso racional de medicamentos de calidad, información coordinada en salud y financiamiento. El nuevo modelo, basado en principios, considera proteger los derechos de las personas y promover -con esta moderna organización coordinada- que todo el sistema de salud esté al servicio de ellas. El Informe incluye el Proyecto de Ley de Creación del Sistema Nacional Descentralizado de Salud -de máxima prioridad-, la transición en el corto plazo para asegurar la continuidad del proceso, las consultorías en ejecución, glosario y bibliografía.

El proceso de organización del sistema de salud iniciado con la Resolución Ministerial N° 463-2001-SA/DM está orientado a lograr en los próximos cinco años -mediante la concertación y la coordinación- un desarrollo nacional sin precedentes en salud, y sin duda su evolución será observada con especial interés por todo el país así como por la comunidad internacional.

La Comisión de Alto Nivel expresa su especial agradecimiento al Ministro de Salud Dr. Fernando Carbone Campoverde y al ex Ministro de Salud Dr. Luis Solari de la Fuente, por la confianza depositada en el equipo de trabajo y por el alto honor de haber podido contribuir en tan importante proceso nacional. Agradece, asimismo, a todas las personas e instituciones participantes, por su invaluable aporte a esta trascendente labor.

Dr. Francisco Sánchez Moreno Ramos
Presidente
COMISIÓN DE ALTO NIVEL

RESUMEN DEL INFORME FINAL

En agosto de 2001, por Resolución Ministerial N° 463-2001-SA/DM, el Ministerio de Salud constituyó la Comisión de Alto Nivel encargada de reiniciar el proceso de organización del Sistema Nacional de Salud. La Comisión se instaló el 1 de setiembre de 2001 y contó con la valiosa participación de 127 profesionales de numerosas instituciones nacionales y organismos internacionales. El Informe Final recoge el trabajo de sus seis Comités y contiene un total de 51 problemas con sus respectivas propuestas y acciones a realizar.

ALGUNAS PROPUESTAS

✓ **PROYECTO DE LEY DE CREACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DESCENTRALIZADO DE SALUD - SNDS**

En concordancia con el artículo 9° de la Constitución Política, se plantea la creación del SNDS en el sector salud, **con la finalidad de proponer la construcción concertada de la política nacional de salud, coordinar los planes y programas de las instituciones del sector, descentralizar el cuidado integral de la salud y avanzar hacia la seguridad social universal en salud.**

Conformación del SNDS: El Ministerio de Salud como órgano rector, el Seguro Social de Salud, los servicios de salud de las municipalidades, las sanidades de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional, los servicios de salud del sector privado, las universidades y la sociedad civil organizada. Su participación será obligatoria y se realizará sin perjuicio de la autonomía jurídica, técnica, administrativa, económica y financiera así como de las atribuciones que les confieren la Constitución Política y la Ley.

Niveles de Organización: El Sistema tendrá niveles de organización nacional, regional y local, con prioridad de desarrollo de este último. El **Consejo Nacional de Salud** será el órgano de concertación y coordinación nacional del SNDS. Será presidido por el Ministro de Salud o su representante y estará integrado por otros nueve miembros, que representan respectivamente al Ministerio de Salud, Seguro Social de Salud, las asociaciones de municipalidades del Perú, sanidades de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional, servicios de salud del sector privado, Asamblea Nacional de Rectores, Colegio Médico del Perú, trabajadores del sector y organizaciones sociales de la comunidad. El Consejo Nacional de Salud tendrá el apoyo de la **Secretaría de Coordinación.**

Los niveles regional y local se organizarán acorde al modelo de **municipalización coordinada en los sistemas locales de salud**, que implica la transferencia a las municipalidades de los servicios públicos de salud comprendiendo autoridad y recursos, con la obligación de concertar y articular acciones así como de compartir competencias y responsabilidades en los Comités Regionales y Provinciales de Salud.

El **Comité Regional de Salud**, perteneciente a la Región, será el órgano de concertación, coordinación y articulación regional del SNDS. Será presidido por la autoridad regional de salud y estará integrado por un máximo de otros nueve miembros que representan a las mismas instituciones y organizaciones que conforman el Consejo Nacional de Salud.

El **Comité Provincial de Salud** será el órgano de concertación, coordinación y articulación provincial, ámbito que conjuntamente con los distritos y centros poblados constituyen el nivel local y la prioridad del SNDS. Será presidido por el Alcalde o su representante y estará integrado por un máximo de otros nueve miembros.

✓ **NUEVO MODELO DE CUIDADO DE LA SALUD DEL SNDS**

Con Principios, Ciudadanía, Coordinación y Descentralización

Los modelos de cuidado de la salud tienen especial importancia para un buen desempeño de los sistemas de salud. El nuevo modelo se sustenta en el desarrollo coordinado y descentralizado del SNDS y en los principios siguientes:

- **Universalidad:** Ciudadanía plena en salud, con derechos, deberes y oportunidades de desarrollo social para todos. Cobertura de salud para toda la población.
- **Equidad:** Atención acorde a las necesidades y la cultura de las personas, con respeto de su dignidad.
- **Integridad de la Atención:** Promoción, protección y recuperación de la salud con programas coordinados y descentralizados que aborden de manera integral la salud de las personas, las familias y la comunidad. Prioridad del nivel local y creación del Servicio de Medicina y Salud Comunitaria - SERMEC.
- **Solidaridad:** Es la contribución en proporción a sus ingresos de todos los que pueden hacerla, con pago obligatorio, anticipado y preferentemente dirigido a un fondo mancomunado único. Sin solidaridad no habrá universalidad, equidad ni integridad de la atención. Comprenderlo es indispensable para el éxito del nuevo modelo de cuidado de la salud. **La solidaridad es condición sine qua non para la vigencia de todos los demás principios y sustento del sistema de salud, por lo que es el principio fundamental.** Implica la unión de esfuerzos, normada por el Estado, a fin de hacer posible la atención de toda la población con calidad y eficiencia reales, lo cual se logra mediante la organización nacional, la compra conjunta, la reducción de costos y la gestión técnica.

✓ **CREACIÓN DEL SERVICIO DE MEDICINA Y SALUD COMUNITARIA - SERMEC**

La creación y desarrollo del Servicio de Medicina y Salud Comunitaria - SERMEC en el SNDS -donde el médico general integral con segunda especialización será la base- responde a la necesidad de fortalecer la atención de salud en el nivel local, con énfasis en la promoción de la salud y la resolución de problemas de menor y mediana complejidad.

La especialización en medicina general integral, con las modalidades escolarizada y no escolarizada con creditaje, será opción atractiva. Tendrá prioridad en la asignación de plazas de residentado y asistenciales, a fin de constituir equipos de profesionales generales en los actuales Puestos de Salud, que se convertirán en Puestos Médicos. El médico general integral será incorporado en el SNDS, otorgándosele un puntaje adicional en los concursos de plazas correspondientes a su perfil profesional, así como otros incentivos. El nuevo y moderno SERMEC, de características superiores al SERUMS por tener profesionales generales más capacitados y estables, reemplazará a éste a la brevedad posible.

✓ ORGANIZACIÓN DE LOS NIVELES DE ATENCIÓN DEL SNDS

El subsistema de servicios de salud será organizado descentralizadamente en redes de servicios por niveles de atención y complejidad, con categorización y nomenclatura única de sus establecimientos.

• Niveles de Atención

Un nivel de atención es el conjunto de recursos humanos, físicos y tecnológicos organizados en funciones de producción, con capacidad para resolver problemas de salud hasta un cierto nivel de volumen y complejidad.

- El **primer nivel** (*local*) atenderá del **70 a 80%** de la demanda, de baja complejidad.
- El **segundo nivel** (*regional*) atenderá entre el **12 al 22 %** de la demanda, de complejidad intermedia. Debe cubrir las referencias provenientes del primer nivel.
- El **tercer nivel** (*nacional*) atenderá la demanda del **5 al 10%** de la población, de alta complejidad. Debe resolver las referencias de pacientes tanto del primer como del segundo nivel de atención.

PROPUESTA DE NIVELES DE ATENCIÓN		
NIVEL DE ATENCIÓN	ESTABLECIMIENTO	ÁMBITO
I	* PUESTO DE SALUD	LOCAL
	CONSULTORIO	
	** PUESTO MÉDICO	
	*** POLICLÍNICO	
II	HOSPITAL LOCAL	REGIONAL
	HOSPITAL REGIONAL	
III	****HOSPITAL NACIONAL	NACIONAL
	****INSTITUTO	

- * En transición
- ** Con camas
- *** Especializado
- **** Muy especializado

• Niveles de Complejidad

Complejidad es el *grado de diferenciación de las tareas de un establecimiento y su grado de desarrollo*, alcanzado por la especialización de los recursos humanos y la tecnificación. Se ha definido **cuatro Niveles de Complejidad**, que a su vez corresponden a un Nivel de Atención.

• Niveles Operacionales

El mecanismo de dirección y enlace administrativo del sistema de salud se conforma por los niveles jerárquicos siguientes:

- **Nivel central**, esencialmente normativo y de dirección, y de planeación, organización y control.
- **Nivel intermedio**, de adaptación de normas y manejo de programas y servicios en el ámbito de red.
- **Nivel operativo**, de adaptación de normas, planificación de base y ejecución por medio de los establecimientos de salud.

✓ **ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD**

Por el *gran riesgo económico* que representan los problemas de salud, principalmente las enfermedades catastróficas, tanto en costos de atención como en pérdidas de ingresos para las familias, **el objetivo a largo plazo es el seguro social de salud para toda la población**. En el mediano plazo son indispensables dos grandes estrategias:

- **Extensión de la Cobertura del Seguro Social de Salud - ESSALUD**

En el nuevo modelo solidario y universal de cuidado de la salud, resulta fundamental que el Estado promueva la extensión del seguro social de salud y norme el aseguramiento de la PEA independiente, **siendo prioritaria la incorporación de los trabajadores informales y familiares pertenecientes a la PEA adecuadamente empleada**. La meta a 5 años es cubrir a alrededor del 50% de la población.

- **Prioridad e Impulso al Seguro Integral de Salud - SIS**

El financiamiento público de los servicios de salud debe ser reorientado de manera que levante o reduzca las barreras económicas de acceso para la población más desfavorecida, garantizando así el derecho a la salud. Es decir, **orientando el subsidio público al financiamiento del seguro gratuito de la población en extrema pobreza, y parcialmente a todos los que no tienen seguro social**. La meta a 5 años es la cobertura del 50% restante de la población.

✓ **FINANCIAMIENTO PROGRESIVO DEL SEGURO UNIVERSAL**

Desarrollo de dos fondos para el financiamiento progresivo del seguro universal de salud, que en el largo plazo se mancomunarán en un fondo único:

Seguro Social de Salud -régimen contributivo- para toda la PEA formal e informal adecuadamente empleada y sus familiares, como **objetivo fundamental del SNDS**; y,

Seguro Integral de Salud -régimen impositivo- para toda la población que no pertenezca al seguro social.

Este financiamiento implica dos prioridades: por un lado, el fortalecimiento y desarrollo del Seguro Social de Salud; y de otro, fuerte impulso y desarrollo del Seguro Integral de Salud. Al convertirse la seguridad social en el objetivo fundamental de todo el SNDS y de esta gran Reforma de Salud peruana, resulta imprescindible que la vinculación sectorial de ESSALUD se realice con el Ministerio de Salud y no con el Ministerio de Trabajo, como es en la actualidad. Mantener la duplicación sectorial de salud vigente, con doble rectoría, sólo conduciría a nuevas y grandes frustraciones. Evidentemente, esta vinculación deberá hacerse con el pleno respeto de la autonomía que establece el Proyecto de Ley de Creación del SNDS.

SNDS: ESTIMADOS DE FINANCIAMIENTO Y COBERTURA						
	2001			2006		
FINANCIAMIENTO	US \$ (M)	Cobert. Pobl. (M)	Per Cáp. \$	Meta US \$ (M)	Cobert. Pobl. (M)	Per Cáp. \$
Ministerio de Salud	511			(4) 341		(4) 12
Regiones (CTAR)	242					
Seguro Integral de Salud				1 056	13,6	78
<i>Total: MINSA + CTAR</i>	753	12,1	(5) 59	1 397	13,6	(5) 90
Seg. Social: Asegurados al 2001	817	6,8		858	7,4	(5) 128
Seg. Social: Asegurados al 2006				727	7,4	(5) 110
<i>Total: Seguro Social de Salud</i>	817	(1) 6,8	(5) 132	1 585	(2) 14,8	(5) 119
Sanidades FFAA y PNP	(e) 58	0,8		0	(3) 0	0
Sin cobertura institucionalizada	0	6,5				
TOTALES	(e) 1 628	26,1	(5) 65	(6) 2 982	28,4	(5) 105
Estrategia: Tendencia al Fondo Único, con prestadores públicos y privados						
(1) PEA 2001 = 10'701,000//PEA adec. empl. + 1 dependiente = (e) 9'631,000.						
(2) PEA 2006 = 12'204,000//PEA adec. empl. + 1 dependiente = (e) 10'984,000.						
(3) Las Sanidades de FFAA y PNP integrarían su fondo en el Seguro Social (Pág. 90).						
(4) Gasto de salud pública (colectiva)						
(5) Incluye gasto de salud pública (colectiva) para toda la población = (e) US \$ 12 per cápita.						
(6) Con este incremento del financiamiento el PBI en Salud se elevaría de 4.4% hasta 6 ó 7 %.						

✓ BASES SÓLIDAS PARA EL FORTALECIMIENTO Y DESARROLLO DE ESSALUD

Hacer realidad el derecho a la salud para todos los peruanos significa necesariamente fortalecer y desarrollar el Seguro Social de Salud. Son urgentes numerosos cambios, que deben comenzar con la incorporación decidida de ESSALUD al proceso de transformación y desarrollo que emprenderá el SNDS, estudios matemático actuariales serios, la reorganización administrativa y optimización de su gestión, y su vinculación con el sector salud para potenciar con gran sinergismo las acciones nacionales de salud, respetándose plenamente su autonomía. De otro lado, mientras no se efectúen los estudios matemático actuariales de ESSALUD por reconocidos expertos, debe diferirse toda nueva modificación de los aportes.

✓ COORDINACIÓN EFECTIVA DE LOS PRESTADORES DE SALUD CON INTERCAMBIO DE SERVICIOS

A fin de hacer posible la extensión progresiva de la cobertura, el SNDS promoverá la coordinación efectiva y la complementación de las instituciones prestadoras de servicios de salud, estableciendo mecanismos de uso compartido de servicios a través del intercambio y comercio de los mismos entre todas las instituciones públicas y privadas. Esto requiere aprobar la clasificación única de enfermedades, el tarifario por servicios y el formato único de historia clínica.

✓ ACCESIBILIDAD A MEDICAMENTOS DE CALIDAD

Para lograr la accesibilidad de todos a medicamentos de calidad, se requiere un **Petitorio de Medicamentos Esenciales del SNDS**, aprobado por el Consejo Nacional de Salud, que será el documento referencial para la elaboración de peticiones institucionales y locales. **Se dará prioridad a los medicamentos genéricos con garantía de calidad. La negociación y las adquisiciones se harán coordinadamente por todo el sistema de salud en el nivel central, acorde al principio de subsidiariedad y con pleno respeto a las autonomías institucionales.** Se realizarán con información coordinada y a través de licitaciones marco. Adquisiciones complementarias de menor monto y la distribución serán institucionales y descentralizadas, aplicando mecanismos modernos y eficientes.

✓ ESTANDARIZACIÓN DE LA COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS

Igualmente acorde al principio de subsidiariedad y con pleno respeto a las autonomías institucionales, la idea es que se efectúe la compra anual a través de una oficina especializada dirigida por personal de comprobada honradez, que recibirá los requerimientos de todas las instancias y convocará a licitación por producto o servicio. La compra estará estandarizada; es decir, será de las mismas características en todas las dependencias. Este procedimiento ha sido implementado con éxito en España donde es aplicado por regiones y ha permitido un ahorro promedio de 30%. **Se estima, conservadoramente, que en el caso del Perú podría ahorrarse al menos 20% del monto destinado a la compra de bienes y servicios.** Aún cuando la iniciativa se refiere fundamentalmente a las compras generales públicas, la propuesta es para todo el SNDS.

✓ DESARROLLO DE ESTÁNDARES PARA LA INFORMACIÓN COORDINADA

El desarrollo de estándares es la parte esencial de todo el subsistema de información coordinada en salud. Su construcción e implementación exige activa coordinación entre las instituciones. El uso de estándares en el ámbito de salud posibilita:

- Una mejor comunicación entre prestadores, financiadores y usuarios.
- La transferencia automática de información entre los servicios y niveles de atención.
- Facilidad para realizar estudios epidemiológicos, estadísticos, de costos, financieros, de demanda y riesgo.
- Una mejor relación costo-beneficio.

Existen estándares que son usados alrededor del mundo que, aunque no son perfectos, resultan adecuados para propósitos claves.

TEMA	ESTÁNDAR	ORGANIZACIÓN
Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud	CIE 10 (*)	OMS
Código Único de Medicamentos	CUM	MINSA
Códigos de Procedimientos Médicos	CPT	AMA
Códigos de Profesionales		Colegios Profesionales
Código Único de Usuario	DNI	RENIEC

(*) Clasificación Internacional de Enfermedades y de problemas relacionados con la salud (Conferencia Internacional para la Décima Revisión, 1989).

ANEXOS

A. TRANSICIÓN EN EL CORTO PLAZO PARA ASEGURAR LA CONTINUIDAD DEL PROCESO

- ***EN CASO DE SER POSIBLE LOGRAR LA APROBACIÓN DE LA NUEVA LEY DEL SISTEMA DE SALUD EN LA LEGISLATURA DE MARZO-ABRIL DE 2002***

A fin de garantizar la continuidad del proceso reiniciado de concertación, coordinación y organización del Sistema Nacional de Salud, extender el plazo de la Comisión de Alto Nivel, la cual concluiría sus funciones al instalarse el Consejo Nacional de Salud.

- ***EN CASO DE NO SER POSIBLE LOGRAR LA APROBACIÓN DE LA NUEVA LEY DEL SISTEMA DE SALUD EN LA LEGISLATURA DE MARZO-ABRIL DE 2002***

Designar una nueva Comisión de Alto Nivel con la composición y funciones establecidas para el Consejo Nacional de Salud en los Artículos 4º al 6º del Proyecto de Ley de Creación del Sistema Nacional Descentralizado de Salud, que se incluye en el Anexo B.1 del presente Informe. Esta Comisión seguiría en funciones hasta la aprobación de la Ley y la instalación del Consejo Nacional de Salud.

B. PROCEDIMIENTO SUGERIDO PARA LA ELABORACIÓN Y APROBACIÓN DE LAS NUEVAS LEYES DE SALUD, INCLUSIVE DE SALUD EN LA SEGURIDAD SOCIAL

En diversas Propuestas del presente Informe se fundamenta la necesidad de modificar las leyes siguientes:

1. Ley General de Salud N° 26842,
2. Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud N° 26790, y
3. Ley de Creación de ESSALUD N° 27056.

Por tratarse de temas técnicos así como por la posible diversidad de opiniones, la preparación de las modificaciones constituye una tarea compleja y puede tener serios retrasos, que postergarían el dar nuevo impulso al actual proceso de transformación y desarrollo en salud.

A fin de promover el consenso, facilitar la elaboración técnica y lograr la pronta aprobación de estas leyes, se sugiere tener en cuenta un exitoso procedimiento que se utilizó en enero de 1985 para la formulación y aprobación de la Ley de Política Nacional de Población, posteriormente promulgada por Decreto Legislativo N° 346 vigente hasta la fecha. En aquella oportunidad el Congreso de la República constituyó una Comisión integrada por cinco Senadores, cinco Diputados y cinco Delegados del Poder Ejecutivo para que elaborara el proyecto de Ley, y delegó en el Poder Ejecutivo la facultad de aprobarlo y promulgarlo en el plazo de 180 días, lo que en efecto se hizo.

Para el caso de la modificación de las leyes referidas se puede hacer lo propio, delegando en el Poder Ejecutivo la facultad de aprobarlo y promulgarlo, acorde al Artículo 104° de la Constitución Política. La Comisión podría constituirse con cinco Congresistas miembros de la Comisión de Salud, Población, Familia y Personas con Discapacidad así como cinco Congresistas miembros de la Comisión de Seguridad Social, ambas del Congreso de la República, y cinco Delegados del Poder Ejecutivo. El plazo de la facultad de aprobación y promulgación podría ser igualmente de 180 días.

-----o-----

INFORME FINAL

I. LOS SISTEMAS DE SALUD EN EL MUNDO

Hace varios milenios, cuando las comunidades buscaban aliviar a los enfermos con prácticas mágicas y religiosas, lo hacían en los más diversos lugares. En la Edad Media, los cuidados caritativos de auxilio se realizaron en monasterios y locales de socorro adaptados para ese fin, los que durante siglos fueron siendo mejorados y equipados hasta llegar a convertirse en puestos de asistencia y hospitales. Aunque en algunos casos pudieron esbozarse formas incipientes de sistemas de salud, lo evidente es que el proceso de organización de los sistemas se inicia en el mundo recién a fines del siglo XIX. Antes era impensable la interrelación de servicios para la atención de salud y excepcional alguna protección contra el riesgo financiero de la enfermedad.

Hasta avanzada la segunda mitad del siglo XIX la mayoría de hospitales eran de caridad y beneficencia, y tenían por finalidad acoger huérfanos, indigentes y enfermos crónicos y mentales, así como afrontar los estragos causados por las epidemias. Entonces es cuando ocurren grandes cambios mundiales con la revolución industrial, que transforman la sociedad. Pronto las empresas comprueban que las enfermedades, los accidentes y sus secuelas, y un creciente malestar social, les ocasionan pérdidas elevadas. Éstas las obligaron a mejorar las condiciones de vida de sus trabajadores y a organizar los servicios de salud.

Fue así como en 1883 el canciller alemán Otto von Bismarck impulsa y logra la ley que crea el primer seguro social. Con el aporte obligatorio de los empleadores constituye un fondo de enfermedad para financiar la atención de salud de los trabajadores. Esta norma representó tanto el diseño inicial de la seguridad social como de un modelo de sistema de salud con sustento financiero solidario, que gracias a su eficacia se difundió gradualmente. Por esa misma época, Rusia empieza a establecer una red de servicios para tratamiento gratuito financiado con impuestos. Años después la revolución bolchevique (1917) decretó atención gratuita a la población, creando el modelo estatal de sistema de salud centralizado y único.

De otro lado, la incesante lucha contra las epidemias fue determinante para que los países percibieran en las últimas décadas del siglo XIX que su control hacía indispensables la organización de los servicios de salud y el establecimiento de rectoría sectorial, iniciándose así la creación de ministerios y direcciones de salud.

Otro importante factor en el desarrollo de los sistemas de salud fueron las guerras y sus penosas consecuencias de destrucción, trauma, enfermedad y muerte, que comenzaron a afectar crecientemente la salud. Ya en el siglo XX y luego de causar gran deterioro de los servicios, la Segunda Guerra Mundial condujo al desarrollo moderno de los sistemas. En Gran Bretaña el servicio nacional de urgencias fue determinante en la construcción del sistema de salud. Tuvo gran desarrollo después del Informe Beveridge de 1942, el cual estableció que todas las personas tendrían las mismas oportunidades de beneficiarse con la seguridad social y sus servicios de salud integrales y gratuitos.

La Iglesia Católica contribuyó clara y decididamente en la evolución de la seguridad social, lo cual se comprueba en diversas encíclicas, como Rerum Novarum del Papa León XIII que en 1891 llamó la atención sobre el bienestar y beneficios que corresponden a los obreros y la necesidad de protegerlos ante los accidentes, la enfermedad y la vejez. En 1961 Mater et Magister del Papa Juan XXIII precisó que no habría justicia social ni equidad si a los trabajadores agrícolas y sus familias -por tener menores ingresos- se les diera un seguro social inferior al de los trabajadores de la industria y los servicios, y propuso un mismo trato a los ciudadanos, cualquiera sea el sector económico en el que trabajen, como instrumento eficaz de redistribución de la riqueza.

Para nuevos grandes acontecimientos en el ámbito de los sistemas pasaron algunos años. En 1977 la Asamblea General de la OMS se comprometió a alcanzar la meta mundial de salud para todos en el año 2000, y en 1978 la Conferencia Internacional de Alma-Ata determinó que la estrategia para lograr un nivel aceptable de salud para toda la humanidad es la atención primaria, como función central y núcleo principal del sistema nacional de salud.

Por último, en el 2000 el Informe sobre la Salud en el Mundo de la OMS colocó a los sistemas de salud en el orden del día de todas las naciones. Evaluados los 191 sistemas de los países miembros, se vieron por primera vez unos frente a otros mostrando sus avances o atrasos, sus virtudes y defectos. La necesaria decisión de la OMS para tratar abiertamente el problema se ha convertido así en un inmenso reto, que tiene por objetivo al desarrollo.

AMÉRICA

En 1942 la XI Conferencia Sanitaria Panamericana recomienda la cooperación entre los servicios militares y civiles, y en 1947 la XII Conferencia trata la organización de los servicios nacionales de salud, y las relaciones entre los organismos de salud y las instituciones de seguridad social.

La Carta de Punta del Este de la OEA y su correspondiente Plan Decenal de Salud Pública de la Alianza para el Progreso, proponen en 1961 perfeccionar la organización y administración de los servicios de salud nacionales y locales. Desde entonces se suceden innumerables reuniones de trabajo, destacando en 1963 el Grupo de Estudio de Ministros de Salud de las Américas y en 1965 el Grupo de Estudio sobre Coordinación de la Atención Médica en América Latina, convocado por OEA y OPS.

En 1968 la II Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas considera que una parte importante de la población no tiene acceso a servicios de salud para satisfacer necesidades primordiales; y de otro lado, que hay dispendio y aprovechamiento defectuoso de los recursos disponibles. Por ello recomienda como indispensable y urgente, la adopción de sistemas nacionales de coordinación efectiva de los servicios de salud de los Ministerios, con aquéllos de las instituciones de la seguridad social, universidades y otros organismos públicos y privados.

Finalmente, en 1972 la Publicación Científica N° 234 "Sistemas de Salud" de OPS/OMS, define a la coordinación como la ordenación metódica, en un sistema nacional de salud, del uso de todos los recursos humanos y materiales disponibles en las distintas instituciones públicas y privadas para el cuidado de la salud; y a la integración como la fusión total técnica, administrativa y financiera en un servicio único dependiente del Ministerio de Salud.

II. LOS SISTEMAS DE SALUD EN EL INFORME 2000 DE LA OMS

El Informe sobre la Salud en el Mundo 2000 de la OMS, buscó mejorar el desempeño de los sistemas de salud. La decisión para tratar abiertamente el problema -necesaria y sin precedentes- confirmó mucho de lo que ya se conocía, y generó incomodidades y satisfacciones, dependiendo de cada evaluación pero asimismo de las preferencias ideológicas. Es pertinente revisar algunos aspectos fundamentales modernos de los sistemas de salud, teniendo en cuenta tanto al mencionado informe *-en cuyo contenido pueden identificarse tendencias ideológicas opuestas en un esfuerzo de aproximación-*, como también a una pluralidad de reconocidas opiniones.

Un sistema de salud es el conjunto interrelacionado de instituciones, organizaciones y recursos dedicados a producir actividades de salud, sean en el ámbito de la salud personal, de los servicios de salud pública o de iniciativas intersectoriales. Los sistemas tienen como objetivos mejorar la salud de toda la población, responder a sus expectativas y protegerla contra los costos financieros de la enfermedad. Un sistema de salud es bueno si responde a lo que la gente espera de él y es equitativo si responde igualmente bien a todos, sin discriminación.

Muchos aspectos acerca del desempeño de los sistemas de salud no tienen respuestas claras para un mejor proceder. Existen diversas opciones políticas con diferentes bases técnicas para realizar las funciones y sus resultados son difíciles de medir. Sin embargo, la mayoría de países viene adoptando definiciones de equidad referidas al desempeño de los sistemas, los que se encuentran en profunda transición.

Los sistemas de algunos países funcionan bien, mientras que otros mal, lo que explica las crecientes brechas entre unos y otros, y se debe no sólo a diferencias en los ingresos y gastos, sino también al desempeño de cuatro funciones esenciales: *rectoría, prestación de servicios, generación de recursos humanos y físicos, y recaudación y financiamiento.*

La *rectoría* consiste en guiar y supervisar la realización y el desarrollo de las acciones de salud nacionales en nombre del gobierno, en quien recae la responsabilidad última del desempeño del sistema de salud. Se considera que los ministerios de salud son miopes cuando pierden de vista su objetivo más importante cual es la población en su totalidad. La función rectora tiene cuatro tareas básicas: formular la política de salud definiendo su visión y dirección, recabar y utilizar la información, ejercer influencia por medio de la legislación y reglamentación, y promover la convergencia real de instituciones y actores sociales.

La *prestación de servicios* se realiza de acuerdo a la organización de los sistemas de salud. Existen varios modelos de organización de los sistemas, pudiendo distinguirse entre los que tienen financiamiento único como el seguro social nacional y el servicio nacional único; y aquéllos con financiamiento múltiple como el sistema nacional coordinado, sistema segmentado, mercado regulado, mercado libre y modelos mixtos. La experiencia mundial señala que el grado de estructuración del sistema, la mancomunación de recursos en un fondo único y la proporción del gasto público en salud son factores críticos para el logro de la equidad, eficacia y satisfacción. En América Latina predominan los modelos mixtos con alto grado de segmentación vertical: ministerios de salud, seguros sociales, beneficencias, fuerzas armadas y sector privado, que prestan servicios a grupos separados, recaudan y asignan fondos, y tienen sus propios proveedores.

La *generación de recursos humanos y físicos* requiere conjugar un considerable número de insumos, que se pueden agrupar en tres áreas: recursos humanos, equipos y bienes fungibles. El área de recursos humanos es la más importante y compleja.

Considerando estrictamente la *recaudación y el financiamiento*, muchos países están por debajo de su potencial de desempeño. El pago anticipado o pre-pago constituye la forma más idónea de recaudación de ingresos y conduce a mayor equidad en la contribución financiera, mientras que los pagos directos impiden el acceso a la atención de salud. Una mayor equidad en el financiamiento también se logra mediante la mancomunación de recursos, lo que implica la creación de un fondo común amplio, de ser posible único, a fin de repartir el riesgo financiero y reducir el riesgo individual.

Sin solidaridad no hay universalidad ni equidad. Por eso, el principal desafío es el desarrollo de la seguridad social y un avance significativo en la extensión de cobertura de los trabajadores formales e informales y familiares, así como de otros grupos no cubiertos, para lo cual es indispensable fortalecer la solidaridad en el financiamiento y mejorar los mecanismos de asignación de recursos.

III. SISTEMA NACIONAL DE SALUD

A. EL PROCESO DE ORGANIZACIÓN DEL SISTEMA

1. ANTECEDENTES

Por Decreto Ley N° 22365 en 1978 se creó el Sistema Nacional de Servicios de Salud, el Consejo Nacional de Salud y los Consejos Regionales, para coordinar todos los servicios de salud del país en los niveles nacional, regional y local, sistema que tuvo año y medio de intensa y fructífera labor. Desde mediados de 1980, al carecer de suficiente apoyo político del nuevo gobierno, ocurrió su debilitamiento y posterior total desactivación, no obstante que el artículo 16° de la Constitución Política de 1979 acababa de establecer la responsabilidad del Poder Ejecutivo para organizar un sistema nacional de salud descentralizado y desconcentrado, que planificara y coordinara la atención integral de salud.

Después de once años, con el mandato constitucional de 1979 se promulgó en 1990 la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud -Decreto Legislativo N° 584-, mediante la cual se constituyó el Consejo Nacional de Salud como órgano de coordinación del Sistema Nacional de Salud (Art. 11°). Por haber sido dada la ley también casi al término de un gobierno, se omitieron las normas para definir y organizar dicho Sistema, por lo que éste no llegó a funcionar.

Sin embargo, en 1992, con sustento en el Decreto Legislativo N° 584, se aprobó el Decreto Supremo N° 002-92-SA que creó las Zonas de Desarrollo Integral de la Salud - ZONADIS, sistemas locales de salud que comenzaron rápidamente a constituirse y desarrollarse con éxito en numerosos departamentos, pero que muy pronto igualmente perdieron el apoyo político, esta vez por decisión del mismo gobierno. En 1994 se inició la desactivación de los sistemas locales de salud al expedirse el Decreto Supremo N° 01-94-SA, que creó los Comités Locales de Administración de Salud - CLAS dependientes del gobierno y con administración compartida desconcentrada.

2. PROBLEMA, PROPUESTA Y ACCIÓN

PROBLEMA N° 1 - DESORGANIZACIÓN Y POBRE DESEMPEÑO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

El sistema de salud en el Perú está segmentado y desorganizado, lo que dificulta la rectoría, impide articular eficazmente las acciones de los prestadores de servicios de salud y es causa de duplicaciones e ineficiencia. El Ministerio de Salud, el Seguro Social, las municipalidades, las sanidades de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional, el sector privado

y la comunidad actúan sin coordinación y aisladamente, lo que no permite al sector salud funcionar en armonía ni ser eficiente y equitativo. La organización del sistema deviene pues indispensable.

De otro lado, esta segmentación de los prestadores de servicios es aliada del grave centralismo existente, pues la descentralización no puede ejecutarse sin coordinar eficazmente los niveles de organización local, regional y nacional; así como los niveles de atención para la referencia y contrarreferencia de pacientes según la complejidad de sus dolencias. La gran mayoría de peruanos anhela una verdadera descentralización, concebida como estrategia para el desarrollo humano integral, equitativo, democrático y sostenible, que se exprese en desarrollo local, familiar y personal.

En el **Informe 2000 de la OMS**, la evaluación del desempeño del sistema de salud del Perú dio como resultado que ocupara -entre 191 países- los lugares siguientes:

- ✓ **Salud**
 - a) *Nivel de expectativa de vida ajustada a la discapacidad (EVAD) = 105.*
 - b) *Distribución en la población = 103.*
- ✓ **Capacidad de respuesta del sistema de salud**
 - a) *Nivel = 172.*
 - b) *Distribución en la población = 161.*
- ✓ **Equidad de la contribución financiera = 184.**
- ✓ **Logro global de las metas = 115.**
- ✓ **Desempeño**
 - a) *En relación con el nivel de salud = 119.*
 - b) *Desempeño global del sistema de salud = 129.*

Como puede observarse, en este pobre resultado -que nos ubica entre los países menos desarrollados del mundo- el desempeño más cuestionable del sistema peruano está en directa relación a su capacidad de respuesta y a la falta de equidad en la contribución financiera, aunque en la evaluación aparecieron deficiencias en todas las áreas: escasa cobertura de salud, pobre desarrollo e inestabilidad de la seguridad social, fondos dispersos y débiles, inaccesibilidad a medicamentos de calidad, formación de recursos humanos que no responde a las necesidades del sistema, inversiones mal planificadas e información deficiente e incoordinada, entre otros ejemplos.

Al hacer el análisis de los indicadores utilizados por la OMS, en el nivel de capacidad de respuesta la evaluación tuvo en cuenta la cobertura de salud, la oportunidad de la atención, el respeto a la dignidad de las personas y especialmente la situación de los desprotegidos como son pobres, mujeres y adultos mayores. En lo referente a la equidad de la contribución financiera se consideró la desprotección contra el riesgo financiero, la escasa incidencia de pago anticipado frente a la alta proporción de "pago de bolsillo" y la desigualdad de la contribución financiera, principalmente debida a la elevada proporción del gasto en salud con relación al ingreso en muchas familias.

Si tenemos una visión clara de lo que nuestro sistema de salud puede y debe lograr con los conocimientos actuales, y convicción para hacerlo, el reto ante esta realidad es inmenso. Pero es también una gran oportunidad para asumirlo como nación.

PROPUESTA - CREACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DESCENTRALIZADO DE SALUD - SNDS

En concordancia con el artículo 9° de la Constitución Política -que establece que el Estado es responsable de diseñar y conducir la política nacional de salud en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud-, se plantea la **creación del Sistema Nacional Descentralizado de Salud - SNDS** en el sector salud, **con la finalidad de proponer la construcción concertada de la política nacional**

de salud, coordinar los planes y programas de las instituciones del sector, descentralizar el cuidado integral de la salud y avanzar hacia la seguridad social universal en salud.

El SNDS estará conformado por el Ministerio de Salud como órgano rector, el Seguro Social de Salud, los servicios de salud de las municipalidades, las sanidades de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional, los servicios de salud del sector privado, las universidades y la sociedad civil organizada; su participación será obligatoria y se realizará sin perjuicio de la autonomía jurídica, técnica, administrativa, económica y financiera así como de las atribuciones que les confieren la Constitución Política y la Ley. El Sistema tendrá niveles de organización nacional, regional y local, con prioridad de desarrollo de este último.

El Consejo Nacional de Salud será el órgano de concertación y coordinación nacional del SNDS. Será presidido por el Ministro de Salud o su representante y estará integrado por otros nueve miembros, que representan respectivamente al Ministerio de Salud, Seguro Social de Salud, las asociaciones de municipalidades del Perú, sanidades de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional, servicios de salud del sector privado, Asamblea Nacional de Rectores, Colegio Médico del Perú, trabajadores del sector y organizaciones sociales de la comunidad. Se reunirá por lo menos una vez al mes por convocatoria del presidente, y en forma extraordinaria cuando lo soliciten por escrito cinco de sus miembros. El quórum será de seis miembros. Los acuerdos se tomarán con un mínimo de cinco votos. En caso de empate en la votación el presidente tendrá doble voto. El Consejo Nacional de Salud constituirá los comités nacionales de servicios de salud; información y planificación coordinadas; medicamentos; articulación docencia-atención de salud-investigación; y otros que estime pertinentes de acuerdo a sus fines. Para ser miembro de los comités no será requisito pertenecer al Consejo. El Consejo Nacional de Salud tendrá el apoyo de la Secretaría de Coordinación.

Se propone que los niveles regional y local se organicen acorde al modelo de municipalización coordinada en los sistemas locales de salud, que implica la transferencia a las municipalidades de los servicios públicos de salud comprendiendo autoridad y recursos, con la obligación de concertar y articular acciones así como de compartir competencias y responsabilidades en los Comités Regionales y Provinciales de Salud, para decidir la programación, ejecución y evaluación de las acciones de salud en el ámbito correspondiente, conforme a la Política Nacional de Salud y la Ley. En los Comités participarán las instituciones públicas y privadas prestadoras de servicios de salud, así como las organizaciones de la comunidad. De esta manera se promueve desde el inicio, la participación de todos en las decisiones y el desarrollo de una seguridad social creciente, la que no debe aislarse del proceso de descentralización en salud si se quiere garantizar el éxito del mismo. Los servicios públicos de salud se transferirán gradualmente, pudiendo serlo en su totalidad. La oportunidad de transferir cada servicio dependerá de la capacitación integral del personal que tendrá la responsabilidad de conducirlo y articular sus acciones con los demás servicios del SNDS.

El Comité Regional de Salud, perteneciente a la Región, será el órgano de concertación, coordinación y articulación regional del SNDS que tiene entre otras funciones la de asumir la responsabilidad de la conducción, concertación, coordinación, articulación, planificación estratégica, gestión y evaluación de todas las actividades de salud y niveles de atención de la Región que esté en condición de realizar, acorde a su complejidad y al principio de subsidiariedad. Será presidido por la autoridad regional de salud y estará integrado por un máximo de otros nueve miembros que representan a las mismas instituciones y organizaciones que conforman el Consejo Nacional de Salud. Se considera asimismo el apoyo de un Sub-Comité de Gestión conformado con un máximo de siete miembros que representan a los servicios de salud y la comunidad del respectivo ámbito; el Sub-Comité es presidido por un funcionario técnico representante de los servicios elegido anualmente por el Comité Regional.

El Comité Provincial de Salud será el órgano de concertación, coordinación y articulación provincial, ámbito que conjuntamente con los distritos y centros poblados constituyen el nivel local y la prioridad del SNDS. Tiene entre otras la función de asumir la responsabilidad de la conducción, concertación, coordinación, articulación, planificación estratégica, gestión y evaluación de todas las actividades de salud y niveles de atención de la localidad que esté en condición de realizar, acorde a su complejidad y al principio de subsidiariedad. Será presidido por el Alcalde o su representante y estará integrado por un máximo de otros nueve miembros que representan a las mismas instituciones y organizaciones que conforman el Consejo Nacional de Salud, con excepción de la asociación de municipalidades del Perú a fin de que esté representado el correspondiente municipio. Se considera asimismo el apoyo de un Sub-Comité de Gestión conformado con un máximo de siete miembros que representan a los servicios de salud y la comunidad del respectivo ámbito; el Sub-Comité es presidido por un funcionario técnico representante de los servicios elegido anualmente por el Comité Provincial.

Esta propuesta implica ahorros significativos, pues únicamente tendrá el gasto de creación de la Secretaría de Coordinación en el Ministerio de Salud y contribuirá grandemente a la reducción de gastos y a una mejor relación costo-beneficio en todas las instituciones participantes, como consecuencia de la eficiencia a lograrse mediante la concertación y coordinación de esfuerzos.

ACCIÓN

Proyecto de Ley de Creación del Sistema Nacional Descentralizado de Salud (Aparece en el Anexo B.1).

B. EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD

1. ANTECEDENTES

Se estima que por lo menos la cuarta parte de la población peruana no tiene acceso a la atención en el subsistema de servicios de salud. La segmentación de los prestadores, donde cada uno es responsable de la atención de un determinado grupo social, con facultades para formular su propia política y con funciones competitivas, determina una excesiva concentración de recursos principalmente hospitalarios en zonas urbanas, con baja productividad e insuficiencia de recursos en las zonas rurales, donde existe escaso acceso de la población a servicios de salud.

El modelo de atención definido por el sector público hasta 1970 fue hospitalario, determinando un crecimiento sectorial desde 17,515 camas hospitalarias en 1950 hasta 26,625 en 1964, manteniéndose con poca variación hasta 30,016 en 1996. En las últimas dos décadas se ha incrementado el número de camas en establecimientos del sector en el primer nivel (6,095 camas en centros y 3,850 en puestos de salud en 1996), principalmente en el Ministerio de Salud (4,435 y 3,618 respectivamente) y menos en ESSALUD (423 y 13 respectivamente) y las Sanidades de las FFAA y PNP (445 y 145 respectivamente). Sin embargo, en 1996 el grado de uso de las camas en el sector era muy bajo (38.4%) y tan sólo Lima, Callao y Lambayeque tenían valores cercanos al 50%, aunque ESSALUD presentaba un mayor uso de las camas (82%, que se ha incrementado en el 2000 a 87%).

Desde 1970 el Ministerio de Salud se planteó extender la cobertura de servicios, basándose en servicios primarios, estrategia impulsada posteriormente por la Organización Mundial de la Salud con la meta "Salud para Todos en el año 2000" y la estrategia de Atención Primaria de Salud. Ésta se dio principalmente en los servicios del MINSA, ampliándose de 213 centros de salud y 177 puestos sanitarios existentes en 1960, a 1,169 centros y 5,316

puestos de salud en el 2001. Los servicios de ESSALUD no han tenido el mismo crecimiento. De otro lado, la calidad de la atención es deficiente y no está organizada en función de las necesidades y la cultura de la población, en especial de las zonas rurales, donde la atención no toma en cuenta la lengua materna ni respeta su cultura ni los derechos ciudadanos. Tiene además un marcado sesgo recuperativo, orientado al control de los daños y no a la atención de las personas.

Según la Encuesta Nacional de Niveles de Vida, la cobertura del aseguramiento es muy baja en nuestro país; en el 2000 fue sólo de 23% de la población, con la distribución siguiente: 20.1% con ESSALUD, 2.0% con seguros privados y 1.3% en las Sanidades de las FFAA y PNP¹. Por otra parte, un 9.3% de la población refirió tener un seguro público (mayormente seguro escolar). Esto ocurre por la elevada proporción de población en pobreza (55%) y porque en nuestro país el aseguramiento depende de contribuciones en la planilla de pago de los trabajadores, hecho que no se condice con el alto porcentaje de informalidad en el mercado de trabajo.

Sin embargo, según la misma fuente, en ESSALUD una parte importante de sus asegurados (43%) no solicita atención, debido a una serie de factores: la desproporción en la conformación de sus servicios con una tendencia al cuidado especializado en desmedro de los primarios, la ausencia de servicios en las zonas rurales y demoras en la atención, por lo que buscan los servicios del MINSA (21.5%) y los privados (8%). Algo similar ocurre con el personal de las Sanidades de las FFAA y PNP, del cual sólo 51.4% usa sus servicios. Es importante resaltar que un 25% de quienes tienen algún seguro privado utiliza los servicios del MINSA. Por otro lado, la satisfacción de necesidades de hospitalización tiene una mayor cobertura en ESSALUD, ya que de sus asegurados el 85.5% accede a sus servicios, mientras que 6.2% lo hace en el MINSA, 5.2% en las Sanidades de las FFAA y PNP, y 3.1% en servicios privados².

Mención aparte merece la situación de las Entidades Prestadoras de Salud - EPS, que reciben un crédito del 25% de las contribuciones a ESSALUD de sus asegurados. Estas entidades fueron creadas en 1997 con la Ley N° 26790 - Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud. Sólo han logrado cubrir con atención de la denominada capa simple al 0.88% de la población y ya no presentan crecimiento.

La crisis que experimentan nuestros países en el ámbito de la salud ha hecho imprescindible el análisis y desarrollo de nuevos enfoques que consideren la creciente participación ciudadana en busca de condiciones dignas de vida y salud, los cambios en el rol del Estado y los procesos de descentralización, entre otros aspectos. La salud es actualmente concebida como un medio y un fin del desarrollo, como un derecho y un deber de las personas, familias y comunidades, como una interacción entre el Estado y la sociedad civil, como la conjunción de la promoción y protección con la recuperación y la rehabilitación; en definitiva, la generación de condiciones de vida sana como una responsabilidad social e intersectorial, que supera el reducido ámbito de los servicios.

De allí que el Ministerio de Salud, empeñado en fortalecer su rol rector en el sector, y todo el sistema de salud, se encuentran comprometidos para construir concertadamente procesos

¹ El dato recogido directamente de la población por la ENNIV 2000 difiere del reportado por ESSALUD que identifica 6.77 millones de asegurados y que corresponde al 26% de la población del país. Igualmente difiere del informado por estas instituciones: 575 mil en las FFPP, 210 mil en el Ejército, 96 en la Marina y 71 mil en la FAP, que en conjunto representa el 3.7% de la población. Ministerio de Salud/OPS: Base de datos del estudio de utilización de servicios de salud, 1985-2000, Lima. Documento de trabajo.

² Ministerio de Salud / OPS: Base de datos del estudio de utilización de servicios de salud en el Perú, 1985 - 2000. Lima. Documento de trabajo.

trascendentes en torno a políticas de Estado en salud, que se orienten a asegurar servicios de salud de calidad -sostenibles social y económicamente- para toda la población, dando prioridad a los más pobres.

2. PROBLEMAS, PROPUESTAS Y ACCIONES

PROBLEMA Nº 2 - POLÍTICAS INADECUADAS PARA EL ACCESO A SERVICIOS

Ausencia de una política sectorial adecuada para lograr el acceso de toda la población a los servicios de salud.

PROPUESTA - LINEAMIENTOS DE POLÍTICA SECTORIAL PARA EXTENDER PROGRESIVAMENTE LA COBERTURA DEL SUBSISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD

Visión: Ciudadanía plena en salud, con derechos y deberes de todos.

Lineamientos de Política

- Desarrollar un nuevo modelo coordinado y descentralizado de cuidado de la salud, con base en los principios de solidaridad, universalidad, equidad e integridad de la atención.
- Abordar de manera integral el cuidado de la salud de las personas, las familias y la comunidad, con prioridad del nivel local.
- Definir un plan mínimo de atención para todo el sistema de salud.
- Brindar atención acorde a las necesidades y la cultura de la población, con respeto de su dignidad.
- Promover el aseguramiento universal a fin de hacer factible la accesibilidad y continuidad de las acciones de promoción, protección y recuperación de la salud.
- Fortalecer la salud en la seguridad social y extender su cobertura a toda la PEA formal e informal adecuadamente empleada.
- Impulsar y dar prioridad al Seguro Integral de Salud.
- Realizar la coordinación efectiva de los prestadores de salud y el intercambio de servicios, y determinar la nomenclatura y el tarifario correspondiente.

ACCIONES

Incorporación a los Lineamientos de Política Sectorial.

PROBLEMA Nº 3 - ESCASA COBERTURA

El 25% de peruanos no tiene acceso a la atención institucionalizada de salud y otro 25% sólo tiene acceso a una atención de bajo nivel, con grandes necesidades insatisfechas, falta de adecuación cultural de los servicios y -en las zonas rurales- barreras para el acceso por la lejanía de los establecimientos y la falta de transporte.

PROPUESTA - NUEVO MODELO DE CUIDADO DE LA SALUD: CON PRINCIPIOS, CIUDADANÍA, COORDINACIÓN Y DESCENTRALIZACIÓN

Los modelos de cuidado de la salud tienen especial importancia para un buen desempeño de los sistemas de salud. Muchos modelos vigentes no se sustentan en una ciudadanía de derechos y deberes, están centrados en la atención de enfermedades y no de personas en su contexto familiar y social, tienen un sesgo hacia el tratamiento farmacológico, dan poca importancia a los estilos de vida y los aspectos preventivos, descuidan el nivel local y concentran sus acciones en costosos hospitales urbanos, y no han sido capaces de diseñar un financiamiento solidario que haga factible la atención integral. Por ello, las políticas del

sector requieren sustentarse en los modernos principios de la salud y en nuevos enfoques que aborden de manera integral los determinantes de la salud y la enfermedad.

Lo que se busca es avanzar progresivamente hacia el establecimiento y desarrollo coordinado de un Sistema Nacional Descentralizado de Salud, que garantice a toda la población los servicios preventivos y curativos necesarios, conforme a los principios de solidaridad, universalidad, equidad e integridad de la atención. El nuevo modelo se basa en principios y en la definición de roles y funciones que permitan el ordenamiento global del sistema, la articulación de capacidades institucionales y la optimización de los recursos disponibles de las entidades públicas y privadas. Esto se logra a través de la generación y funcionamiento de nuevas modalidades de atención, coordinación, gestión y financiamiento para alcanzar una mejor cobertura y calidad de atención, así como mejores condiciones de salud y de vida, en el marco de esfuerzos más amplios de cooperación y coordinación intersectorial, con mayores niveles de participación de los gobiernos locales y de las comunidades dentro del proceso de descentralización.

Los servicios que brinda el sistema de salud deben basarse en el plan de beneficios de atención protocolizado de acuerdo a cada nivel de atención. Esta tarea implica definir una lista de patologías y procedimientos que establezca la nomenclatura estándar. A su vez, los protocolos de atención deben servir de base para el cálculo de costos y tarifas para el intercambio de servicios de salud entre los diversos sectores.

✓ **Principio de Universalidad: Desarrollar la cultura de derechos y deberes**

El cumplimiento de los derechos y deberes en salud es incipiente y los problemas de su respeto se dan en todo el sistema, con manifestaciones distintas en cada prestador de salud, tanto público como privado. Es por ello que existe exclusión de la cuarta parte de la población, maltrato, desconocimiento de los usuarios como sujetos de derecho, y los mecanismos para su defensa son aún escasos. Tener en consideración la condición ciudadana de los usuarios implica un cambio radical en la prestación de servicios, que actualmente está basada en valores de beneficencia y en la aplicación de procedimientos médicos. Por lo tanto, es necesario:

- Iniciar y desarrollar el proceso orientado a alcanzar en el mediano plazo la cobertura de salud de toda la población, lo que se trata en los distintos capítulos del presente Informe.
- Promover entre los prestadores de servicios de las instituciones públicas y privadas una cultura de derechos ciudadanos en salud, mediante acciones intensivas de información, educación y comunicación, así como la aplicación de medidas administrativas que vigilen su cumplimiento (procedimientos para atención de quejas y demandas, inspección pública de servicios privados y procedimientos de arbitraje externo).
- Fomentar una cultura de exigencia de derechos y de responsabilidades en la población, sobre todo en aquélla de bajos ingresos y en condiciones más expuestas.
- Promover la instalación de instancias especializadas de salvaguarda de los derechos en otros sectores: Defensoría del Pueblo, Fiscalía y Poder Judicial.

✓ **Principio de Equidad: Atención acorde a las necesidades y la cultura de la población, con respeto de su dignidad**

La brecha en la atención de salud entre las poblaciones pobres y las de mayor poder adquisitivo no sólo no puede seguir aumentando, sino que resulta prioritario y urgente revertir esta tendencia para reducirla gradualmente. Otro aspecto importante que no se toma en cuenta y que representa un derecho de los usuarios lo constituye el respeto a su dignidad y su cultura, la adecuación de los servicios y la prestación en su lengua materna, incluyendo la información y comprensión de los problemas de salud, por lo que resulta imprescindible eliminar estas barreras. Las medidas necesarias son:

- Dar prioridad a la atención descentralizada de las necesidades de salud de las poblaciones rurales y urbano marginales en pobreza.
- Impulsar con firme decisión el desarrollo de la atención en el nivel local y del Seguro Integral de Salud.
- Promover en todo el sistema de salud la atención equitativa, digna y oportuna, acorde a las necesidades del usuario.
- Fomentar una cultura de respeto, comprensión y aceptación de la cultura de la población en los proveedores de salud, con énfasis en las áreas rurales costeñas, andinas y selváticas.
- Adecuar los procedimientos de atención, información y educación sanitaria a la cultura local, especialmente los provistos a las mujeres adolescentes y adultas, y adaptar la hotelería y ambientación de los servicios a las costumbres y usos locales.
- Introducir como criterio de selección del personal, el dominio del idioma local en aquellos lugares donde adquieren relevancia otros además del castellano.
- Promover la incorporación científica y racional de recursos terapéuticos alternativos de la medicina tradicional, mediante la investigación, registro de sustancias activas y su incorporación a los procedimientos de atención.

✓ **Principio de Integridad de la Atención: Desarrollar el cuidado integral de la salud**

El cuidado integral de la salud implica el acceso -en todos los niveles de atención y complejidad del sistema de salud- a la promoción, protección y recuperación de la salud así como su continuidad. Esta integridad comprende asimismo el cuidado del ambiente.

La experiencia internacional ha demostrado que los sistemas de salud basados en una atención integral que comienza con la estrategia de Atención Primaria de Salud y cuentan con una organización descentralizada armónica de los servicios de salud por niveles de atención, logran los mejores resultados y afrontan mucho mejor el problema de costos. En cambio, aquéllos que sobre dimensionan la atención hospitalaria centralizada son menos efectivos en mejorar el nivel de salud de su población y llevan a una escalada de costos, haciendo que el sistema no sea financieramente sostenible. Esto es aplicable a los servicios públicos y privados y, por tanto, se deben promover cambios sustantivos en la atención de todos los prestadores de salud. Los cambios requieren diversas medidas:

- Asegurar la accesibilidad real y la continuidad de las acciones descentralizadas de promoción, protección y recuperación de la salud.
- Realizar la organización coordinada y descentralizada de los niveles de atención y complejidad del subsistema de servicios de salud.
- Desarrollar programas que aborden de manera integral la salud de las personas, las familias y la comunidad, con prioridad del nivel local. La atención de la comunidad, teniendo como centro a la misma, requiere de equipos de salud que tengan una población asignada y que se responsabilicen de su atención integral, interviniendo sobre los factores de riesgo existentes y efectuando actividades de educación y promoción de la salud. La atención de la salud de la comunidad debe constituir la puerta de entrada al sistema de salud, siendo muy efectiva en prevenir las enfermedades, mejorar la salud de la población y disminuir los costos de atención. Este tema se complementa en los capítulos sobre niveles de atención y recursos humanos: existe la gran oportunidad de crear y desarrollar el **Servicio de Medicina y Salud Comunitaria** y materializar una crucial reforma, lo que implica ampliar y dotar con equipamiento adecuado a los Puestos de Salud e incorporar gradualmente a ellos a médicos generales integrales y enfermeras generales.
- Desarrollar acciones intersectoriales para el control de riesgos de salud, promoviendo ambientes y prácticas saludables. La salud de una población es el resultado de múltiples factores. Sin embargo, muchas veces se olvida ello y se sobrestima la importancia de la prestación de los servicios asistenciales y de las acciones institucionales desde el sector salud en el proceso de causalidad de la salud.

✓ **Principio de Solidaridad: SUSTENTO DE TODO EL SISTEMA DE SALUD**

Solidaridad significa la contribución en proporción a sus ingresos de todos los que pueden hacerla, con pago obligatorio, anticipado y preferentemente dirigido a un fondo mancomunado único. Sin solidaridad no habrá universalidad, equidad ni integridad de la atención. Comprenderlo es indispensable para el éxito del nuevo modelo de cuidado de la salud. La solidaridad es condición sine qua non para la vigencia de todos los demás principios y sustento del sistema de salud, por lo que es el principio fundamental. Implica la unión de esfuerzos, normada por el Estado, a fin de hacer posible la atención de toda la población con calidad y eficiencia reales, lo cual se logra mediante la organización nacional, la compra conjunta, la reducción de costos y la gestión técnica.

ACCIONES

Nueva Ley General de Salud y sustitución de la Ley N° 26790 de Modernización de la Seguridad Social en Salud y Ley N° 27056 de creación de ESSALUD, cuyo procedimiento se propone en el Anexo B.3. Acciones a cargo del Ministerio de Salud, ESSALUD y el Consejo Nacional de Salud a través de su Comité de Servicios de Salud o su equivalente. Estudio con información epidemiológica de costos de los servicios. Definir protocolos comunes de atención en el sistema de salud. Determinar el formato y métodos de Auditoría Únicos. Consultorías diversas.

PROBLEMA N° 4 - DERECHO A LA SALUD PARA POCOS

Incompleta vigencia, reglamentación y vigilancia de los derechos ciudadanos en salud, que hace necesario desarrollar una ciudadanía plena en salud para todos sus habitantes, eliminar las exclusiones y las injustas diferencias en términos de derechos e incorporar a los grupos sociales excluidos, reconociendo plenamente su diversidad.

PROPUESTA - DESARROLLAR LA CIUDADANÍA PLENA EN SALUD, CON DERECHOS Y DEBERES

Generar y normar iguales oportunidades de desarrollo social para toda la población, permitiendo a todos los ciudadanos ejercer su libertad y vivir en sociedad, lo que es parte de un nuevo contrato social que requiere fundarse e institucionalizarse en la Constitución Política y las leyes, así como en las normas y programas del Estado. Implantar mecanismos de promoción y defensa de estos derechos. Introducir la participación democrática de la población en la conducción de los servicios, articulándola al proceso de descentralización del Estado.

ACCIONES

Desarrollar una estrategia conjunta de promoción y defensa de la ciudadanía en salud entre el Ministerio de Salud y Consejo Nacional de Salud, Ministerio de Justicia, Defensoría del Pueblo y Fiscalía. Propiciar la modificación de los artículos de la Constitución Política y la Ley General de Salud que contradicen la ciudadanía plena en salud.

PROBLEMA N° 5 - BAJO PORCENTAJE DE POBLACIÓN ASEGURADA

En el Perú sólo una cuarta parte de la población tiene un seguro de salud, debido a la gran informalidad en el mercado de trabajo y a la pobreza extendida. El factor económico constituye la principal causa de la falta de acceso a la atención de salud de amplios sectores de la población.

PROPUESTA - PROMOVER EL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD

Por el gran riesgo económico que representan los problemas de salud -principalmente los de enfermedades catastróficas- tanto en costos de atención como en pérdidas de ingresos para las personas, es esencial promover el seguro social de salud para toda la población. Se propone construir una visión de mediano y largo plazo en la cual el fortalecimiento y las acciones de las dos instituciones principales (MINSA y ESSALUD), cada una administrando sus propios recursos, concuerden en dos grandes objetivos:

✓ EXTENSIÓN DE LA COBERTURA DE SALUD EN LA SEGURIDAD SOCIAL

Es necesario tener en consideración que no es factible esperar a corto y mediano plazo una disminución sustancial de la informalidad en el mercado de trabajo. De otro lado, debe superarse el concepto de que sólo los trabajadores dependientes reúnen las condiciones para el aseguramiento en salud. Por tanto, **en el nuevo modelo solidario y universal de cuidado de la salud, resulta fundamental que el Estado promueva la extensión del seguro social de salud y norme el aseguramiento de la PEA independiente, siendo fundamental la incorporación a ESSALUD de los trabajadores informales y familiares pertenecientes a la PEA adecuadamente empleada. La meta a 5 años es cubrir a alrededor del 50% de la población.**

✓ PRIORIDAD E IMPULSO AL SEGURO INTEGRAL DE SALUD - SIS

El financiamiento público de los servicios de salud debe ser reorientado de manera que levante o reduzca las barreras económicas de acceso para la población más desfavorecida, garantizando así el derecho a la salud. Es decir, orientando el subsidio público al financiamiento del seguro gratuito de la población en extrema pobreza³ y subsidiando parcialmente a todos los que no tienen seguro social. La meta a 5 años es la cobertura del 50% restante de la población. *Los aspectos de financiamiento se tratan en la parte correspondiente.*

ACCIONES

Decisión política. Modificaciones de la Ley General de Salud N° 26842, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud N° 26790 y Ley de Creación de ESSALUD N° 27056. Numerosas acciones a cargo del Ministerio de Salud, ESSALUD y el Consejo Nacional de Salud. Consultorías diversas.

PROBLEMA N° 6 - FALTA DE UN PLAN MÍNIMO DE ATENCIÓN

Los grupos sociales tienen acceso a planes de atención bastante diferenciados, lo que obliga al establecimiento de un conjunto sostenible de intervenciones y prestaciones para enfrentar los principales problemas de salud, orientado a garantizar un mínimo de salud, social y éticamente aceptable para toda la población.

³ MINSA-Proyecto 2000 ha desarrollado una propuesta de focalización mixta, denominada Sistema de Identificación de Usuarios (SIU), que incluye una estrategia de identificación geográfica para zonas rurales y una estrategia de identificación individual para zonas urbanas. Esta última cuenta con el soporte instrumental e informático respectivo. MINSA - Proyecto 2000 (Mosqueira. R. 2001).

PROPUESTA - DEFINIR UN PLAN MÍNIMO DE ATENCIÓN EN TODO EL SISTEMA DE SALUD

El plan mínimo representa lo que toda la población tiene derecho a recibir para enfrentar sus principales problemas de salud y cuya provisión el Estado asegura, subsidiando a los pobres que no pueden acceder económicamente a los servicios.

La determinación del plan de beneficios debe ser realizada teniendo en cuenta los requerimientos indispensables de atención y la disponibilidad financiera, y estar basada en una noción de priorización de intervenciones costo-efectivas de acuerdo al perfil epidemiológico del país. El resultado de este ejercicio de priorización es el paquete de servicios de salud, que debe comprender una serie de intervenciones de carácter preventivo (atención de niños, adolescentes, gestantes y adultos), recuperativo (tratamiento de enfermedades prevalentes y prioritarias) y de rehabilitación (física). Esta definición requiere ajustes periódicos de acuerdo a las posibilidades económicas y constituye un proceso político sustentado en sólidas bases técnicas. La definición del plan debe surgir de un amplio debate y del consenso social, ya que existen criterios éticos de por medio que deben incorporar los valores de la sociedad peruana sobre la salud.

ACCIONES

El MINSA y el Consejo Nacional de Salud deben definir el plan de beneficios de atención mínimo para todo el sistema. Consultorías.

PROBLEMA N° 7 - INCOORDINACIÓN DE LOS PRESTADORES DE SALUD

La segmentación y aislamiento de los prestadores de servicios de salud impide el uso adecuado de recursos, determinando duplicaciones en unos casos y carencias en otros.

PROPUESTA - COORDINACIÓN EFECTIVA DE LOS PRESTADORES EN EL SUBSISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD E INTERCAMBIO DE SERVICIOS

El Sistema Nacional Descentralizado de Salud permitirá la complementación de las instituciones prestadoras de servicios de salud y el desarrollo de una cooperación efectiva, estableciendo mecanismos de uso compartido de servicios a través del intercambio y comercio de los mismos entre todas las instituciones públicas y privadas del sistema de salud. Es interesante resaltar que los servicios de salud privados sin fines de lucro son importantes proveedores de servicios a la población más pobre con un 7.7% de consultas médicas, a pesar de que sólo manejan el 0.8% del gasto en salud (Tabla I). Para lograr esto, se requiere aprobar una **nomenclatura única de daños y riesgos, y tarifario por servicios**, que además permita el cobro regulado a la población con capacidad de pago y la exoneración cuando se requiera. Igualmente, es necesario aprobar un **formato único de historia clínica**.

ACCIONES

A cargo del Ministerio de Salud y el Consejo Nacional de Salud a través del Comité de Servicios de Salud o su equivalente. Elaborar un modelo de convenio para el intercambio de servicios entre los prestadores de servicios de salud. Preparar la nomenclatura única de daños y riesgos, y el tarifario por servicios. Elaborar un formato único de historia clínica. Consultorías diversas.

TABLA I

LUGAR DE ATENCIÓN PARA QUIENES CONSULTARON

Lugar de Atención	Porcentaje	Quintil de ingreso				
		I (más pobre)	II	III	IV	V (más rico)
TOTAL	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
MINSA	52.1%	67.4%	57.2%	59.9%	47.8%	39.5%
ESSALUD	17.9%	11.7%	15.0%	18.4%	20.8%	20.0%
FFAA / PN	1.0%	0.5%	--	1.1%	1.3%	1.5%
Privado con fines de lucro*	10.0%	0.4%	7.5%	3.3%	11.9%	19.5%
Privado sin fines de lucro**	3.9%	7.7%	4.7%	3.5%	4.0%	1.9%
Farmacia/ botica	9.5%	9.0%	11.2%	8.4%	9.0%	9.9%
Vivienda particular	4.2%	3.0%	2.9%	4.6%	4.0%	5.5%
Otros	1.3%	0.4%	1.6%	0.8%	1.1%	2.3%

Fuente: MINSA/OPS: Base de datos del estudio de utilización de servicios de salud en el Perú, 1985 - 2000.

*Privado con fines de lucro: clínica o consultorio particular.

**Privado sin fines de lucro: centro o puesto de salud de parroquias, ONGs o comunitario.

C. EL SUBSISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD Y LA ORGANIZACIÓN DESCENTRALIZADA DE LOS NIVELES DE ATENCIÓN

1. ANTECEDENTES

Investigaciones del Banco Mundial para la aplicación de la estrategia de la Atención Primaria de Salud y las del esquema Ker White para la Seguridad Social, así como la Encuesta Nacional de Salud (ENDES), Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO), Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNSA) y otras, han consignado resultados similares en el sentido de que casi un 40% de mil personas dentro de una comunidad y durante un mes, presenta algún malestar físico en ese lapso. De este grupo, cerca del 70% se automedica o no consulta, por corresponder a dolencias banales. Entonces, solamente alrededor del 30 al 33% solicitan atención, cantidad que del total representa entre el 10 a 13%, vale decir que 100 a 130 personas de una comunidad de mil consultan en el primer nivel de atención; de ellas de 5 a 9 precisan de hospitalización, de las cuales apenas 2 deben ser referidas a los niveles de mayor complejidad y especialización.

Casi todos los países de la Región de las Américas continúan presentando graves deficiencias en la organización de la atención de salud: subsistema de servicios de salud con infraestructura insuficiente y subutilizada en el nivel primario, desplazamientos de pacientes con problemas de poca o mediana complejidad a las ciudades capitales en búsqueda de diagnósticos y atención, hospitales de alta complejidad sobrecargados con casos sencillos que podrían tratarse eficientemente en establecimientos de menor complejidad, y falta de accesibilidad a servicios especializados de pacientes que los

necesitan debido a la ineficacia del sistema de referencia. Todo ello impide garantizar una atención eficaz con capacidad resolutoria adecuada.

En el Perú la salud ha sido enfocada desde el punto de vista de la recuperación y ha sido tradicionalmente normada para su ejecución desde el nivel central, sustentándose casi exclusivamente en la oferta de servicios.

2. PROBLEMAS, PROPUESTAS Y ACCIONES

PROBLEMA Nº 8 - POLÍTICAS INADECUADAS PARA ORGANIZAR LA ATENCIÓN

Ausencia de una política sectorial adecuada de organización de los niveles de atención del subsistema de servicios de salud.

PROPUESTA - LINEAMIENTOS DE POLÍTICA SECTORIAL PARA LA ORGANIZACIÓN DESCENTRALIZADA DE LOS NIVELES DE ATENCIÓN DEL SUBSISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD

Visión: Subsistema de servicios de salud descentralizado con niveles de atención y complejidad organizados, y establecimientos de salud eficaces, eficientes, equitativos y con excelencia en la prestación.

Objetivos Específicos

- Acceso fluido y organizado de las personas a los servicios de salud, a fin de atender con oportunidad, equidad y eficiencia sus necesidades de salud.
- Niveles de atención en función a las necesidades, demanda, procesos y recursos.
- Niveles de atención, red de servicios de salud y ecosistema en coordinación dinámica y flexible.

Lineamientos de Política

- Organizar el subsistema de servicios de salud en niveles de atención y redes de servicios, estableciendo la articulación descentralizada intra e intersectorial.
- Implementar los establecimientos de salud con los equipos necesarios que permitan desarrollar sus funciones y resolver los problemas de salud de acuerdo a su nivel de resolución.
- Desarrollar la gestión definiendo roles, competencias, procesos y recursos de acuerdo a la realidad local.
- Promover la intervención activa y comprometida de la comunidad.

ACCIÓN

Incorporación a los Lineamientos de Política Sectorial.

PROBLEMA Nº 9 - NIVELES DE ATENCIÓN DESORGANIZADOS

Las dificultades para la organización del subsistema de servicios de salud ocurren en una realidad nacional que muestra un conglomerado de poblaciones geográficamente desintegradas, incomunicadas vialmente y por el idioma, multiétnicas, pluriculturales y con enormes diferencias socio-económicas. En este escenario, los principales problemas son:

- ✓ Categorización inadecuada e inoperativa de establecimientos de salud, que están mal equipados y tienen diversa nomenclatura (Tabla II).

TABLA II				
SUBSISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD				
Situación Actual de los Niveles de Atención				
NIVELES DE ATENCIÓN	MINSA	ESSALUD	San. FFAA Y PNP	PRIVADO
LOCAL	Puesto de Salud I Puesto de Salud II	Posta Sanitaria	Sección sanidad Unidad de Tropa	Consultorio Centro Médico
	Centro de Salud I Centro de salud II	Posta Médica		
	CS BASE	Policlínico		
REGIONAL	Hospital Local	Hospital I	Hospital Regional de la Región Militar	Clínicas D
	Hospital Rural	Hospital II		Clínicas C
	Hospital de Apoyo			
	Hospital General	Hospital III		Clínicas B
	Hospital Regional			Clínicas A
NACIONAL	Hospital Nacional		Hospital Central	Clínicas A1
	Instituto	Instituto	Instituto	Instituto

- ✓ Subsistema de servicios de salud con niveles de atención desarticulados e inoperativos, establecimientos y redes de salud en los que no se aplica la adscripción territorial y poblacional, y subsistemas de: apoyo (capacitación, servicio itinerante y mantenimiento), de referencia y contrarreferencia, de comunicaciones, de información y de transporte que no están funcionando.
- ✓ Subsistema de servicios de salud con niveles de complejidad técnicamente inadecuados, con establecimientos de salud mal definidos y ubicados. En esta clasificación hay muy diversa nomenclatura, con diferentes niveles de complejidad (del I al III inclusive) (Tabla III).

TABLA III

MINSA	ESSALUD	FFAA	PRIVADO
Hospital Local Hospital Rural Hospital de Apoyo Hospital Materno Infantil Hospital General Hospital Provincial Hospital Departamental Hospital Regional	Hospital I Hospital II Hospital III	Hospital Regional de la Región Militar	Clínica D Clínica C Clínica B Clínica A

- ✓ Redes de salud no reconocidas ni funcionando.
- ✓ Planificación de las acciones de salud con base en la oferta (disponibilidad) sin considerar la demanda y sus características.

PROPUESTA - ORGANIZACIÓN DESCENTRALIZADA DE LOS NIVELES DE ATENCIÓN DEL SUBSISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD

El subsistema de servicios de salud será organizado descentralizadamente en redes de servicios por niveles de atención y complejidad, con categorización y nomenclatura única de sus establecimientos.

✓ PLANIFICACIÓN DE LAS ACCIONES DEL SUBSISTEMA

Para la planificación de las acciones del subsistema de servicios de salud deben estudiarse las necesidades y demanda de servicios de salud que tiene la población y la oferta que, consecuentemente, debe satisfacerla.

a) Necesidades y demanda de atención

Si bien la cobertura total de las necesidades de atención de salud es el objetivo estratégico fundamental de los gobiernos, la satisfacción de la demanda es preocupación permanente y primordial en el nivel operativo y gerencial. Esta demanda de atención de salud, en un área cualquiera, presenta dos aspectos:

- *Un aspecto cuantitativo* (demanda cuantitativa): el volumen de la demanda varía en el tiempo y en el espacio.
- *Un aspecto cualitativo* (demanda cualitativa): la estructura de la demanda varía en función de la etiología de la demanda (diagnósticos y perfiles epidemiológicos), y en función de la complejidad y severidad de esas necesidades (mínima / alta). La segunda preocupación del responsable de los servicios de salud será estudiar la distribución de la demanda según etiología y complejidad.

b) Oferta y capacidad resolutive

Desde este punto de vista, la oferta de servicios de salud en un nivel de atención cualquiera debe satisfacer la demanda cuantitativa y cualitativa de su población. Es decir que, primero deben atenderse todas las solicitudes de atención (cuantitativo), y luego deben satisfacerse las necesidades que las motivaron (cualitativo), si es posible en ese mismo nivel. Toda solicitud de atención que no es atendida o es diferida, constituye la demanda no satisfecha.

✓ NIVELES OPERACIONALES Y DE ATENCIÓN

a) Operacionales

Actualmente el mecanismo de dirección y enlace administrativo del sistema se integra por los niveles jerárquicos siguientes:

- **Nivel central**, esencialmente normativo y de dirección, y de planeación, organización y control.
- **Nivel intermedio**, de adaptación de normas y manejo de programas y servicios en el ámbito de red.
- **Nivel operativo**, de adaptación de normas, planificación de base y ejecución por medio de los establecimientos de salud.

b) De atención

Se definen como el conjunto de recursos humanos, físicos y tecnológicos organizados en funciones de producción (*funciones de atención, oferta*), que se caracterizan específicamente por la capacidad que tienen para resolver (*capacidad resolutive*) los problemas de salud de la comunidad (*demanda*) hasta un cierto nivel de *volumen* y de *complejidad*. Implica por tanto, el reconocimiento de dos elementos: *la necesidad de atención y la respuesta de la oferta expresado en el grado de resolución de dichas necesidades*. Se reconocen tres niveles de atención de salud de acuerdo al comportamiento de la demanda:

- **En el primer nivel** se atiende cuando menos 70 a 80% de los problemas de salud que presenta la población y que las causas y la severidad de los mismos requieren una atención de baja complejidad y menor especialización y tecnificación de sus recursos; por lo tanto, de gran capacidad resolutive cuantitativa y menor capacidad resolutive cualitativa.
-

- En el **segundo nivel** se atiende entre el 12 al 22 % de la demanda portadora de patologías, de complejidad intermedia por parte de la oferta de servicios de salud, es decir, tanto la capacidad resolutive cuantitativa como cualitativa tendrán un volumen de producción y complejidad intermedia. Además, en este nivel se deben cubrir las referencias provenientes del primer nivel en términos cuantitativos como cualitativos.
- El **tercer nivel** está dado por la demanda del 5 al 10% de la población que presenta diagnósticos y nivel de severidad de los mismos que requieren atenciones de alta complejidad, precisando por lo tanto una oferta de menor tamaño pero de alta especialización y tecnificación que configura una capacidad resolutive cuantitativa pequeña pero con gran capacidad resolutive cualitativa. Asimismo, en este nivel se deben resolver las referencias de pacientes tanto del primer como del segundo nivel de atención.

El aspecto central que debe abordarse para mejorar esta situación gira en torno a:

- La **organización de la atención de la salud**. En tipo y número de establecimientos de salud (tamaño y complejidad), la articulación de los mismos (redes asistenciales), la implementación de los sistemas de referencia-contrarreferencia, la incorporación de modelos alternativos de prestación (oferta flexible, contrato de servicios a terceros, medicina complementaria, que incluye la tradicional). El desarrollo de programas estratégicos, entre otros, son aspectos relevantes y necesarios de ser establecidos con claridad en la organización de la oferta, la cual obviamente debe responder a las necesidades de la demanda en cada nivel de atención.

- La **“organización” de la demanda**, vale decir su adscripción (formal o de hecho) a centros asistenciales de menor complejidad asistidos por profesionales médicos generales; reconoce asimismo, la necesidad de elitizar la promoción-prevención para interiorizar en las poblaciones las necesidades de salud no percibidas (protección específica, controles, etc.) a fin de conseguir una nueva percepción de la salud en los usuarios. En este marco, uno de los retos principales es avanzar en la organización de la oferta de servicios de salud y dentro de ella, el tema de *categorización de establecimientos* resulta ser de particular importancia, porque su correcta definición permitirá configurar adecuadamente las *redes de servicios* en torno al *modelo de atención* que se instale de acuerdo a los requerimientos de las realidades locales. En las siguientes secciones se revisa con mayor detalle este tema.

✓ CATEGORIZACIÓN

Es la clasificación de las unidades productoras de servicios de salud de acuerdo al *grado de resolución de los problemas* que atiende, en términos cuantitativos y cualitativos (capacidad resolutive), y del *tamaño y perfil de complejidad* del establecimiento (Tabla IV). La categorización es un atributo de la oferta de servicios de salud y comprende para cada una, la definición tanto de la estructura (tamaño y número de recursos humanos, equipamiento, infraestructura, entre otros, y la complejidad de los mismos expresados en la especialización y tecnificación), así como de los procesos que se dan en la interacción con la demanda que evidencian la capacidad resolutive de la misma (volumen, tipo y complejidad de los servicios de salud que debe y puede realizar).

Generalmente los aspectos cuantitativos de las diferentes categorías se explicitan indirectamente a través del volumen de población que deben atender, que usualmente son rangos amplios, por lo que el tamaño y el volumen de producción son difíciles de establecer requiriendo una adecuación a la realidad concreta en la que se inserta.

TABLA IV

DEMANDA	OFERTA	
	Capacidad Resolutiva	Estructura
Cuantitativa Volumen de demanda	Volumen de producción: Consulta, egresos, operaciones, exámenes de Lab. Rx, recetas, etc.	Tamaño Cantidad y rendimiento de RR. HH., equipamiento infraestructura, insumos, etc.
Cualitativa Severidad del daño	Complejidad de los S.S. otorgados y capacidad de referencia	Complejidad Especialización de RR.HH, y tecnificación de equipos, infraestructura, insumos, etc.

✓ **NIVELES DE COMPLEJIDAD**

Se define como complejidad al *grado de diferenciación de las tareas que integran la actividad global de un establecimiento* (capacidad resolutiva cualitativa) y el *grado de desarrollo alcanzado por el mismo* (complejidad = especialización de los recursos humanos y tecnificación del resto de recursos). Por lo tanto, representa únicamente los aspectos cualitativos de la oferta de servicios de salud y está destinada a abordar en estos mismos términos a los requerimientos de la demanda.

Dependiendo de la complejidad que tengan los establecimientos de salud, se han delineado típicamente cuatro Niveles de Complejidad que incorporan a determinadas categorías, las que a su vez corresponden a un Nivel de Atención determinado (Tabla V). La complejidad

TABLA V

PROPUESTA DE NIVELES DE ATENCIÓN		
NIVEL DE ATENCIÓN	ESTABLECIMIENTO	ÁMBITO
I	* PUESTO DE SALUD	LOCAL
	CONSULTORIO	
	** PUESTO MÉDICO	
	*** POLICLÍNICO	
II	HOSPITAL LOCAL	REGIONAL
	HOSPITAL REGIONAL	
III	****HOSPITAL NACIONAL	NACIONAL
	****INSTITUTO	

- * En transición
- ** Con camas
- *** Especializado
- **** Muy especializado

tipifica a los establecimientos de salud y, por lo tanto, no deben confundirse con los Niveles de Atención, aunque exista una relación entre ellos, ya que en un determinado tipo de establecimiento pueden coexistir varios niveles de atención, tal sucede en los establecimientos más complejos como los hospitales. La complejidad considera los elementos siguientes:

- El grado de diferenciación de los servicios finales, intermedios y administrativos.
- El nivel de capacitación y especialización del recurso humano.
- El equipamiento con que cuenta.

A cada categoría de establecimiento de salud le corresponde una complejidad determinada y, por lo tanto, cada categoría de establecimiento con sus características de tamaño y complejidad se ubica en un determinado Nivel de Complejidad, con el cual enfrenta a la demanda en un Nivel de Atención determinado y permite plantear la referencia de los pacientes si la capacidad de respuesta o resolutive cualitativa es rebasada.

✓ **CARACTERÍSTICAS DE LOS NIVELES OPERATIVOS**

a) PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN: LOCAL

El nuevo modelo de cuidado de la salud contempla la prioridad de la atención médica y de salud en el nivel local. Al contar el Ministerio de Salud con 5,316 Puestos de Salud, el Sistema Nacional Descentralizado de Salud tiene la gran oportunidad para materializar una crucial reforma, cual es concertar, iniciar y realizar gradualmente el proceso de incorporar a los Puestos de Salud médicos generales integrales y enfermeras generales, ampliarlos y dotarlos con equipamiento adecuado para crear y desarrollar el **Servicio de Medicina y Salud Comunitaria**.

Con tal Servicio, convirtiendo paulatinamente a los Puestos de Salud en Puestos Médicos -con responsabilidad sobre una población y territorio definidos, y con personal médico, de enfermería y sanitario- y a los Centros de Salud en Policlínicos -con las cuatro especialidades básicas- se extiende una mayor complejidad de atención y se realiza la penetración rural, avanzando en la prioridad de fortalecer la atención en el primer nivel y descongestionar los hospitales e institutos especializados. Esta estrategia nacional facilitará la construcción del nuevo modelo de atención y hará posible en el Perú el acceso de todos a los servicios de salud. Implica asimismo dar un paso superior al que en su tiempo fue el SECIGRA y hoy es el SERUMS.

El Primer Nivel de Atención estará constituido por la red de establecimientos de salud local, de diferente complejidad (Puesto de Salud, Consultorio, Puesto Médico y Policlínico). Son los responsables del cuidado de la salud de un espacio-población, cuyo tamaño y necesidades establecerán la complejidad y categorización del establecimiento.

• Puesto de Salud (PS)

Es el establecimiento transitorio en este nuevo modelo, pues ha de transformarse progresivamente en Puesto Médico. Constituye a su vez la base de la penetración rural y la extensión de cobertura, y es el establecimiento de menor complejidad en la red. Representa el primer escalón de complejidad de los servicios del sistema y dará atención médica general.

Realizará las siguientes acciones intra y extramurales, que son básicamente los componentes programáticos de la Atención Primaria de Salud: educación sanitaria, principales problemas de salud y métodos de prevención y lucha, promoción de la nutrición apropiada y suministro de alimentos, atención profesional de enfermería de salud pública, asistencia materno infantil, control del niño sano, inmunizaciones, prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales, tratamiento de enfermedades y traumatismos

solucionables a su nivel, suministro de medicamentos esenciales, vigilancia epidemiológica, investigación operativa, agua segura, supervisión y control del sistema de agua potable rural, disposición de excretas y residuos sólidos, control de zoonosis, vacunación y eliminación de canes, control de vectores y roedores, referencia de los casos que no puede resolver a servicios más complejos del sistema, y supervisión y control de los agentes comunitarios de salud. Son acciones para el cuidado integral de la salud que dan énfasis a la promoción de una vida saludable y a la prevención de daños y riesgos.

- **Consultorio**

Establecimiento de salud que representa el primer nivel de complejidad en el subsector privado, aunque también existe en el seguro social (PAAD), municipios y congregaciones religiosas, pero en número muy poco representativo. Está a cargo de un médico general o especialista, odontólogo, obstetrix, veterinario u otro profesional de las ciencias de la salud. Puede contar con personal de enfermería, técnico, auxiliar y administrativo.

- **Puesto Médico (PM)**

Es el nuevo establecimiento a crear en reemplazo del preexistente Puesto de Salud, dotado con médico general integral, enfermero general, técnicos y auxiliares. De acuerdo a la demanda puede incrementarse con odontólogo y/u obstetrix. Realiza acciones intra y extramurales correspondientes al cuidado integral de la salud en sus cuatro componentes.

- Atención a las personas: salud de la madre y el niño, salud del adolescente, salud del adulto y del adulto mayor.
- Atención al medio ambiente: saneamiento básico, control de la contaminación ambiental y protección de alimentos.
- Epidemiología e investigación operativa.
- Fortalecimiento de los servicios de salud: desarrollo de la capacidad operativa, desarrollo de recursos humanos y vigilancia del proceso de salud.

El Puesto Médico supervisa y controla a los Puestos de Salud de su red, presta atención profesional en medicina y odontología, preferentemente ambulatoria y no diferenciada. Refiere los casos que no puede resolver a su nivel a establecimientos más complejos del sistema. Podrá contar con un número variable de camas para atención médico-quirúrgica, del parto institucionalizado y emergencias.

- **Policlínico (PLC)**

Se ubica asimismo en este nivel de atención, constituyendo una extensión de mayor complejidad del Puesto Médico. Es el establecimiento del sistema que cuenta con personal médico de las cuatro especialidades básicas y odontológico para consulta. Realiza acciones intra y extramurales correspondientes al cuidado integral de la salud: Es cabeza de la red del primer nivel de atención (PS-PM y no formal) y apoya, supervisa y controla a los puestos de salud y puestos médicos de su red.

Cuenta con un número variable de camas para atenciones médico quirúrgicas no complejas en las cuatro especialidades básicas, de emergencias y partos, en dos ambientes diferenciados por sexo. Recibe los casos referidos por los PS y PM de su jurisdicción y refiere los casos que no puede resolver en su nivel a establecimientos más complejos del sistema. Corresponde al Primer Nivel de Complejidad.

El personal encargado de la atención en este nivel está constituido por médicos generales integrales, médicos especialistas de las cuatro especialidades básicas, anestesista y otras especialidades de importancia epidemiológica local, odontólogo, enfermeros, obstetrix, otros profesionales de la salud como químicos farmacéuticos y asistente social, tecnólogos de laboratorio y de diagnóstico por imágenes, técnicos de enfermería y rehabilitación, y personal administrativo y de mantenimiento.

Participan en este nivel, en el sector no institucionalizado o informal, la familia, la organización comunal y los agentes comunitarios de salud capacitados (promotor y partera tradicional). Las actividades de este nivel se enfocan primordialmente a preservar y conservar la salud de la población por medio de acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de las necesidades de salud que se presentan y cuya resolución es factible con el empleo de recursos y tecnología de mediana complejidad.

b) SEGUNDO NIVEL DE ATENCIÓN: REGIONAL

• Hospital Local (HL)

Constituye una extensión de mayor complejidad que el Policlínico. Presta atención profesional de consulta externa en las cuatro especialidades médicas básicas: medicina, cirugía, pediatría y gineco-obstetricia; consultas odontológicas y de otras sub especialidades de acuerdo al perfil epidemiológico de su zona de acción. También proporciona atención de emergencia y de hospitalización diferenciada. En esta perspectiva el Hospital Local debe estar al servicio de los requerimientos de los Policlínicos, y en general de toda la red de salud local, para resolver los problemas que requieran formas de atención más complejas. Refiere regularmente al Hospital Regional y/o al Tercer Nivel de Atención los casos que por su complejidad lo ameriten.

El personal en este nivel está constituido por médicos generales integrales, médicos de las cuatro especialidades básicas, epidemiólogo, anestesista, traumatólogo, oftalmólogo, otorrinolaringólogo, cardiólogo, gastroenterólogo, patólogo clínico, otros que la patología local amerite, odontólogo, enfermeros, obstetricas, otros profesionales de la salud como asistente social, nutricionista, psicólogo, químico farmacéutico, tecnólogos de laboratorio, diagnóstico por imágenes y rehabilitación, técnicos de enfermería, profesional administrativo de contabilidad, logística y personal, y técnicos y auxiliares.

Se definirá el rango de la población sujeto de programación, el espacio geográfico y los establecimientos que comprenden su ámbito de acción. El Hospital Local corresponde al Segundo Nivel de Complejidad.

• Hospital Regional (HR)

El Hospital Regional es cabeza del sistema de atención de la Región y puede comprender uno o más departamentos. Su plantel está compuesto por profesionales todos con segunda especialización, capacitados para la atención de casos de gran complejidad médico quirúrgica: medicina interna, cirugía general, neumología, cardiología, nefrología, reumatología, endocrinología, neurología, neurocirugía, psiquiatría, microcirugía, odontología y otros especialistas en emergencia, cuidados intensivos y otras para las enfermedades prevalentes propias de la Región, y epidemiólogo. Tiene equipos itinerantes y Hospital de Campaña para la atención de desastres. El Hospital Regional corresponde al Tercer Nivel de Complejidad.

c) TERCER NIVEL DE ATENCIÓN: NACIONAL

El Tercer Nivel de Atención está conformado por el Hospital Nacional y el Instituto, ambos corresponden al Cuarto Nivel de Complejidad. Estos establecimientos se hallan a cargo de especialistas del más alto nivel de preparación para realizar actividades de recuperación de la salud y rehabilitación de la discapacidad del paciente de alta complejidad en diagnóstico y tratamiento. Son el componente final del sistema de referencia. Puede ser de una o más especialidades.

- El Hospital Nacional, así como el Instituto son entes rectores en el campo de su especialidad(es) y están calificados para realizar, entre otras, intervenciones de alta cirugía y trasplantes de órganos y tejidos.

- El Instituto por definición y razón de ser debe dedicarse esencialmente a las actividades de investigación y docencia, teniendo asimismo función normativa nacional en su ámbito. Puede no tener camas de hospitalización, pero si las tiene, debe estar dedicado en su mayor proporción a la cirugía y/o medicina experimental y trasplantes. Debe constituirse en nexo entre los prestadores y las entidades formadoras de personal de salud.

✓ REDES DE SERVICIOS

La articulación entre los establecimientos de salud de los diferentes niveles de complejidad, que es fundamentalmente entre los del nivel local de atención, o con los del nivel regional o nacional, es el elemento central para establecer la unidad funcional del sistema y la equidad en el cuidado de la salud, especialmente de tipo reparativo. Para su eficiente funcionamiento, incluye cinco (5) subsistemas:

- **Subsistema de Apoyo:** Parte de los niveles más complejos y comprende:
 - a) **La capacitación** de personal, que debe realizarse en todo el sistema de salud, ya sea en los establecimientos más complejos o en centros de capacitación en ciencias sociales y de salud pública, teniendo como eje de los procesos educacionales a la administración y la epidemiología.
 - b) **Servicio itinerante:** Son actividades que se ejecutan desde los mayores niveles de la red de servicios hacia los niveles menores; como un apoyo regular, constituye elemento de capacitación en el ámbito asistencial y de supervisión y control en el administrativo. Un aspecto especial de este servicio itinerante debería darse en las regiones del país de difícil acceso, de manera tal que grupos de especialistas del más alto nivel de complejidad se desplacen en equipo a las zonas periféricas para brindar atenciones de especialidad que no existen en el lugar por diversos motivos.
 - c) El **apoyo en mantenimiento**, que debe ser especialmente para algunos equipos complejos del hospital, complementando el servicio de mantenimiento de la red de servicios.
- **Subsistema de Referencia-Contrarreferencia:** Para que la prestación de servicio a los pacientes sea equitativa y éstos puedan acceder a servicios más complejos de atención, la alternativa incluye la creación y desarrollo de un subsistema de referencia - contrarreferencia, que es la traducción operativa del sistema escalonado de niveles de atención. Se define como el procedimiento médico administrativo que permite la continuidad de la atención integral del usuario, que dependiendo de la magnitud, complejidad y severidad de su problema de salud, debe ser transferido a un centro asistencial de mayor capacidad resolutoria y retornar a su centro asistencial de origen después de resolver su problema de salud o para continuar con el tratamiento instaurado. También puede hacerse a establecimientos de los otros efectores del sistema de existir en la misma localidad o en otra de fácil acceso.
- **Subsistema de Comunicaciones:** Interconecta a los establecimientos de salud entre sí, por teléfono, radio o sistemas electrónicos, y es muy importante para las zonas rurales.
- **Subsistema de Transporte:** Es importante para la derivación de pacientes, visitas domiciliarias y el traslado de abastecimiento. El Puesto de Salud debe estar dotado de un vehículo menor tipo motocicleta para las vías terrestres y de un bote deslizador en la vía fluvial, incluso semoviente para caminos de herradura. El Puesto Médico y los Policlínicos, de un vehículo (o vehículos) multipropósito: para traslado de pacientes, personal de supervisión y carga menor. Los Hospitales además de ambulancia, deben tener vehículo para personas, camioneta pick-up o camión (para abastecimiento) de acuerdo a las necesidades. En los establecimientos de la selva, sus equivalentes para vía fluvial.

- **Subsistema de Información:** Todos los establecimientos contarán con una base mínima de datos y un sistema de recolección de los mismos, para detectar muy rápida y simplemente los cambios de los indicadores de morbimortalidad y de gestión.

✓ **CRITERIOS PARA LA DELIMITACIÓN Y CONFORMACIÓN DE REDES DE SALUD**

a) Cobertura poblacional: Cantidad de pobladores que pueden ser atendidos con un rango apropiado de eficiencia, calidad, universalidad y equidad. Este ámbito poblacional no puede ser muy grande ya que iría en desmedro de la efectividad de la red, ni muy pequeño porque los costos administrativos serían muy altos para el nivel de escala.

b) Accesibilidad: Es la facilidad con que los usuarios pueden obtener asistencia sanitaria, disminuyendo en todo lo posible las barreras económicas, geográficas, culturales y organizativas. Es necesario tomar en consideración los corredores sociales que son los espacios en los que la población habita, realiza sus actividades sociales, ocupacionales y busca los servicios. La accesibilidad geográfica está condicionada por las vías de comunicación que los usuarios de los servicios utilizan cotidianamente para su desplazamiento. Hay casos de excepción, por ejemplo en poblaciones de lugares poco accesibles por carencias de vías de comunicación terrestre o fluvial, que requieren programas de atención médica no en función de la demanda sino de la necesidad, lo cual ocurre en las regiones de frontera a las que los servicios de la Sanidad Militar tienen que asignar los indispensables recursos de salud, en resguardo de la seguridad y soberanía territorial.

c) Características de la demanda de servicios de salud: La identificación de las necesidades de salud de la población requiere de un análisis de sus características en la utilización de los servicios frente a la oferta disponible, involucrando activamente a la comunidad organizada. En tal sentido será necesario determinar el perfil demográfico, epidemiológico y social de la población a la cual servirá la red de salud.

d) Características de la oferta de servicios de salud: La formación de una red implica la organización, combinación y racionalización de los recursos. Éstos se orientan a asegurar una capacidad resolutive suficiente para el conjunto de los establecimientos que la integran, proporcionando los servicios prioritarios a los pobladores de su ámbito y para ello se precisa de la adecuada ubicación de los establecimientos de salud, su categoría y capacidad resolutive, los tipos de servicios y recursos disponibles, las rutas y distancia entre ellos y las unidades de transporte y comunicación disponible en los respectivos establecimientos.

e) Demarcación política: Para que las redes de salud puedan operar con sus plenas capacidades en el nivel de provincias o distritos se requiere de coordinaciones interinstitucionales e intersectoriales para su desarrollo. Con relación a la jurisdicción provincial y distrital es necesario hacer ajustes relativos a la exclusión de poblaciones que corresponden jurisdiccionalmente a otros ámbitos político-administrativos, pero que tienen mejor acceso a la red que se está delimitando.

ACCIONES

A cargo del Ministerio de Salud a través de la Dirección General de Salud de las Personas y del Consejo Nacional de Salud a través del Comité de Servicios de Salud o su equivalente. Una vez definidos los niveles de atención, la categorización de los establecimientos de salud y los niveles de complejidad del sistema de salud, es necesario seguir las pautas siguientes:

- a) Constituir una comisión en cada Dirección Regional de Salud para:
 - El estudio y definición de los niveles de atención, la categorización y los niveles de complejidad de los establecimientos de salud de su ámbito.

- La conformación y delimitación de las redes de salud de su ámbito.
- Elaboración de la guía de referencia y contrarreferencia.
- Constitución del equipo de apoyo (capacitación, mantenimiento y atención periódica itinerante a las redes de salud de su ámbito).
- Constitución de equipos para la implementación de los subsistemas (comunicaciones, información y transporte).
- Elaboración de las prioridades de inversión para la implementación progresiva de los establecimientos de salud, con el fin de cumplir con los correspondientes niveles de atención, la categorización y la complejidad definidos.

b) Constituir una comisión central para la supervisión, control y el apoyo correspondiente a las comisiones regionales.

Ambas comisiones deben constituirse con representantes de los componentes del sistema de salud: MINSA, ESSALUD, Sanidades de las FFAA y PNP, subsector privado, ONGs, municipios, universidades y otros.

D. RECURSOS HUMANOS DE SALUD

1. ANTECEDENTES

Aunque los recursos humanos de salud atienden personas, gestionan y sustentan el sistema de salud y sus servicios, y la intensidad y calidad de sus acciones generan resultados y beneficios a la población, en el sector no se han producido cambios sustanciales en su planificación, regulación y gerencia. La ausencia del tema en la agenda política y por consiguiente la escasa y eventual intervención en este campo, han derivado en una acumulación de problemas: a los antiguos no resueltos, por ejemplo la falta de formación de los profesionales generales requeridos en los primeros niveles de atención así como la inadecuada distribución del personal, se han añadido otros derivados de la globalización, tal es el caso de la flexibilización laboral y la precarización del empleo por cambios en los vínculos laborales.

Es responsabilidad del Ministerio de Salud elaborar las normas que regulan las actividades de los recursos humanos y controlar su ejecución. La Ley General de Salud N° 26842 establece en su Título Preliminar, Artículo XV, que el Estado promueve la formación, capacitación y entrenamiento de recursos humanos para el cuidado de la salud. De otro lado, la nueva Ley del Ministerio de Salud N° 27657 señala en el Artículo 2° que el Ministerio es el ente rector del sector salud, y en el Artículo 33° inc. b) que el Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos tiene como misión conducir las actividades de formación, capacitación y especialización del personal, y el desarrollo y evaluación de la calidad de los recursos humanos.

En los últimos años, el número de entidades formadoras de recursos humanos en salud se ha incrementado notablemente. La formación de los profesionales médicos se realiza en 28 facultades o escuelas de medicina existentes en el país, de las cuales 7 (25% del total) se encuentran funcionando en la ciudad de Lima. El incremento de las entidades formadoras, aunado a la ausencia de criterios que aseguren una racional asignación del campo clínico para la formación preprofesional, así como la formación predominantemente hospitalaria del futuro médico, están originando una sobrecapacidad de la infraestructura y de los recursos de los hospitales de mayor complejidad.

En 1964 el 67% de los médicos se concentraba en Lima y Callao, y el 81% en las seis principales ciudades, ocurriendo lo mismo con las enfermeras en Lima y Callao (72%) y en las seis principales ciudades (85%). En 1996 estaban registrados 24,708 médicos en el

sector, de los cuales el 59% se concentraba en Lima y Callao y el 77% en los departamentos mencionados; mientras que el 44% de las enfermeras se concentraba en Lima y Callao y el 64% en dichos departamentos. El 73% de los médicos tiene alguna especialidad y el 66% de los médicos especialistas se concentra en Lima y Callao.

La inexistencia de un subsistema de información en recursos humanos que permita conocer la situación y realizar el monitoreo a través del tiempo, constituye uno de los factores limitantes, mucho más considerando la diversidad de instituciones involucradas en este campo, las que generan de manera fragmentada y no siempre actualizada la información disponible.

2. PROBLEMAS, PROPUESTAS Y ACCIONES

PROBLEMA Nº 10 - AUSENCIA DE RECTORÍA EN RECURSOS HUMANOS DE SALUD

Ausencia de rectoría del Ministerio de Salud y la ex Escuela Nacional de Salud Pública en el desarrollo y gestión de los recursos humanos del sector y carencia de una estructura organizativa de apoyo. Débil capacidad técnica regional para asumir funciones inherentes a este campo.

PROPUESTA - FORTALECIMIENTO DE LA RECTORÍA EN RECURSOS HUMANOS DE SALUD

Fortalecimiento del Ministerio de Salud y el Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos - IDREH para asumir la rectoría de la formulación de perfiles ocupacionales, la capacitación y gestión de los recursos humanos en el sector, así como la rectoría de la investigación sectorial. Las instituciones de salud deben contar con una unidad de recursos humanos ubicada cerca de los niveles de decisión y apoyar la capacitación técnica regional.

ACCIÓN

La creación del SNDS y el funcionamiento del Comité de Articulación Docencia-Atención de Salud-Investigación del Consejo Nacional de Salud o su equivalente, constituyen una oportunidad inmediata para fortalecer y desarrollar esta rectoría.

PROBLEMA Nº 11 - POLÍTICAS INADECUADAS DE RECURSOS HUMANOS DE SALUD

Ausencia de una política sectorial adecuada de recursos humanos.

PROPUESTA - LINEAMIENTOS DE POLÍTICA SECTORIAL DE RECURSOS HUMANOS

Visión: Recursos humanos de calidad y acordes a las necesidades del sistema de salud, adecuadamente distribuidos.

✓ Políticas referidas a la formación y capacitación

- Definir perfiles ocupacionales de acuerdo a las necesidades del país, los que tendrán carácter obligatorio para las plazas del sector público.
- Reducir las brechas existentes entre las necesidades de los servicios y la formación de recursos humanos de salud.
- Dar prioridad a la formación de médicos generales integrales con capacidad para desenvolverse con eficiencia en cualquier lugar del país y principalmente en los primeros niveles de atención.

- Promover, concertar y coordinar con las instituciones formadoras y prestadoras la reorientación del Residentado Médico hacia la priorización de la especialidad de medicina general integral y las especialidades de mayor necesidad para el SNDS.
 - Desarrollar estrategias y normas para la formación y capacitación del personal de salud y los agentes comunitarios.
 - Organizar un subsistema de capacitación permanente para los recursos humanos de salud, vinculado a su desempeño y a la carrera funcionaria.
 - Promover la certificación y licenciamiento periódicos.
- ✓ **Políticas referidas al ámbito de los Derechos Humanos**
- Fomentar la educación en valores y respeto a los códigos de ética profesional, desde la universidad, los colegios profesionales y durante el ejercicio laboral.
 - Promover una nueva cultura de valores en las instituciones de salud.
 - Generar mecanismos de participación del personal de salud en todos los establecimientos y fortalecer los mecanismos de comunicación y negociación, como por ejemplo centros de conciliación en salud.
- ✓ **Políticas referidas a la línea de carrera e incentivos**
- Establecer la plena vigencia de la carrera funcionaria, profesional y técnica, considerando los aspectos referidos al ingreso, competencias, promoción y egreso de los trabajadores.
 - Promover los servicios de bienestar del personal en los establecimientos, fortaleciendo la calidad de vida de los trabajadores y sus familias, desarrollando vínculos laborales acordes a las necesidades del sistema de salud que incluyan políticas de incentivos relacionados al desempeño (productividad, rendimiento, responsabilidad, calidad y excelencia técnico-profesional) y adecuados programas de salud ocupacional y bienestar laboral.
- ✓ **Políticas referidas a la gestión de personal**
- Impulsar una gestión descentralizada de los recursos humanos de salud que garantice su desarrollo y una nueva cultura y clima organizacional acorde a las necesidades de la población y la organización de los servicios.
 - Establecer mecanismos de contratación laboral efectivos y sostenibles, con base en perfiles ocupacionales por competencias, orientados al nuevo modelo de cuidado de la salud.
 - Desarrollar programas de reconversión laboral, orientados al mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de salud y las necesidades del sistema.

ACCIONES

Incorporación a los Lineamientos de Política Sectorial. Elaboración y aprobación de una mejor Ley General de Salud, procedimiento que se menciona en el Anexo B.3.

PROBLEMA Nº 12 - DESORDEN EN LA FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS

Hay desequilibrio entre la oferta y la demanda actual de profesionales. El perfil profesional educacional no responde a las necesidades de atención de salud, especialmente para el primer nivel. Existe un crecimiento acelerado de las instituciones formadoras de profesionales, con problemas en el número y la calidad del producto. La especialización médica no responde a las prioridades de los servicios de salud y a las necesidades de la población, siendo especialidades críticas medicina general integral, anestesiología y radiología. La especialidad de medicina general integral aún no resulta atractiva. Hay crecimiento no planificado de los institutos superiores que ofrecen carreras técnicas de salud, con evidencia de baja calidad de los egresados y recientes intentos de algunos

institutos para abrir programas de especialización del personal técnico en salud, siendo escasa la coordinación del Ministerio de Salud con el Ministerio de Educación respecto a la formación de este personal.

PROPUESTA - REGULAR LA OFERTA Y DEMANDA DE RECURSOS HUMANOS

Efectuar estudios de oferta y demanda de profesionales de salud por niveles de atención, dando prioridad al primer nivel. Con base en los resultados y en coordinación con las universidades y otras instituciones del SNDS, **el Ministerio de Salud deberá formular lineamientos para regular la oferta y la demanda de estos profesionales, y definir los perfiles ocupacionales, los que tendrán carácter obligatorio para las plazas del sector público.** El Consejo Nacional de Salud con la rectoría del MINSa y en coordinación con las instituciones prestadoras de salud y las universidades, deberá efectuar un estudio de oferta y demanda de las especialidades médicas y aprobar las prioridades de las especialidades en el país así como la redistribución de plazas.

La especialización en medicina general integral debe convertirse en una opción atractiva. El Consejo Nacional de Salud debe impulsar la especialidad a través de las modalidades escolarizada y no escolarizada con creditaje. A fin de favorecer su institucionalización, se incluye el perfil ocupacional del Médico General Integral en el Anexo C. Debe asimismo tener prioridad en la asignación de plazas del residentado y asistenciales. **El médico general integral debe ser captado por el SNDS inmediatamente concluida su residencia, concediéndose a estos especialistas un puntaje adicional en los concursos para plazas de servicios.**

El Consejo Nacional de Salud y el IDREH, en coordinación con el Ministerio de Educación, deberán efectuar un estudio de oferta y demanda del personal técnico en el sector; definir las carreras técnicas que se requieren y los perfiles ocupacionales de cada una de ellas.

ACCIONES

Desarrollo de la propuesta por el IDREH y el Consejo Nacional de Salud a través del Comité de Articulación Docencia-Atención de Salud-Investigación o su equivalente. Perfiles ocupacionales aprobados por el Consejo Nacional de Salud. Consultorías.

PROBLEMA Nº 13 - INEQUITATIVA CAPACITACIÓN DE RECURSOS HUMANOS

La capacitación no es equitativa, pues se desarrolla especialmente para los profesionales de salud y es muy escasa para los administrativos, personal de servicios generales y agentes comunitarios. No se sustenta en planes orientados a la mejora del desempeño institucional, de equipo ni individual, y se encuentra desvinculada de los procesos de evaluación del desempeño. En el MINSa es vertical, con escasa coordinación entre las instancias del nivel central y entre éste y los niveles descentralizados. Se han evidenciado experiencias innovadoras a través de algunos proyectos, sobretudo en educación en servicio y a distancia basadas en el desempeño, sin embargo son de baja cobertura y no se han institucionalizado.

PROPUESTA - CAPACITACIÓN DE RECURSOS HUMANOS CON EQUIDAD

Con la rectoría del IDREH y la coordinación en el Comité de Articulación Docencia-Atención de Salud-Investigación o su equivalente, la planificación debe realizarse sobre la base de los nuevos lineamientos de política de capacitación. Los responsables deben conducir un proceso participativo para formular el plan de capacitación de su responsabilidad. Se plantea modificar la RM Nº 048-SA/DM que establece que toda actividad de capacitación debe contar con una RM de autorización previo visto del IDREH, delegando dicha

autorización a este Instituto. En coordinación con el Centro Nacional de Salud Intercultural, el IDREH debe dar los lineamientos para la capacitación de los agentes comunitarios por todo el sistema de salud, para lo cual hará una evaluación de las experiencias de los últimos años en las diferentes regiones del país.

ACCIONES

Estarán a cargo del IDREH y el Consejo Nacional de Salud a través del Comité de Articulación Docencia-Atención de Salud-Investigación o su equivalente.

PROBLEMA Nº 14 - MALA DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS

Los profesionales de salud constituyen aproximadamente el 48% de la fuerza laboral del sector y el 52% restante corresponde a personal técnico, administrativo y de servicios generales. El mayor número de puestos laborales se encuentra concentrado en hospitales. Hay creciente tendencia a la sobre especialización de los médicos y concentración de ellos en hospitales de las grandes ciudades, cuyo nivel tecnológico es cada vez más complejo. Paralelamente, existen persistentes inequidades en la distribución de personal de salud que se expresan en muy bajas tasas de profesionales en las poblaciones de menor desarrollo. La gran mayoría de puestos de salud está a cargo de personal técnico.

PROPUESTA - PLANIFICAR LA DISTRIBUCIÓN ADECUADA DE RECURSOS HUMANOS EN TODO EL PAÍS

Información y planificación coordinadas de la demanda de recursos humanos en salud proyectándola a mediano y largo plazo. Debe considerar el personal requerido según número, tipo, competencias y equipos por niveles de atención y población a atender. Esto permitirá ir reorientando la distribución de los recursos humanos en aras al logro de la equidad y universalidad de la atención. La planificación debe abarcar al personal profesional, técnico y auxiliar tanto asistencial como administrativo. Será también el punto de partida para abordar los procesos de formación, de ingreso al mercado laboral, de certificación y control del ejercicio profesional; además de las modalidades de empleo y diferenciales de la oferta y la demanda, la evaluación del desempeño y otros elementos cruciales de gestión.

ACCIONES

Información y planificación coordinadas en el Comité de Información y Planificación Coordinadas del Consejo Nacional de Salud o su equivalente. Perfiles ocupacionales aprobados por el Consejo Nacional de Salud y normas de asignación de personal. Consultorías.

PROBLEMA Nº 15 - SEVERAS INCONSISTENCIAS DEL SERUMS

Según la Ley 23330, el SERUMS es un servicio temporal obligatorio para profesionales recién titulados de doce carreras de salud y es requisito para continuar estudios de perfeccionamiento, para trabajar en el sector público y postular a becas. Constituye un mecanismo para extender la cobertura de atención profesional en zonas rurales y urbano marginales, aunque la mayoría de los puestos de salud no cuenta con este personal profesional temporal y de limitada experiencia. El número de vacantes remuneradas -que se cubren por sorteo- es insuficiente. Sus recursos financieros son escasos y sólo le han permitido remunerar 1,950 plazas en el 2001. Ellas representan el 51%, teniendo el 49% restante de las plazas la modalidad de equivalente, que en sí misma es una forma de explotación.

PROPUESTA - CREACIÓN DEL SERVICIO DE MEDICINA Y SALUD COMUNITARIA - SERMEC

Siendo prioridad el fortalecimiento de la atención de salud en el primer y segundo nivel -con énfasis en la promoción de salud y la resolución de problemas de menor y mediana complejidad-, es urgente una decisión que favorezca la atracción y permanencia de profesionales generales bien preparados, especialmente en las zonas de menor desarrollo. En este sentido, se propone la **creación y el desarrollo del Servicio de Medicina y Salud Comunitaria - SERMEC** en el Sistema Nacional Descentralizado de Salud, donde el **Médico General Integral**, con segunda especialización, sea la base del mismo.

Con este fin, se debe reorientar el financiamiento del sistema de salud hacia nuevas plazas, con prioridad para constituir equipos de profesionales generales en los actuales Puestos de Salud, plazas que se incrementarían progresivamente según la demanda poblacional y la disponibilidad financiera. Este nuevo y moderno SERMEC, de características superiores al SERUMS por tener profesionales generales más capacitados y estables, reemplazaría a éste a la brevedad posible, para lo cual se requiere elaborar de inmediato un anteproyecto de Ley que a la vez que constituya el SERMEC, derogue la Ley 23330. A fin de atraer a los profesionales a estas plazas, se deberá crear incentivos y condiciones laborales tales como la oferta de especialización en medicina general integral, condiciones de alojamiento, mecanismos de comunicación efectivos (radio, teléfono, Internet) e incentivos económicos como una bonificación por trabajo en zonas de menor desarrollo. De esta manera, para un mucho mejor servicio, se tendrán -donde se les necesita- recursos humanos calificados. Además, al eliminarse las continuas rotaciones, la población se verá beneficiada con la mayor permanencia del personal, lográndose su identificación con la comunidad y su cultura.

ACCIONES

Proyecto de Ley y acciones a cargo del Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos y el Consejo Nacional de Salud, a través del Comité de Articulación Docencia-Atención de Salud-Investigación y del Comité de Servicios de Salud o sus equivalentes. Prioridad presupuestaria creciente del SERMEC y de las plazas de Médico General Integral en el SNDS. Consultoría.

PROBLEMA Nº 16 - AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD EN ABANDONO

No obstante la falta de cobertura institucionalizada del 25% de la población y por tanto la elevada mortalidad maternoinfantil en las zonas rurales, hay permanente ausencia de acciones efectivas del sector en este campo, desconociéndose el número de agentes comunitarios (promotores de salud y parteras tradicionales) y su participación en la atención de salud.

PROPUESTA - CAPACITACIÓN DE LOS AGENTES COMUNITARIOS POR TODO EL SNDS

Los agentes comunitarios, en su condición de importantes ejecutores de acciones sanitarias en las zonas más alejadas, deben ser capacitados con el apoyo de todo el sistema de salud e incorporados a los procesos de programación local de salud. Es urgente un levantamiento de información sobre agentes comunitarios de salud vinculados a las instituciones públicas y privadas del sector incluyendo iglesias y ONGs, y considerando tipo, ubicación, lengua, comunidad a la que pertenece, tiempo de actividad en salud y nivel de participación en las decisiones locales de salud. Esta información es un componente de la información de recursos humanos del sector.

ACCIONES

Información y planificación coordinada de los agentes comunitarios en el Comité de Información y Planificación Coordinadas del Consejo Nacional de Salud o su equivalente. Perfiles ocupacionales. Consultorías.

PROBLEMA Nº 17 - INSUFICIENTE INFORMACIÓN SOBRE RECURSOS HUMANOS

La información sobre recursos humanos de salud es insuficiente y está desactualizada y dispersa, lo que dificulta la toma de decisiones.

PROPUESTA - SUBSISTEMA INTEGRADO DE INFORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS

Establecer un subsistema integrado de información sobre recursos humanos del SNDS que permitirá conocer las características del personal de salud existente y efectuar balances posteriores sobre oferta y demanda. Este subsistema debe permitir el conocimiento alrededor de los grupos de población objeto de intervención. Los grandes rubros serían formación, disponibilidad, situación laboral, calidad y desempeño.

ACCIÓN

Consultoría para el establecimiento del subsistema de información.

PROBLEMA Nº 18 - CAOS EN LAS PRÁCTICAS DE ESTUDIANTES EN LOS SERVICIOS

Si bien es cierto que no existe información sobre el número de estudiantes de las carreras de las ciencias de la salud, la situación real e idea central es que existe una evidente superpoblación de los mismos en los hospitales que interfiere con la actividad asistencial y la buena formación profesional, y vulnera los derechos de los pacientes. Esto se produce por la concurrencia de varios factores, como ninguna aplicación de las normas existentes a este respecto, absoluta independencia de los directores de hospitales para firmar convenios al margen de la capacidad de los hospitales para la docencia, y proliferación de facultades de medicina que se valen de los mismos campos clínicos y de los mismos docentes de facultades que venían funcionando previamente.

PROPUESTA - ORGANIZAR LAS PRÁCTICAS DE ESTUDIANTES EN LOS SERVICIOS

Levantamiento de la información referente a facultades de medicina, número de alumnos y capacidad de campos clínicos ofertados por los hospitales. Elaboración de nuevas normas que regulen y coordinen los procesos de Docencia-Atención de Salud-Investigación. Prestación de facilidades para la docencia en la comunidad, particularmente en los Puestos Médicos y Puestos de Salud. Preparación de los convenios marco y específicos de acuerdo a las normas elaboradas.

ACCIONES

Diversas acciones a cargo del IDREH y el Comité de Articulación Docencia-Atención de Salud-Investigación del Consejo Nacional de Salud o su equivalente.

PROBLEMA Nº 19 - DESARTICULACIÓN DOCENCIA - ATENCIÓN DE SALUD

No existe rectoría del Ministerio de Salud ni concertación o coordinación entre el Sistema Nacional de Salud y las universidades e institutos superiores de formación de recursos

humanos en salud, que permitan una articulación entre el perfil ocupacional definido por el MINSA y el sistema de salud, y el perfil educacional de las entidades formadoras. No existen criterios para la asignación del campo clínico en los servicios de salud del Ministerio de Salud, ESSALUD y sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales para que todas las universidades con facultades o escuelas de las ciencias de la salud cuenten con convenios idóneos para hacer uso de los establecimientos y servicios de apoyo. Tampoco se tienen normas que regulen el proceso de articulación docencia-atención de salud.

PROPUESTA - ARTICULACIÓN DOCENCIA - ATENCIÓN DE SALUD

Responsabilidad rectora del Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos para la regulación del proceso docencia-servicio, así como del Comité de Articulación Docencia-Atención de Salud-Investigación del Consejo Nacional de Salud o su equivalente para la correspondiente articulación. Concertación de la distribución por áreas de influencia asignadas a las facultades o escuelas de ciencias de la salud, y elaboración de bases para la suscripción de convenios marco y específicos entre las entidades formadoras de recursos humanos y las prestadoras de salud. Evaluación por el IDREH de la posibilidad de dejar en suspenso la suscripción de nuevos convenios hasta que se apruebe la nueva norma que regule la articulación docencia-atención de salud-investigación.

ACCIONES

Elaboración y aprobación de una mejor Ley General de Salud, procedimiento que se menciona en el Anexo B.3. Evaluación y preparación de los proyectos pertinentes de nuevas normas por el IDREH y coordinación de acciones por el Comité de Articulación Docencia-Atención de Salud-Investigación del Consejo Nacional de Salud o su equivalente.

E. INVESTIGACIÓN EN SALUD

1. ANTECEDENTES

La nueva Ley del Ministerio de Salud N° 27657 establece que el Ministerio es el ente rector del sector salud y que el Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos tiene como misión conducir las actividades de investigación académica. Anteriormente el Decreto Legislativo N° 584 definía al Ministerio de Salud como ente rector del sector, competente en la investigación y desarrollo de tecnologías en salud, y con la función de fomentar, orientar y divulgar las investigaciones y desarrollo de tecnologías adecuadas a la realidad.

El Ministerio de Salud nunca ha ejercido la rectoría en investigación de salud que le corresponde, ni ha identificado, propuesto o definido los instrumentos normativos, administrativos y financieros sectoriales para cumplir con su función. En el período 1981-1995 asumió dicho rol el CONCYTEC. El quinquenio 1985-1990 se caracterizó por un elevado presupuesto que permitió ejecutar programas de apoyo en todas las áreas del conocimiento incluyendo salud. De 1990 a 1995, pese al derrumbe presupuestal producido para la investigación en general y en salud, se logró el Convenio CONCYTEC / OPS por tres años, que facilitó un financiamiento compartido.

El Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología - CONCYTEC fue creado en 1981 por Decreto Legislativo N° 212. Es un Organismo Público Descentralizado dependiente de la Presidencia del Consejo de Ministros, cuya misión es el fomento, la coordinación y la orientación de la investigación científica y tecnológica en el Perú. Tiene un órgano desconcentrado que es el Fondo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico.

Los recursos financieros asignados a esta entidad, con excepción del trienio 1987-1989, fueron escasos, situación que empeoró con la hiperinflación de 1989-1990. A inicios de los años noventa la capacidad instalada en el campo del desarrollo científico y tecnológico se redujo a su mínima expresión. Además, los recursos del CONCYTEC se repartieron sin establecer prioridades, sin que hubiera una orientación estratégica y fueron distribuidos en montos que impidieron a los proyectos repercutir significativamente en el desarrollo de las capacidades científicas y tecnológicas. En los años noventa nuevas normas administrativas hicieron perder su autonomía al CONCYTEC y lo anexaron al Ministerio de Educación, debilitando aún más sus posibilidades de acción efectiva.

Al inicio del siglo XXI el atraso científico y tecnológico en el Perú es crítico. Durante la década de los noventa el gasto en investigación científica y tecnológica se mantuvo en alrededor de 30 a 35 millones de dólares, el mismo de treinta años antes.

2. PROBLEMAS, PROPUESTAS Y ACCIONES

PROBLEMA Nº 20 - AUSENCIA DE RECTORÍA EN INVESTIGACIÓN DE SALUD

Ausencia del Ministerio de Salud para ejercer la rectoría que le corresponde en investigación y falta de una estructura técnico-normativa. Las innovaciones tecnológicas incorporadas no han logrado el nivel de “dominio tecnológico” deseable y posible.

PROPUESTA - CREACIÓN DE LA DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA Y DESARROLLO DE TECNOLOGÍA EN EL IDREH

Creación de la Dirección de Gestión de Investigación Científica y Desarrollo de Tecnología en el Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos - IDREH, como órgano rector de promoción, evaluación y apoyo al desarrollo de la ciencia y tecnología de salud. La concertación y coordinación se realizará por el Consejo Nacional de Salud a través de su Comité de Articulación Docencia-Atención de Salud-Investigación o su equivalente.

ACCIÓN

Decisión política luego de aprobarse el presente Informe.

PROBLEMA Nº 21 - POLÍTICAS AUSENTES EN INVESTIGACIÓN DE SALUD

Ausencia de una política sectorial de investigación.

PROPUESTA - LINEAMIENTOS DE POLÍTICA SECTORIAL DE INVESTIGACIÓN

Visión: Investigación en salud y tecnología orientadas al desarrollo y prioridades nacionales.

Lineamientos de Política

- Realizar un análisis actualizado de la situación de la investigación y tecnología en salud.
- Definir las prioridades de investigación en salud.
- Elaborar una agenda y diseñar una estrategia de desarrollo científico e innovación tecnológica para el mediano plazo.
- Identificar y definir los instrumentos normativos, administrativos y financieros.
- Crear y promover la red de fuentes de información científico-tecnológica relevantes y actualizadas en salud, así como una red de asesoría y apoyo técnico para la investigación y la innovación tecnológica.

ACCIÓN

Incorporación a los Lineamientos de Política Sectorial.

PROBLEMA Nº 22 - FALTA DE DETERMINACIÓN DE PRIORIDADES DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

Indefinición de prioridades de investigación en salud.

PROPUESTA - DEFINIR PRIORIDADES DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

Definir las siguientes prioridades de investigación en salud, donde se dirigirán recursos y esfuerzos:

- ✓ Ciudadanía en salud: Derechos y deberes.
- ✓ Promoción, participación y atención primaria de salud.
- ✓ Alimentación y nutrición.
- ✓ Salud de madre, niño y adolescente.
- ✓ Prevención y control de los problemas más frecuentes de salud.
- ✓ Poblaciones rurales y urbano marginales.
- ✓ Desempeño del sistema y los servicios de salud.
- ✓ Aseguramiento público en salud.
- ✓ Desarrollo de la salud en la seguridad social.
- ✓ Salud ocupacional.
- ✓ Salud ambiental.
- ✓ Recursos humanos de salud.
- ✓ Producción y calidad de insumos.
- ✓ Financiamiento en salud.

ACCIONES

Decisión política del Ministerio de Salud y coordinación por el SNDS.

PROBLEMA Nº 23 - ESCASO FINANCIAMIENTO PARA INVESTIGACIÓN EN SALUD

Muy poco financiamiento para la investigación.

PROPUESTA - PROMOVER LA CREACIÓN DE UN FONDO DE APOYO A LA CIENCIA Y TECNOLOGÍA EN SALUD

Promover la creación de un fondo de apoyo a la ciencia y tecnología en salud con recursos financieros públicos y privados, nacionales y de cooperación externa, y mejorar la coordinación intersectorial con CONCYTEC.

ACCIONES

A cargo de la Dirección de Gestión de Investigación Científica y Desarrollo de Tecnología del Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos que ha sido propuesta.

F. MEDICAMENTOS

1. ANTECEDENTES

La salud es una necesidad esencial de la persona humana y su satisfacción constituye una prioridad social para el Estado. Los medicamentos, productos estratégicos de salud, son

recursos sanitarios susceptibles de influir en el estado de salud de la población, teniendo importancia en la prevención de las enfermedades y en la recuperación de la salud. Con frecuencia forman parte de la primera intervención en respuesta a una enfermedad y su proporción en la estructura del gasto sanitario es significativa; no obstante, en muchos casos son los primeros en sufrir las restricciones presupuestales.

El medicamento por su estructura y efecto tiene relación estrecha con los conceptos farmacológicos y clínicos. Sin embargo, por su afinidad con la salud se considera un bien social, que debe ser regulado y supervisado en todas las actividades de la cadena de suministro, dentro de criterios éticos y técnicos que aseguren su uso racional.

El sector farmacéutico peruano se caracteriza por la presencia de laboratorios nacionales que conforman ADIFAN en número de 21, que utilizan tecnología y procesos con poca innovación y producen medicamentos de marca y genéricos. La participación en el mercado de los productores nacionales es de 40% en unidades y 30% en valores⁽⁴⁾. Por otro lado, se identifican empresas representantes multinacionales, agrupadas en ALAFARPE, que cerraron sus plantas manufactureras y se convirtieron en comercializadoras y/o importadoras con patentes extranjeras. Los productos importados representan el 60% de participación en el mercado en unidades y 70% en valores⁴.

En la década de los 90 -al instalarse en el país una economía de libre mercado- con la promulgación de la Ley 25596 que establece un sistema de registro flexible, se hipertrofia la oferta de medicamentos sin considerar las necesidades de salud de la población.

El mercado de medicamentos, como parte integrante del sector salud, exhibe estructuras de competencia imperfecta, siendo a la vez estrecha su interdependencia con los servicios de salud. Característica básica de este mercado es que quien consume no siempre elige, quien elige no paga y quien paga frecuentemente es un tercero que no elige ni consume, lo que genera intereses contrapuestos. Otras características son la asimetría en la información, competencia limitada, protección a las patentes, lealtad a la marca y segmentación. Esto último se explica en que existiendo un número importante de laboratorios y/o empresas comercializadoras, se da una alta concentración en la oferta al desagregarla por grupos terapéuticos y/o por enfermedad, lo que se denomina las “bandas terapéuticas”.

El análisis de precios de los medicamentos puede involucrar diferentes dimensiones; sin embargo, el crecimiento sostenido de los mismos está estrechamente vinculado a la estrategia competitiva de las empresas del sector farmacéutico. Adicionalmente, se observa que los precios de venta no están relacionados a los costos de producción, sino que obedecen a estrategias comerciales. Siendo pobre la información en torno al tema, no se pueden generar conclusiones.

Con relación a precios, el comportamiento del mercado muestra un incremento progresivo encima de la inflación y devaluación, invirtiéndose la relación unidades/valores que siempre existió, lo que evidencia la conducta de compensar la contracción de los volúmenes de venta con la elevación de los precios ex-planta.

La información encontrada nos muestra que, independientemente del nivel de ingreso, el mayor gasto de la población en salud corresponde a medicamentos. Por niveles de ingreso trimestral (sin subsidio) las cifras varían de 78% para el primer nivel de ingreso (menos de S/. 1,000) a 71% para un nivel de ingreso entre S/. 8,000 y S/. 9,000⁵.

⁴ IMS - junio 2001.

⁵ ENAHO - 98-11

Son factores que influyen en el acceso a los medicamentos la cobertura de los servicios de salud, las políticas de financiamiento, el mercado farmacéutico, la regulación estatal, la normatividad legal y el grado de desarrollo del suministro. Además intervienen otros agentes que deciden la demanda (prescriptores y dispensadores), los cuales están influenciados por el mercadeo farmacéutico.

En respuesta a este contexto se hacen imperativas las propuestas, a las que debe darse viabilidad con decisión política y abordarse dentro del sistema de salud, para garantizar el acceso con oportunidad al medicamento seguro, eficaz y de calidad con costo-beneficio comprobado, a precios razonables y utilizado racionalmente. En esta perspectiva, las propuestas tienen como objetivo específico la reestructuración de las funciones del órgano rector del medicamento, dotándolo de nuevos instrumentos de gestión, procedimientos de monitoreo y evaluación eficientes, orientadas a las reales necesidades de salud del usuario y considerando la efectiva capacidad económica de la población. Comprenden asimismo un conjunto de procesos que forman el subsistema farmacéutico, con un modelo de suministro de medicamentos organizado, coordinado, descentralizado y funcionalmente operativo, con capacidad para atender a toda la población.

2. PROBLEMAS, PROPUESTAS Y ACCIONES

PROBLEMA Nº 24 - INADECUADA POLÍTICA DE MEDICAMENTOS

Inadecuada Política Nacional de Medicamentos. La vigente no hace posible la formulación de objetivos y metas acordes a las necesidades de la población y las prioridades sanitarias.

PROPUESTA - LINEAMIENTOS DE POLÍTICA SECTORIAL DE MEDICAMENTOS

Visión: Uso racional del medicamento seguro, eficaz y de calidad, oportuno, con costo-beneficio comprobado, disponible y equitativamente accesible a toda la población.

- ✓ **Políticas referidas a fortalecer la rectoría y la coordinación**
 - Fortalecer la DIGEMID y desarrollar el subsistema farmacéutico de medicamentos en todos los niveles del sistema de salud, así como la asistencia técnica a las regiones.
 - Estandarizar los procedimientos e información del conjunto de procesos que conforman el subsistema farmacéutico para mejorar la calidad del mismo.
 - Implementar una red de vigilancia epidemiológica y fortalecer el programa de fármaco-vigilancia.
 - Revisar la legislación vigente en materia de medicamentos, particularmente de las normas para el registro sanitario de establecimientos y productos farmacéuticos.

- ✓ **Políticas referidas al acceso equitativo y universal de la población peruana a medicamentos esenciales**
 - Crear mecanismos para asegurar la disponibilidad de medicamentos genéricos esenciales.
 - Priorizar la asignación de recursos presupuestales que posibiliten el cumplimiento de la política de medicamentos.
 - Asegurar un adecuado suministro de medicamentos necesarios en situaciones de emergencia y desastres.

- ✓ **Política referida a la seguridad, eficacia y calidad de los medicamentos**
 - Desarrollar un eficiente programa de control y vigilancia sanitaria de medicamentos a fin de garantizar su calidad.

- ✓ **Políticas referidas al uso racional de medicamentos**
 - Promover la prescripción, dispensación y uso racional del medicamento.
 - Fomentar una cultura de uso racional del medicamento y desarrollar los criterios éticos en la promoción de los mismos.
- ✓ **Política referida a regulación y control efectivo de la producción, importación, comercio y uso de los medicamentos**
 - Fortalecer los mecanismos de regulación del mercado para garantizar la calidad, competitividad, disponibilidad, precios asequibles y protección al consumidor.

ACCIÓN

Incorporación a los Lineamientos de Política Sectorial.

PROBLEMA Nº 25 - USO Y GASTO IRRACIONAL EN MEDICAMENTOS

Irracionalidad en el uso y en el gasto de los medicamentos que afecta a la población, pues reduce el acceso a estos recursos y tiene consecuencias en la calidad de la prestación.

PROPUESTA - ORGANIZACIÓN Y DESARROLLO DEL SUBSISTEMA FARMACÉUTICO

Organización y desarrollo del subsistema farmacéutico de suministro de medicamentos, sustentado en las necesidades de medicamentos de la población. Se inserta en la visión sectorial sistémica de las instituciones públicas y privadas. Los objetivos sociales como la equidad requieren de la intervención del Estado. La complementariedad entre el sector público y privado en el subsistema farmacéutico, debe apuntar a:

- Garantizar el acceso equitativo a los medicamentos priorizando los medicamentos esenciales.
- Promover el consumo racional de medicamentos como mandato para todo el sector, dando prioridad a los genéricos.
- Fomentar la eficiencia de los recursos humanos y económicos para medicamentos.
- Asegurar el cumplimiento de las normas de calidad en todo el proceso de suministro de medicamentos (Gráfica 1).

✓ **Espacio Financiador**

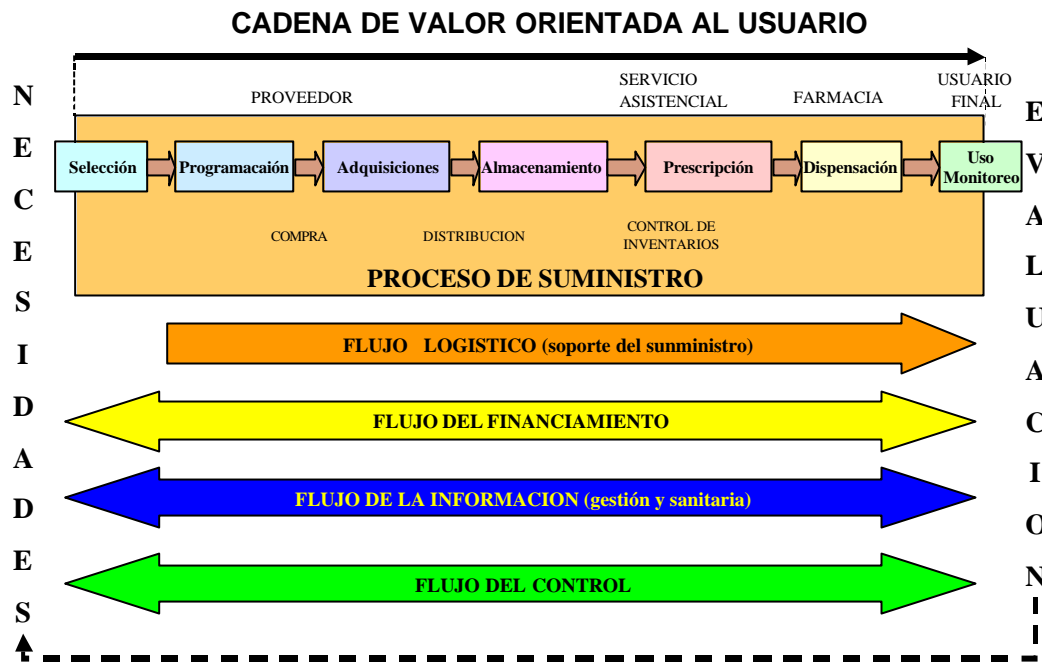
En el contexto de salud se identifican a:

- MINSA, financia con el presupuesto nacional a través de programas y estrategias como el Seguro Integral de Salud.
- Seguro Social de Salud, financia con su fondo a través de ESSALUD y EPS el gasto de los asegurados y derechohabientes del régimen contributivo.
- Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional, financian con el presupuesto nacional.
- Seguros privados, financian con los fondos constituidos con el aporte de sus afiliados.
- Gasto familiar, que corresponde al “gasto de bolsillo” de la población en general, permaneciendo excluidos los que carecen de recursos económicos.

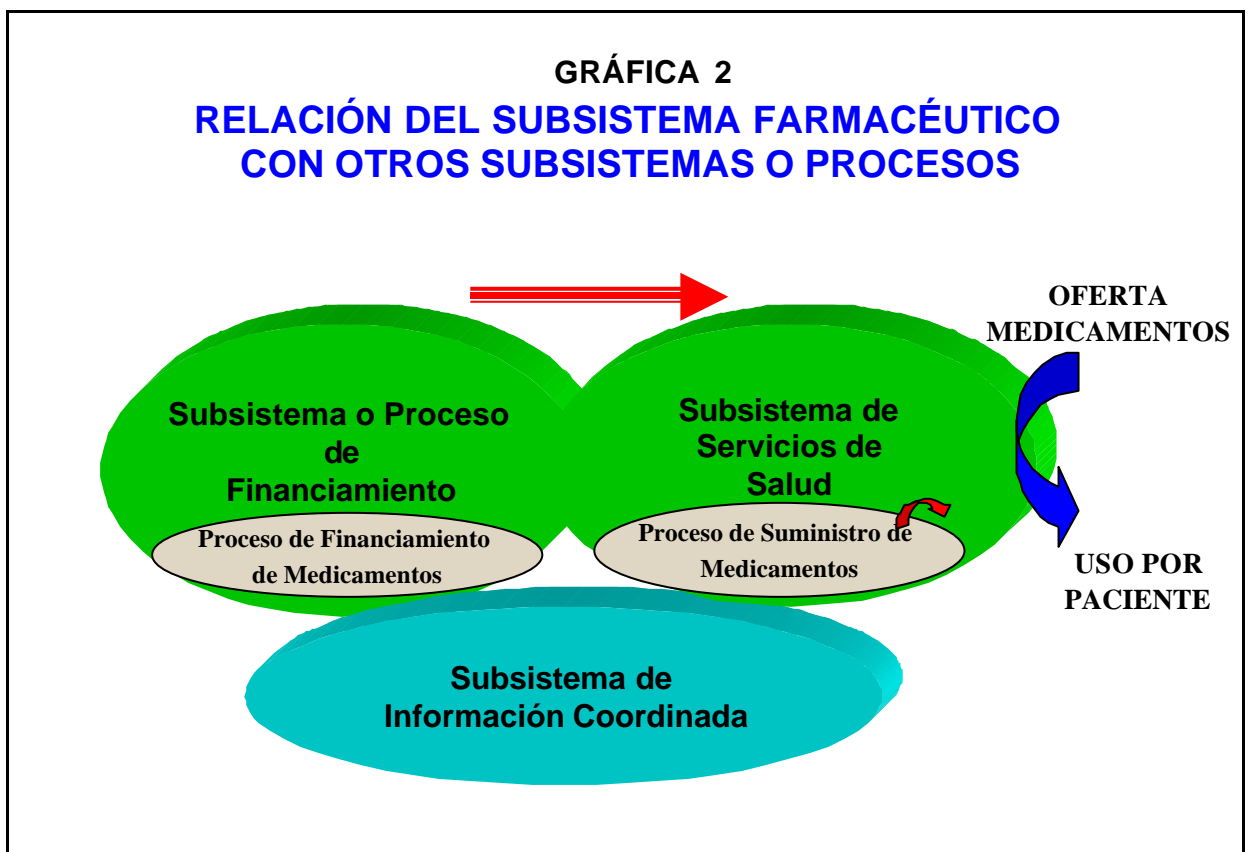
✓ **Espacio Prestador de Servicios**

El suministro de medicamentos constituye un soporte estratégico para el modelo de prestación de servicios y por tanto de la atención integral de salud. Acorde a la organización del sistema de salud, la prestación de los servicios se brinda a través de establecimientos públicos y privados.

GRÁFICA 1



En el sistema de salud, el subsistema farmacéutico tiene presencia funcional en todos los espacios de competencia. Actúa como un ente dinamizador de las actividades del suministro de medicamentos y catalizador de cambios para lograr la mejora en el uso. Se sustenta en el subsistema de información, empleando data relevante clínica y de gestión para la toma de decisiones (Gráfica 2).



✓ Componentes del subsistema farmacéutico

Son los procesos interdependientes de acreditación, calidad, suministro, financiamiento e información, que deben actuar articuladamente.

ACCIONES

A cargo de DIGEMID y del Consejo Nacional de Salud a través del Comité de Medicamentos o su equivalente.

PROBLEMA Nº 26 - INADECUADA REGULACIÓN DE MEDICAMENTOS

La regulación de medicamentos constituye una necesidad básica no satisfecha. El gobierno central (Ministerio de Salud) y el órgano oficial (DIGEMID) no han asumido su función reguladora de medicamentos debido a que la normatividad existente no constituye soporte legal suficiente. Con la apertura en el país de la economía al libre mercado, se aprobaron normas legales dentro del marco de esta actividad sin tener en cuenta el rol social del medicamento en el contexto de la salud, superponiendo los intereses económicos y comerciales al interés sanitario. Al no responder a las reales necesidades de medicamentos de la población y no constituir garantía de calidad, la normatividad aparece desfasada, con vacíos e inconsistencias legales.

PROPUESTA - NUEVA LEGISLACIÓN

En la nueva legislación se debe considerar lo siguiente:

- Establecer la preeminencia de los objetivos sociales y técnicos sobre los económicos.
- Replantear las funciones del Estado y reestructurar los organismos competentes.
- Regular la oferta de medicamentos acorde a las necesidades sanitarias.
- Asegurar el acceso a medicamentos esenciales de calidad.
- Garantizar la calidad de los medicamentos que se comercian y emplean, en todo el proceso de suministro.
- Promover el uso racional de los medicamentos.
- Focalizar adecuadamente el gasto en medicamentos, tomando en cuenta la correlación salud-pobreza.
- Desarrollar una perspectiva de atención de salud y farmacéutica para mejorar la calidad del uso de los medicamentos.

ACCIONES

Modificar la Ley General de Salud Nº 26842.

PROBLEMA Nº 27 - REGISTRO SANITARIO ANTITÉCNICO

El registro sanitario -valioso instrumento de gestión- por su actual carácter de “automático” es antitécnico, no responde a los criterios de racionalidad y no garantiza la calidad de los medicamentos por la poca confiabilidad de los requisitos exigidos.

PROPUESTA - PROCESO DE ACREDITACIÓN

El registro de medicamentos tiene que ver directamente con la oferta. **El criterio de racionalidad, a través de los requisitos técnicos y otros criterios como costo-eficacia,**

deberá posibilitar una oferta acorde a las necesidades de salud de la población y a los derechos de la ciudadanía.

El proceso incluye la autorización sanitaria (registro) de establecimientos farmacéuticos, insumos y productos farmacéuticos. Constituye la puerta de ingreso al sistema de calidad.

ACCIONES

A cargo de DIGEMID.

PROBLEMA Nº 28 - INADECUADO CONTROL Y VIGILANCIA SANITARIA

No se ha asumido la actividad de control y vigilancia sanitaria indispensable para garantizar la calidad de los medicamentos. Los criterios utilizados como soporte de las inspecciones así como la norma de INDECOPI (Res. No. 003-96-CSA), no constituyen estándares básicos de control. Por tanto, los aparentes logros alcanzados no convalidan la calidad de los medicamentos.

PROPUESTA - PROCESO DE CALIDAD

La calidad auténtica es el valor diferencial de productos y servicios, y en relación con el uso de medicamentos se define como el conjunto de atributos que debe cumplir un producto farmacéutico o un servicio (médico o farmacéutico) a fin de satisfacer con seguridad y eficacia una necesidad de salud. **En la calidad de los medicamentos influyen diversos factores que deben mantenerse bajo estricto control en todas las etapas y procesos, con la finalidad de garantizar su calidad y minimizar el riesgo y los efectos que de éste pudieran derivarse. Comprende también las buenas prácticas y la calidad del almacenamiento.**

La garantía de la calidad es responsabilidad del Estado. Es un ciclo que se inicia con el Registro Sanitario de establecimientos, insumos y productos, continúa con el control analítico efectivo del producto final y se prolonga hasta la vigilancia sanitaria. Un aspecto fundamental es el control de calidad del medicamento en los distintos servicios públicos y privados con muestreo continuo.

ACCIONES

A cargo de DIGEMID. Consultorías.

PROBLEMA Nº 29 - BARRERA DE ACCESO A MEDICAMENTOS

El problema de accesibilidad a medicamentos tiene diferentes marcos, pero con un denominador común: la pobreza. Importantes sectores de la población no acceden a medicamentos por razones de carácter económico y porque el subsidio público no ha sido focalizado eficientemente a estos grupos poblacionales. En los servicios públicos de salud, el desabastecimiento periódico de algunos medicamentos de uso crítico por problemas financieros o logísticos constituye también una limitante al acceso a estos recursos. Además, el sistema de suministro está desarticulado y es ineficiente, lo que dificulta la rectoría.

PROPUESTA - PROCESO DE SUMINISTRO

Tiene que ver directamente con la provisión y el acceso. La OMS ha establecido cuatro condiciones a cumplirse en el suministro:

- Selección racional de medicamentos basada en un listado de medicamentos esenciales y protocolos de tratamiento.
- Precios asequibles para el gobierno, proveedores y consumidores.
- Financiamiento sustentable a través de mecanismos como la utilización de ingresos (autofinanciamiento) o seguros sociales.
- Suministro de medicamentos autosuficiente que incorpore una combinación eficiente de servicios privados y públicos.

En el modelo que se plantea, acorde a los postulados de la OMS y a las necesidades de salud, se parte de un **Petitorio Nacional Coordinado de Medicamentos Esenciales**, aprobado por el Consejo Nacional de Salud y vigente para todo el sistema, el cual constituirá un documento referencial para la formación de petitorios institucionales y locales.

La provisión de medicamentos dará prioridad a los genéricos. La negociación y las adquisiciones se harán coordinadamente por todo el sistema de salud en el nivel central, acorde al principio de subsidiariedad y con pleno respeto a las autonomías institucionales. Se realizarán a través de licitaciones marco, con información coordinada. Adquisiciones complementarias de pequeño monto y la distribución serán descentralizadas e institucionales, aplicando mecanismos modernos y eficientes.

ACCIONES

A cargo de DIGEMID y del Consejo Nacional de Salud a través del Comité de Medicamentos o su equivalente. Consultorías para el diseño del proceso de cuantificación y programación de necesidades de medicamentos de servicios e instituciones, así como para el diseño del mecanismo coordinado para la adquisición eficiente.

PROBLEMA Nº 30 - USO INADECUADO DE MEDICAMENTOS

El uso racional de medicamentos, asumido como objetivo de una política nacional de medicamentos, sólo aparece como algo declarativo. Se siguen usando inapropiadamente debido a ausencia de regulación, automedicación irresponsable, prescripciones inadecuadas e información no ética. Además, hay diversidad de criterios clínicos en el manejo de los problemas de salud que incrementan el gasto en medicamentos.

PROPUESTA - USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS

Requiere formular estrategias que trascienden el ámbito sanitario. Fomentar el uso racional del medicamento desde las universidades y los servicios de salud. Desarrollar criterios éticos para la promoción de los medicamentos. Aprobar y generalizar protocolos de tratamiento.

Una estrategia moderna que contribuye importantemente al uso racional es jerarquizar los medicamentos de acuerdo a su valor terapéutico, teniendo en cuenta la información científica disponible. La clasificación puede comprender tres grupos:

- Medicamentos con valor terapéutico científicamente comprobado.
- Medicamentos con valor terapéutico dudoso.
- Medicamentos sin valor terapéutico comprobado científicamente.

ACCIONES

A cargo de DIGEMID y del Consejo Nacional de Salud a través del Comité de Medicamentos o su equivalente. Consultorías.

PROBLEMA Nº 31 - INSUFICIENTE FINANCIAMIENTO DE LOS MEDICAMENTOS

Escasa e ineficiente asignación de recursos económicos e ineficiencia en el gasto de medicamentos.

PROPUESTA - MEJOR FINANCIAMIENTO

La disponibilidad y el acceso a los medicamentos esenciales por la población pobre y vulnerable requiere del financiamiento como condición esencial. **Son fuentes fundamentales de recursos para este fin los del Estado y la aplicación del principio de solidaridad a través de un fondo mancomunado, mediante estrategias de aseguramiento.** La experiencia de los seguros públicos ha demostrado la importancia de manejar eficientemente el financiamiento destinado a medicamentos, porque asegura la viabilidad y posibilita la prestación de salud al establecimiento y al paciente.

ACCIONES

A cargo de DIGEMID y del Consejo Nacional de Salud a través del Comité de Medicamentos o su equivalente.

PROBLEMA Nº 32 - SUBSISTEMA DE INFORMACIÓN DESARTICULADO

El subsistema de información sectorial está disperso y desarticulado.

PROPUESTA - ORGANIZACIÓN DEL SUBSISTEMA DE INFORMACIÓN

El manejo gerencial de información sanitaria, mediante el empleo de estándares de salud y transacciones establecidas, permite integrar el subsistema de información. Es imprescindible **oficializar el Código Único de Medicamentos (CUM)** como elemento de identificación del recurso farmacéutico y **hacer obligatorio el empleo de la Denominación Común Internacional - DCI** como descriptor oficial y de uso en las instituciones.

Los procesos del subsistema farmacéutico se complementan con el subsistema de servicios de salud y el subsistema de financiamiento, contando con el soporte del subsistema de información y teniendo como regulador al proceso de control.

ACCIONES

A cargo de DIGEMID y del Consejo Nacional de Salud a través de los Comités de Medicamentos y de Planificación e Información Coordinadas o sus equivalentes.

G. INVERSIÓN EN SALUD

1. ANTECEDENTES

✓ Organizacionales

El sistema de salud está integrado por diversidad de instituciones o elementos. Como todo sistema, se define necesariamente como un conjunto de elementos relacionados entre sí funcionalmente, de modo que cada elemento de él es función del otro para la producción de un resultado. La tarea de iniciar el proceso de organización de un sistema de salud de

ámbito nacional con instituciones tradicionalmente separadas entre sí -debido al origen y destino de sus recursos- no sólo es fundamental sino, por ello mismo, compleja.

Las instituciones o elementos desarrollan sus actividades al amparo de regímenes de propiedad, productividad y rentabilidad distintos entre sí. Sólo por simple facilidad metodológica se les clasifica en dos grandes grupos: “de mercado” y “de no mercado”. Entre estas últimas, por ejemplo, se considera a las empresas de mercado que financian y brindan servicios de salud a sus trabajadores invirtiendo recursos propios en sus propias instalaciones. Lo mismo podría decirse del régimen contributivo de la seguridad social y de las instituciones sin fines de lucro. Es obvio que los elementos del sistema no son homólogos.

✓ **Legislativos**

Actualmente, de acuerdo a la legislación vigente (Ley 27293) los proyectos de inversión pública deben cumplir plenamente los siguientes requisitos: tener el respectivo estudio de preinversión (perfil, pre factibilidad o factibilidad, según la complejidad del proyecto), su programación trianual y el establecimiento de las prioridades nacionales. En el Ministerio de Salud existe un proceso reglamentado para los proyectos de inversión que establece los requisitos que es preciso cumplir para su autorización y validación.

La actual legislación relacionada a la inversión en salud plantea parámetros que es preciso analizar y modificar para adecuarlos al SNDS. Tal es el caso de:

- El Decreto Ley N° 22083, Ley de Preinversión, y su respectivo reglamento. Es la más antigua y de mayor vigencia en el sector público nacional. Norma el proceso de asignación de recursos para el desarrollo de estudios de preinversión. Su vigencia quedó en suspenso con la desactivación del INP en 1992.
- Resolución Suprema N° 166-2001-EF del 09 de marzo de 2001, que conforman la Comisión Técnica para elaborar un Plan Conjunto de Inversiones entre el MINSALUD y las FFAA y PNP para el período 2001-2006.
- Ley 27293, Ley del Sistema Nacional de Inversión Pública, de 09 de julio de 2000.
- Decreto Supremo N° 086-2000-EF, Reglamento de la Ley del Sistema Nacional de Inversión Pública, de 14 de agosto de 2000.
- Directiva N° 002-2000-EF/68.01 “Directiva General del Sistema Nacional de Inversión Pública”. Tiene por objeto establecer las normas técnicas, métodos y procedimientos de observancia obligatoria aplicables a los Proyectos de Inversión Pública que ejecuten las entidades y empresas del Estado, durante las fases de preinversión, inversión y post inversión.
- Resolución Suprema N° 166-2001-EF, que establece lineamientos para una posterior creación del “Sistema Nacional de Servicios Coordinados de Salud”.
- Resolución Ministerial N° 463-2001-SA/DM del 08 de agosto del 2001, que constituye la Comisión de Alto Nivel encargada de reiniciar el proceso de organización del Sistema Nacional de Salud.
- Ley del Presupuesto Anual de la República, que periódicamente establece orientaciones para la ejecución presupuestal de la partida relacionada con equipamiento y obras públicas.
- Leyes de Endeudamiento Externo, que establecen las condiciones y autorizaciones de las operaciones de endeudamiento externo.

✓ **Otros estudios e informes**

En 1991, en respuesta a la situación de emergencia sanitaria debido a la rápida expansión del cólera en Latinoamérica y Centroamérica, el Consejo Directivo de la OPS/OMS encargó la elaboración del Plan Regional de Inversiones en Ambiente y Salud (PIAS), para ser

ejecutado en el período 1993-2004. Los objetivos de este estudio, desarrollado en cerca de 20 países incluido el Perú, han sido:

- Identificar los aspectos macroeconómicos y de la política explícita sobre inversiones en ambiente y salud.
- Identificar y caracterizar los principales actores institucionales involucrados en los procesos de inversiones y sus interrelaciones.
- Evolución y composición de las inversiones en ambiente y salud.
- Nivel de compatibilidad entre el comportamiento de la política económica y las inversiones en ambiente y salud.
- Análisis del ciclo de los procesos de las inversiones: generación de iniciativas de inversión, asignación de recursos y ejecución de las inversiones.

Para apoyar las estrategias de implementación del PIAS, se requiere: análisis sectorial, apoyo a la programación sectorial de inversiones, apoyo al desarrollo de perfiles de proyectos de inversión, procesos de reordenamiento sectorial y desarrollo institucional, y formación de recursos humanos. El plan ha sido desarrollado bajo el método de “evaluación rápida”, utilizando fundamentalmente fuentes secundarias.

Existe también un informe elaborado por la Comisión Técnica Multisectorial (CTMS) de la Resolución Suprema Nº 166-2001-EF. Dicha comisión tenía el encargo de elaborar un Plan Conjunto de Inversiones entre MINSA, ESSALUD y Sanidades de las FFAA y PNP; así como formular bases técnicas para el intercambio de servicios de salud. Al interior de dicha comisión existía una subcomisión de inversiones que elaboró las conclusiones y recomendaciones correspondiente a dicho campo. El informe concluye que la inversión debe ayudar a recuperar la capacidad instalada y la atención primaria (con criterio de equidad, solidaridad, integridad, racionalización, descentralización, calidad y atención por niveles de complejidad), orientándose preferentemente a grupos de menores recursos y vulnerables, y creándose programas pilotos.

✓ **Mercado de salud**

Las instituciones productoras y prestadoras de servicios de salud y sus demandantes no conforman, entre ellos, lo que pueda llamarse un mercado, ni reproducen condiciones de mercado en el sentido usual del término. Este hecho dificulta la determinación de costos y precios, que son la base para determinar los flujos de inversión en la economía. En el “mercado” de la atención de salud hay asimetría de información entre usuarios y productores de servicios. El usuario acude al productor para comprar la información que desconoce y necesita. Esta particular situación dificulta la tarea de analizar con la debida precisión la magnitud y tendencias de la demanda y oferta de servicios. Además, tiene directa relación con los escasos niveles de prevención.

El diagnóstico de la situación basado en un estudio sectorial de balance oferta-demanda de servicios de salud señala que existen grandes brechas entre la demanda potencial y demanda efectiva de servicios de salud. Esta brecha o “demanda reprimida”, se explica por las barreras de acceso a los servicios, en particular las barreras económicas que enfrentan las poblaciones de menores recursos. Diversos estudios epidemiológicos indican que existe un desajuste entre la necesidad y la utilización de servicios de salud. Esta última está determinada fundamentalmente por la oferta de servicios de salud, la cual tiene poca flexibilidad para adaptarse a los perfiles epidemiológicos cambiantes de la población.

En el Perú el perfil de morbilidad expresa un período de transición, en el cual coexisten problemas de salud propios de un país poco desarrollado con problemas habitualmente observados en países con mayor desarrollo económico. Este proceso se ha intensificado notablemente en los últimos años, probablemente asociado a los cambios demográficos, particularmente el movimiento migratorio. Los cambios se perciben con mayor claridad a un

nivel global; sin embargo, en un análisis desagregado tienen un curso diferente, que es indispensable conocer para prever la forma de enfrentar estos problemas.

Por otro lado, se evidencia una brecha de considerable magnitud entre la oferta potencial y la oferta efectiva, lo que en términos generales se traduce en altos grados de capacidad instalada ociosa y baja productividad de los recursos productivos. Asimismo, se aprecia que parte significativa de la producción de los establecimientos de alta complejidad corresponde a servicios de baja complejidad, elevándose así innecesariamente los costos de producción. Ello es fruto de la debilidad del sistema de salud, en el que no se encuentran bien articulados los diversos niveles de atención.

Brecha oferta-demanda.- Como se puede apreciar en la Gráfica 3, el cálculo de demanda normativa -efectuado sobre los supuestos que allí se indica- muestra considerable grado de subutilización de recursos y equipo. En utilización de consultorios el grado de utilización en los diversos departamentos del Perú oscila entre un máximo de 37.8 a un mínimo de 5.7. Similares rangos se producen con la ocupación de camas, salas de operación, salas de parto y utilización del tiempo de los médicos. A parecidas conclusiones arriba un estudio "prioridades de inversión pública y balance de oferta y demanda" que se llevara a cabo en 1999.

La subutilización de infraestructura y bienes de equipo y la duplicación de inversiones en salud es un dato importante en el análisis y planes de inversión en salud. La gráfica, las conclusiones de Ricardo Ariel Bitrán y los datos procesados de las ENNIV 1997-2000 revelan con claridad, en conjunto, que no es la disponibilidad de infraestructura y recursos el factor más gravitante en la desatención de salud de numerosos grupos de peruanos. Existe el criterio de atribuir ese alto porcentaje de desatención de salud a la insuficiencia en los montos de inversión, a dificultades geográficas de acceso, a desigualdades en la distribución territorial de las tecnologías médicas y a variables no médicas, como el grado de analfabetismo y carencia de servicios sanitarios o eléctricos. Estas últimas podrían atribuirse a un estado general de pobreza extrema. Así, brevemente descrita, la situación del sistema de salud muestra problemas de limitado acceso, inequidad, ineficiencia asignativa e ineficiencia operativa. Para hacer frente a estos problemas es necesario llevar a cabo cambios profundos.

2. PROBLEMAS, PROPUESTAS Y ACCIONES

PROBLEMA Nº 33 - INEXISTENCIA DE UNA POLÍTICA SECTORIAL DE INVERSIÓN EN SALUD

La inversión en salud ha decrecido relativamente como componente del gasto en salud desde 1995. Desde hace más de 30 años, las políticas de salud han privilegiado las inversiones en grandes hospitales con tecnología dirigida a enfrentar las condiciones de enfermedad, con demasiado énfasis en la asignación de recursos para la reparación de la salud, dejándose para un segundo plano la promoción y protección.

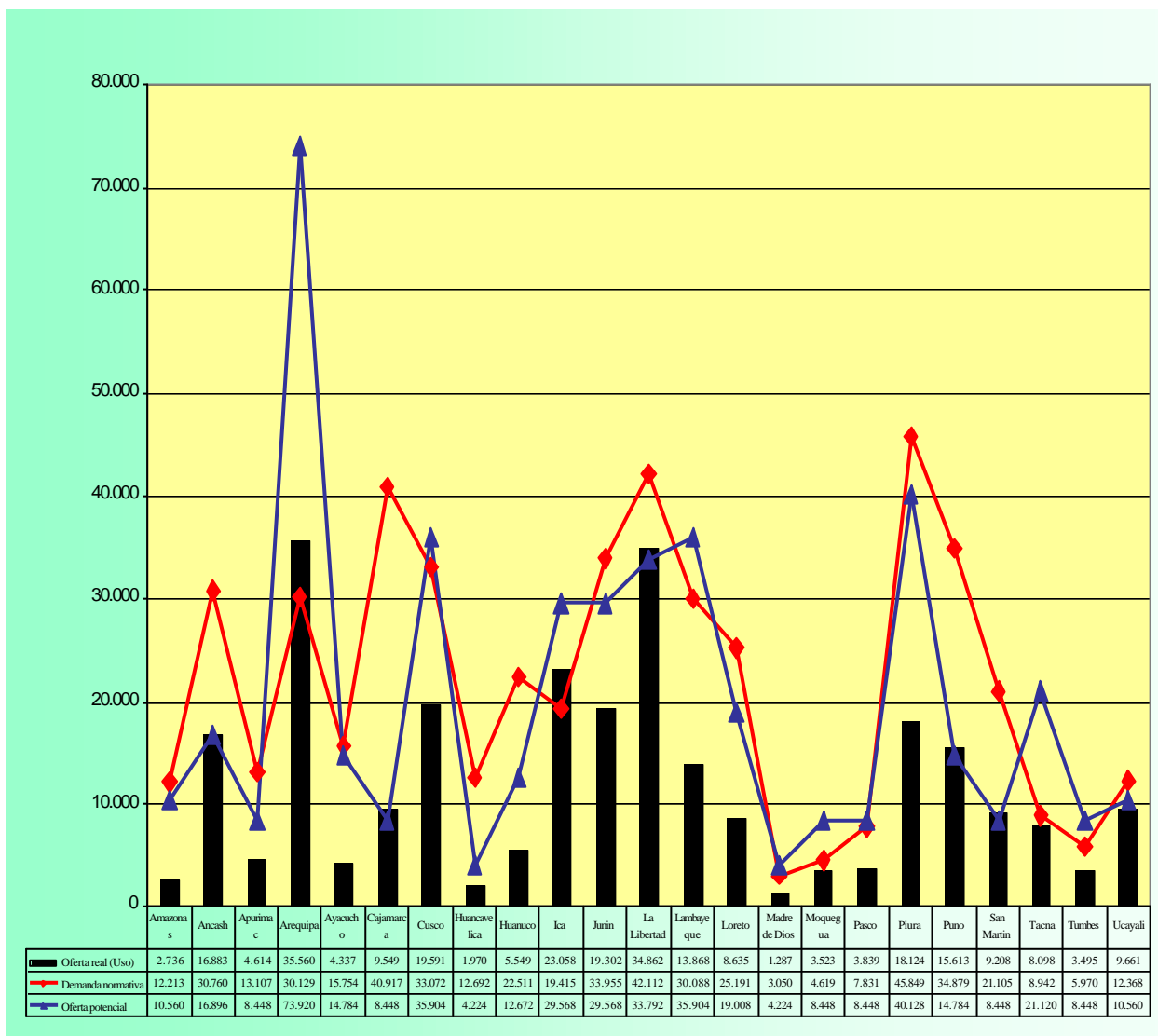
La ausencia de coordinación en el sistema de salud y el modelo de atención vigente, han determinado una falta de direccionamiento hacia los primeros niveles, generando en relación con la inversión lo siguiente:

- Centralismo y concentración de recursos en ciudades importantes, induciendo a inequidades con las poblaciones de zonas rurales y urbano marginales.
- Inversión no ligada a objetivos de salud nacionales, como estrategia para reducir costos y generar ahorros en el sistema.

- Desarticulación de la inversión, que profundiza las inequidades existentes y duplica las inversiones de los diversos prestadores en un mismo escenario, en perjuicio de la economía del sistema.

GRÁFICA 3

USO, OFERTA POTENCIAL Y DEMANDA NORMATIVA DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS



PROPUESTA - LINEAMIENTOS DE POLÍTICA SECTORIAL DE INVERSIÓN EN SALUD

Visión: Sistema de salud coordinado, armónico y descentralizado que asegure un proceso eficaz de inversión en salud, permita satisfacer las necesidades de toda la población y evite duplicaciones.

Objetivos generales

- Fortalecimiento de la rectoría del Ministerio de Salud.
- Acceso a la atención integral con servicios de salud de calidad, adecuados a las necesidades de la población con criterios de equidad.

Objetivos específicos

- Descentralización y modernización del sector, dotándolo de mayores recursos a través de nuevas modalidades de gestión y financiamiento.
- Optimización de la oferta de servicios de salud.
- Mejoramiento del equipamiento y mantenimiento de los establecimientos de salud.
- Desarrollo de un plan estratégico de inversiones en el mediano plazo.

Lineamientos de Política

- Procesar el Planeamiento Estratégico Multisectorial de Inversiones Públicas y Privadas (PEMIP), que a su vez sirva de marco para la definición de la política y estrategia nacional de inversión.
- Vincular la inversión a objetivos de salud nacionales como estrategia para reducir costos y generar ahorros.
- Promover el consenso de objetivos y estrategias para la inversión de salud.
- Ampliar y mejorar la infraestructura, equipamiento y mantenimiento de los bienes patrimoniales y equipo, priorizando el primer nivel de atención.
- Fomentar una cultura de mantenimiento de las inversiones.
- Destinar como mínimo 5% del presupuesto total para las acciones de mantenimiento.
- Asumir una estrategia de inversiones coordinadas de los prestadores públicos y privados, a efectos de orientarlas hacia los segmentos más necesitados y reducir las brechas en la atención.
- Constituir un ente coordinador informativo del sistema de salud que efectúe estudios de perfiles epidemiológicos, de demanda de servicios y oferta de recursos por niveles de atención, con una visión integral de todo el sistema.
- Incrementar la generación y ahorro de recursos con el fin de configurar una estructura económico financiera estable, lo que implica mejorar los ingresos en los diferentes prestadores, reducir costos de adquisición de insumos con estrategias de compra y la racionalidad de uso.
- Optimizar la calidad de la gestión del sistema y asegurar su adecuada coordinación intersectorial, considerando la reducción de brechas presupuestales, utilizando sistemas de costeo efectivos, estandarizando los mecanismos de pago según niveles y mejorando la gestión administrativa mediante la estandarización de procesos y procedimientos.

ACCIONES

Incorporación a los Lineamientos de Política Sectorial. Voluntad política, redefinición de inversiones y modificaciones legales, financieras y administrativas para permitir cambios rápidos a corto y mediano plazo, sin descuidar los objetivos y metas de largo plazo.

PROBLEMA Nº 34 - ESCASEZ DE RECURSOS PARA INVERSIÓN EN SALUD

El promedio anual de gasto corriente del sector público en el período 1990-2000 es US \$ 9,107.5 millones a valores del 2000. Dentro de esta suma cabe perfectamente la posibilidad y hasta la certeza, de lograr una mayor eficiencia del gasto corriente del orden de por lo menos el 3.5%.

PROPUESTA - AUMENTAR LOS RECURSOS DEL SECTOR SALUD, ESPECIALMENTE DE INVERSIÓN

Crear, mediante el ahorro por eficiencia en el gasto corriente presupuestal, un fondo especial de fideicomiso para elevar la disponibilidad de recursos del sistema, destinado a la atención de salud de las zonas de extrema pobreza. Las técnicas

preferentes serían la aplicación de análisis costo-beneficio (ACB) y costo eficiencia (ACE) en la evaluación de los programas y asignaciones y otros métodos ex ante y ex post a la presentación anual del Presupuesto del sector público.

La inversión en salud, como toda inversión, está dirigida a aumentar el patrimonio de bienes de equipo e infraestructura que se decidan para lograr resultados en el sector. Metodológicamente, debería efectuarse la medición de las necesidades de salud de la población y, en esa medida, proyectar los requerimientos de inversión para satisfacer la demanda actual en el mediano y largo plazo.

Entre los factores que pueden decidir los flujos de inversión aplicables a un sistema de salud se considera una adecuada contabilidad de costos. Dada la heterogeneidad de los prestadores de salud, sus distintos regímenes administrativos, sus distintas maneras de valorar el costo del capital con el que trabajan (las diferentes tasas de descuento que atribuyen a la inversión) y hasta el mal uso de los recursos de que disponen, podría producirse, dentro del sistema, costeos inadecuados u ocultos que restarían eficiencia global al sistema.

Como el mal uso de los recursos es siempre un mal social y como es necesario mantener la competencia por la calidad y la eficiencia de los servicios, se propone un organismo o redes de organizaciones locales de revisión de normas (como ocurre en otros sistemas nacionales) o, como alternativa, organismos gremiales especializados en auditoría médica y de salud a los que el Consejo Nacional de Salud podría pedir referencias de eficiencia.

Como técnica de contención de costos de atención de salud -que en el último decenio se elevaron considerablemente por encima del índice de precios al consumidor (IPC)-, y como herramienta para garantizar una asignación más racional de recursos, se cuenta con dos procedimientos valorativos complementarios que pueden ser auxiliares permanentes en la toma de decisiones sobre inversiones, eficiencia y equidad, que son las metas del sistema de salud.

Los análisis ACB/ACE aplicados a la asignación de recursos permiten combinar la eficiencia económica medida en términos monetarios, con valores específicos de salud, tales como años de vida ahorrados o morbilidad evitada, a los que se da un valor monetario adicional. De este modo, se puede aplicar en un caso el ACB a la construcción de un hospital, comparando con otra alternativa de igual rango y el ACE a los años de vida ahorrados que “permita la comparación del costo por unidad de eficiencia entre alternativas contrarias pero destinadas a servir el mismo propósito básico”⁶.

Para nuestro caso, ambos procedimientos analíticos servirán para enfrentar el dilema entre la distribución per cápita o la inversión política de esa inversión. Bitrán sostiene en su informe que se “invirtió fuertemente en construir y habilitar establecimientos ambulatorios de salud en departamentos desfavorecidos. Sin embargo, un análisis econométrico sugiere que dichas inversiones no habrían alcanzado los resultados esperados en términos de mejoras apreciables en el estado de salud de la población beneficiaria”. (R. A. Bitrán, Resumen Ejecutivo)

ACCIONES

Presentación del Proyecto de Ley que se incluye en el Anexo B.2.

⁶ Para un conocimiento más detallado de esas dos herramientas valorativas: Kenneth E. Warner y Bryan R. Luce “Análisis de costo-beneficio y costo-eficiencia en la atención de salud”; 1995, Secretaría de Salud FCE, México. El primero es profesor y director de la U. de Michigan, y el segundo de la OET del Congreso de los EE.UU.

PROBLEMA Nº 35 - PLAN DE INVERSIONES EN SALUD DESCOORDINADO

Si el plan de inversión en salud de mediano y largo plazo se sigue elaborando sin coordinación y sin considerar cambios estructurales, significaría seguir haciendo más de lo mismo.

PROPUESTA - SUBSISTEMA DE INVERSIÓN SECTORIAL EN SALUD COORDINADO

El plan de inversión en salud debe tener como base el cuidado integral de la salud incluyendo el paquete de atención que se debe proyectar, la infraestructura y el equipamiento en cada nivel de atención y complejidad, y los requerimientos de recursos humanos y de sus competencias. Esto deberá ser contrastado con la oferta sectorial existente para identificar las brechas y requerimientos de inversión futura.

Para avanzar en el diseño del **Subsistema de Inversión en Salud** es importante analizar - para el supuesto caso de que se diera un acuerdo de los prestadores con respeto total de sus autonomías- las ventajas y limitaciones de constituir un fondo único de inversiones, con recursos del MINSA, ESSALUD y las Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales. La alternativa es el mantenimiento separado de fondos de inversión. En ambos casos resulta de la mayor importancia formar un **Banco de Proyectos de Inversión en Salud**, cuyos criterios de elegibilidad sean comunes a todas las instituciones involucradas.

Algunas etapas para el funcionamiento del Subsistema de Inversión en Salud, serían las siguientes:

- Conformación del **Comité Permanente de Inversiones** como instancia nacional de coordinación del subsistema de inversión, entre MINSA, ESSALUD y Sanidades de las Fuerzas Armadas y PNP.
- Elaboración del estudio de balance oferta-demanda de servicios de salud e identificación de prioridades sectoriales de inversión ⁷.
- Definición del plan nacional de inversión de corto, mediano y largo plazo.
- Constitución del Banco de Proyectos de Inversión en Salud y determinación de criterios de priorización y elegibilidad de proyectos.
- Establecimiento del marco metodológico para el planeamiento de inversiones sectoriales a nivel descentralizado.
- Determinación del marco metodológico para la presentación de perfiles de proyectos de inversión por parte de las instancias descentralizadas.
- Elaboración de los planes regionales de inversión de corto, mediano y largo plazo, y sustentación ante la instancia nacional de coordinación sectorial.
- Aprobación por parte de la instancia nacional sectorial de los planes regionales de inversión regionales de corto, mediano y largo plazo.
- Elaboración de perfiles de proyectos de inversión, enmarcados dentro del plan regional de inversiones aprobado.
- Presentación de los perfiles de proyectos para su evaluación por parte del Banco de Proyectos.

Eventualmente podría considerarse la creación de una oficina nacional de inversiones en salud (dentro del esquema del subsistema nacional de inversiones en salud) con rectoría del MINSA, dedicada a la obtención de los objetivos estratégicos y que tenga entre sus funciones, por ejemplo: la revisión y selección de proyectos de pre-inversión y mejora de la infraestructura, equipamiento y los servicios de mantenimiento, entre otras. En esta oficina participaría el sector privado junto al MINSA, ESSALUD y sanidades.

⁷ Actualmente en inicio, con apoyo de USAID por solicitud del MINSA.

ACCIONES

A cargo del Ministerio de Salud y el Consejo Nacional de Salud.

PROBLEMA Nº 36 - INADECUADA MODALIDAD DE COMPRA DE BIENES Y SERVICIOS

En distintos países, dentro del ámbito de la reforma del Estado, se ha centralizado y estandarizado las compras de bienes y servicios con el objeto de obtener mejores precios y consecuente ahorro de recursos, así como para reducir los casos de corrupción. Ello exige una adecuada planificación presupuestal y decisión política.

PROPUESTA - UNIFICAR, ESTANDARIZAR Y DEFINIR LA ESTRATEGIA DE MODALIDAD DE COMPRAS DE BIENES (EQUIPOS, MEDICINAS, ETC.) Y SERVICIOS

La idea es que se efectúe una compra anual a través de una oficina especializada dirigida por personal de comprobada honradez, que recibirá los requerimientos de todas las instancias y convocará a licitación por producto o servicio, el cual estaría estandarizado; es decir, será de las mismas características en todas las dependencias. Este procedimiento ha sido implementado con éxito en España donde es aplicado por regiones y ha permitido un ahorro promedio de 30%. Se estima, conservadoramente, que en el caso del Perú podría ahorrarse al menos 20% del monto destinado a la compra de bienes y servicios. Aún cuando la iniciativa se refiere a las compras generales de la administración pública, la propuesta concreta es para el SNDS. La uniformidad de marcas permite además tener en todo el país repuestos adecuados y disponibles, así como los técnicos especializados para un mejor mantenimiento. Es indispensable también la aprobación de procedimientos de compras que tomen en cuenta la transferencia de tecnología de ciertos bienes comprados (medicamentos, equipos, etc.).

ACCIONES

A cargo del Ministerio de Salud y el Consejo Nacional de Salud.

PROBLEMA Nº 37 - DESIGUALDAD DE CONDICIONES DE COSTO, PRODUCCIÓN E INVERSIÓN ENTRE LOS SECTORES PÚBLICO Y PRIVADO

Existen diferencias en el costo de producción de servicios entre el sector público y el sector privado, quienes compiten en el mercado de salud. En consecuencia, por efecto precio hay un desvío de la demanda hacia el sector público, acentuado por la crisis económica.

PROPUESTA - IGUALDAD DE CONDICIONES PARA EL SECTOR PRIVADO DE SALUD EN EL SISTEMA NACIONAL DESCENTRALIZADO DE SALUD

Considerando que se requieren acciones coordinadas entre los sectores público y privado para mejorar la atención y calidad de las nuevas inversiones, debe evaluarse el tratamiento tributario al sector privado de salud, tomando en cuenta los antecedentes que tiene el sector privado de educación y la legislación internacional comparada. Además, siendo la finalidad del servicio de salud reintegrar a la persona a sus actividades productivas que contribuyen con el sistema tributario, el paciente no debe pagar impuestos para su recuperación. Incluso puede evaluarse que la atención que realice el sector privado a la población en pobreza, pueda ser compensada a cambio del pago de impuestos.

ACCIONES

Ministerio de Salud y Ministerio de Economía.

PROBLEMA Nº 38 - AUSENCIA EN EL SECTOR DE PROCEDIMIENTOS TÉCNICOS-ADMINISTRATIVOS PARA LA IMPLEMENTACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE INVERSIÓN

Hay en curso un proceso de institucionalización de los mecanismos de gestión de las inversiones públicas a través de un Sistema Nacional de Inversión Pública - SNIP (Ley N°27293). Para el efecto se requiere contar con tres componentes: un marco institucional, un conjunto de normas y procesos técnicos y un sistema de información que abarque todo el proceso.

PROPUESTA - CAMBIOS EN EL SISTEMA NACIONAL DE INVERSIÓN PÚBLICA

- Impulsar la pronta instalación y operación de los mecanismos institucionales del SNIP, en todos los sectores y subsectores implicados en los procesos de inversión, de acuerdo a lo normado por la Ley 27293 y su Reglamento.
- Difundir las normas y procesos técnicos establecidos por el MEF.
- Diseñar y completar los estándares técnicos del sector.
- Normar el seguimiento y monitoreo permanente de los principales proyectos públicos del sector.
- Delegar responsabilidades a nivel regional y departamental a fin de minimizar los tiempos para la ejecución de las inversiones.
- Descentralizar las decisiones, sobre todo para proyectos medianos y pequeños que no son de alcance nacional.

ACCIONES

Ministerio de Salud.

PROBLEMA Nº 39 - PROGRAMACIÓN PRESUPUESTAL DESARTICULADA

Las experiencias de reformas de salud muestran que estos procesos han adolecido de una orientación definida hacia el logro de un mejor estado de salud de la población. Por ello, el SNDS que se propone en el Perú requiere establecer un proceso de planificación orientado a articular el logro de resultados, con la programación de metas de producción de servicios de salud y sus costos.

El Ministerio de Salud, a través del Proyecto 2000, ha desarrollado el Sistema de Programación y Presupuesto (SPP), en coordinación con la Oficina General de Planificación, con la colaboración del Banco Mundial y la Organización Panamericana de la Salud. Antes de la creación del SPP los presupuestos del sector público y la correspondiente asignación de recursos financieros a las Direcciones de Salud (DISA) y sus Unidades Ejecutoras (UE) estuvieron basados en los gastos históricos ejecutados en el ejercicio anterior. Tradicionalmente se dio poca importancia a la relación entre la programación de actividades (metas físicas) y los costos de las mismas. Así, primero se formulaban los presupuestos y meses después se acometía la tarea de programar la producción de servicios, sin tomar en cuenta los recursos presupuestados.

A partir de 1997 el Ministerio de Economía y Finanzas instituye la Estructura Funcional Programática (EFP), como base para estimar las metas físicas que se deberían ejecutar en el ejercicio por presupuestar, induciendo con esto la necesidad de determinar costos para cada una de las actividades de producción (componentes) y poder así definir los correspondientes presupuestos. Para poder aplicar lo anteriormente dicho, el Proyecto

2000, en coordinación con la Oficina General de Planificación, diseña y desarrolla el Sistema de Programación y Presupuesto (SPP).

El SPP se pone en operación en 1997 en algunas DISAs a manera de pilotos, lo que llevó en el año siguiente al ajuste del sistema y su software. En 1999 la implementación se hace efectiva a nivel de 12 DISAs, para extender su uso el año siguiente a nivel nacional a solicitud del MINSA. Al 2001 se tiene implementado el SPP en las 34 DISAs y sus correspondientes 107 UE. El SPP está oficializado mediante Resolución Ministerial N° 144-2001-SA/DM y existen Comités de Presupuesto en todas las DISAs y la mayoría de UE. La determinación de metas se puede hacer ahora con base en datos y criterios eminentemente técnicos, tales como: análisis de situación de salud (ASIS), perfil institucional de demanda y oferta, prioridades nacionales y regionales de salud, criterios de programación de metas, homogenización de conceptos y procesos.

PROPUESTA - CONSOLIDACIÓN DE LA APLICACIÓN DEL SUBSISTEMA DE PROGRAMACIÓN Y PRESUPUESTO

El Sistema de Programación y Presupuesto (SPP) permite formular presupuestos basados en la programación de las actividades que desarrollan y en el costeo de las mismas. Se relaciona metas de producción de servicios de salud y sus respectivos costos (requerimientos financieros) con la disponibilidad de financiamiento prevista, constituyendo una herramienta para análisis de gestión y toma de decisiones gerenciales, así como un sistema de asignación de recursos basado en la eficacia, eficiencia y equidad.

Si bien el sistema ha sido diseñado e implementado en el MINSA, se propone su adecuación y aplicación en el marco de los Comités Regionales del SNDS. Con esto se posibilitaría un proceso unificado de planificación principalmente para el MINSA y ESSALUD, que parte de un análisis compartido de la situación de salud de la región, el establecimiento conjunto de prioridades y de metas para la región, así como de los criterios de asignación de recursos presupuestales para cada institución. Cabe mencionar que esto no presupone unificar los procedimientos internos de ejecución de fondos, que permanecerán autónomos.

El SPP ha sido implementado en 34 DISAs y sus respectivas 107 UE, permitiéndoles contar con la siguiente información, que es obtenida por Región, Sub Región, Unidad Ejecutora y centro asistencial:

- Reportes de datos demográficos de los ámbitos de cada unidad operativa: DISA, UE, red o establecimiento de salud.
- Perfil institucional por cada unidad operativa.
- Criterios de programación de metas por cada subcomponente (cada una de las actividades o grupo de actividades específicas que realiza cada unidad operativa).
- Metas por cada componente y subcomponente de la Estructura Funcional Programática (EFP).
- Costos totales, subtotales y unitarios globales y por factor productivo.
- Maestro de niveles organizativos.
- Maestro de partidas específicas y genéricas.
- Maestro de unidades de medida.
- Maestros de personal (ubigeos, por tipo de planillas, por tipo de servicios, por DISA o UE).
- Distribución de tiempo de cada grupo o categoría de personal por cada subcomponente.
- Modelos de insumos de consumo directo (utilización de insumos promedio y sus costos por cada actividad que realizan las unidades operativas).
- Reporte de recursos anualizados.

- Lista de precios de bienes de cada unidad operativa.
- Cifras totales de presupuesto requerido y presupuesto equilibrado, globales y por grupos genéricos y específicos de gasto y por tipo de servicio (administrativos, generales, intermedios y finales), a cualquier nivel de la cadena funcional, por Región / sub región (DISA), Unidad Ejecutora y centro asistencial.
- Fuentes y vías de financiamiento del presupuesto.
- Causas de morbilidad y mortalidad por establecimiento.
- Tipos de análisis y exámenes de servicios intermedios.
- Gráfico de presupuestos por bienes, servicios, personal, programas, rubros y tipo de servicios.
- Indicadores de gestión, de salud y financieros a nivel de DISA, UE y establecimientos de salud. Estos indicadores se encuentran en un módulo del SPP que aún no se ha usado porque requiere pequeños ajustes. Podrán ser usados en el siguiente ejercicio.

ACCIONES

A cargo del Ministerio de Salud y la Oficina General de Planificación.

H. INFORMACIÓN COORDINADA EN SALUD

1. ANTECEDENTES

El Ministerio de Salud para cumplir con sus funciones de conducción, supervisión, regulación y control del sistema de salud, necesita capacidades de recursos humanos y de tecnología que le permita, oportuna y eficientemente, producir conocimiento especializado, como insumo esencial para la implementación de los mecanismos de supervisión y regulación, así como para las actividades de monitoreo de la dinámica y desarrollo del sistema. En ese sentido, un aspecto crítico a resolver está relacionado con el desarrollo de estrategias de recolección, análisis y distribución de la información.

Un sistema de información tiene las funciones siguientes:

✓ Función Operativa - Transaccional

Desarrolla un entorno tecnológico que facilite el intercambio electrónico de información clínica y administrativa entre los proveedores, financiadores y usuarios involucrados en el sistema, y al mismo tiempo permita al órgano conductor y regulador disponer de la información básica para monitorizar el comportamiento del sistema y cautelar el uso correcto de los fondos destinados a los usuarios, respetando los niveles de confidencialidad establecidos por la ética y las normas.

Un canal de comunicación seguro y confiable entre los diferentes actores del sistema y un subsistema de información que automatice los procesos que se dan entre ellos, brindarán una plataforma de base que disminuirá costos, ahorrará tiempo, facilitará la supervisión, controlará el uso irracional de los servicios (suplantación, duplicidad) y mejorará la eficiencia operativa del sistema.

✓ Función de Apoyo a la Gestión

Facilita la integración de la información clínica, administrativa y financiera desagregada hasta el nivel de usuario, de tal manera que sea posible analizar desde la perspectiva del financiador, la composición, cobertura y costo de los planes de salud. De la misma manera, desde la perspectiva del prestador permite evaluar los diferentes mecanismos de pago y el desempeño costo-efectividad de sus protocolos de atención. Bases de datos completas, adecuadas y oportunas sobre prestaciones (con información del usuario, del prestador, del

diagnóstico, procedimientos, medicamentos y costos de la atención) permitirán el diseño de planes de salud, mecanismos de pago sostenibles y una articulación beneficiosa y transparente entre financiador y prestador.

✓ **Función de Investigación y Generación de Conocimiento**

Estandarizar, organizar y almacenar la información para la generación de conocimiento especializado, mediante la construcción de bases de datos analíticas orientadas al análisis económico y epidemiológico del sistema, de tal manera que se pueda monitorizar y predecir el comportamiento de los principales indicadores del sistema. La construcción de bases de datos analíticas con información sobre usuarios y prestaciones y su posterior exploración mediante modelos de análisis para generar conocimiento sobre los riesgos, daños, los costos para financiarlos y la calidad de atención, constituyen los insumos esenciales para monitorizar y predecir el comportamiento del sistema.

2. PROBLEMAS, PROPUESTAS Y ACCIONES

PROBLEMA Nº 40 - INADECUADA POLÍTICA DE INFORMACIÓN EN SALUD

No obstante que la generación y uso de la información es una tarea fundamental de la rectoría, hay ausencia de una política adecuada en este campo.

PROPUESTA - LINEAMIENTOS DE POLÍTICA SECTORIAL DE INFORMACIÓN EN SALUD

Visión: Subsistema coordinado de información que permita una toma de decisiones eficiente para la óptima asignación de recursos.

Lineamientos de Política

- Desarrollar el Subsistema Coordinado de Información del SNDS.
- Facilitar el intercambio de datos administrativos y clínicos entre los agentes participantes del sistema.
- Propender a un almacenamiento ordenado de información esencial, que facilite el análisis y la identificación de los mecanismos de control administrativo y clínico.

Estrategias

• Recolección de la información y captura de los datos

El aspecto más importante está referido a las estrategias de recolección de la información. La complejidad del tema radica en que la información a recolectar se registra en diferentes organizaciones (hospitales, puestos de salud, clínicas, centros médicos, laboratorios, farmacias, etc.) que siendo públicas o privadas, son autónomas en el desarrollo e implementación de sus sistemas de información, generando así el primer obstáculo a enfrentar que es la heterogeneidad de los datos. Un segundo obstáculo es el problema de calidad y un tercero es la dificultad para integrar la información administrativa con la clínica y por consiguiente el análisis. Por este motivo es prioritario el desarrollo e implementación de un subsistema de estándares de todos los datos relevantes relacionados con la provisión de servicios de salud, que garantice homogeneidad y calidad de los datos.

El tema de captura de los datos es otro aspecto a resolver y para ello existen diferentes opciones, la más eficiente es la implementación de entornos tecnológicos que cumplan con dos funciones: facilitar el intercambio de información entre los agentes involucrados en el sistema y al mismo tiempo brindar acceso de información a la entidad supervisora, disminuyendo así significativamente sus costos de captura de datos.

- **Análisis de la información**

Para el análisis de la información es necesario diseñar primero herramientas de extracción, validación y agregación de información, y segundo la construcción de modelos de exploración y análisis de los datos que permitan producir oportunamente conocimiento especializado e identificar áreas de intervención.

- **Distribución de información**

La distribución de la información es una estrategia eficaz para influir en el empoderamiento de los usuarios y el comportamiento del mercado de la prestación y la financiación de los servicios de salud.

ACCIONES

Incorporación a los Lineamientos de Política Sectorial.

PROBLEMA N° 41 - SISTEMA DE ESTÁNDARES NO DESARROLLADO

Las instituciones del SNDS reconocen que el subsistema de información pasa por un proceso de codificación de las variables claves, tanto administrativas como clínicas, que se generan en la interrelación entre financiador, prestador y usuario. Desde 1991 en el Ministerio de Salud, a través de la Dirección General de Estadística e Informática, se han realizado esfuerzos en esta estandarización, manejando el Código Internacional de Enfermedades versión IX, mediante un aplicativo automatizado denominado HIS-MIS, a los cuales se sumó ESSALUD con su sistema de módulos denominado Sistema Automatizado de Gestión Hospitalaria, que se ubicaron en sus establecimientos, mejorando en parte los principales procesos de prestación recuperativa.

En 1999 la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud - SEPS, realizó la estandarización de datos en salud que serviría como base para el intercambio de información de las Entidades Prestadoras de Salud - EPS, basándose en el Código de Procedimientos Médicos - CPT. Con el Proyecto 2000, el Ministerio de Salud elaboró en el 2000 el Catálogo Tarifario de Servicios de Salud que toma como base el CPT 1999. ESSALUD formula el Tercer Manual de Clasificación de los Procedimientos Quirúrgicos y Anestesiólogos por Grado de Complejidad. En ese mismo año, el Colegio Médico del Perú elabora un tarifario para uso en la determinación de honorarios profesionales, encontrándose actualmente listo para su aplicación.

La tecnología de la información cumple un rol importante en la mejora de la calidad de los servicios para el cuidado de la salud a través del mejoramiento progresivo de los procesos (reorganización, reingeniería) y la emisión de información (medición de resultados, mejores prácticas, contención del costo). Hoy en día la información se encuentra dispersa y para emplear en forma adecuada estos datos es necesario coordinar, para luego intentar integrar los sistemas de información. Se observa actualmente que cada una de las organizaciones que conforman el sector salud ha adoptado una diversidad de códigos para los mismos procesos clínicos. Esta utilización sólo tiene alcance al interior de los establecimientos y los ejecutores no han tenido como referencia el trabajo realizado en otras instituciones. Al no estar estandarizada la información, se imposibilita la interrelación adecuada entre las instituciones de salud.

Podemos mencionar las siguientes características en el entorno actual de las instituciones de salud:

- Desconocimiento de los principales procesos involucrados en la prestación de servicios de salud tanto recuperativa como preventiva.
- Variabilidad de formatos de historias clínicas.
- Variabilidad en la identificación de usuarios.

- Pluralidad en la clasificación de establecimientos y servicios, dificultando la referencia y contrarreferencia.
- Inexistencia de un código único de procedimientos asistenciales de salud y por ende de un sistema tarifario sectorial.
- La estandarización de daños no está implantada de manera uniforme en el sector, por consiguiente no hay forma de calcular ni gerenciar riesgos.
- Inexistencia de códigos únicos de medicamentos, materiales médicos e insumos.

Esto conduce a:

- Registro heterogéneo de la información, lo que hace difícil su intercambio.
- Dificultad en el planeamiento de inversión en infraestructura y equipamiento.
- Ausencia de estadísticas de prestación.
- Falta de datos para mejorar los mecanismos de pago.
- Dificultad en el trabajo de auditoría y control de calidad.
- Ausencia de convenios de intercambio y promoción.
- No estandarización en la calidad de los servicios.
- Proliferación de aplicativos o “sistemas” automatizados, con códigos propietario.

PROPUESTA - DESARROLLO DE UN SUBSISTEMA DE ESTÁNDARES DEL SNDS

El desarrollo de un subsistema de estándares es la parte esencial de todo el subsistema de información coordinada en salud. Su construcción e implementación exige activa coordinación entre las instituciones involucradas. El uso de estándares en el ámbito de salud posibilita:

- Una mejor comunicación entre los proveedores, los usuarios y quien paga por los servicios.
- Facilidad para realizar estudios epidemiológicos, estadísticos, de costos, financiero, de demanda y riesgo.
- Mostrar la relación entre inversiones y resultados en salud o la relación beneficios versus costos.
- La transferencia automática de información médica dentro y entre hospitales o clínicas, en un proceso de escala de resolución, de acuerdo al poder de resolución de diagnóstico y tratamiento.

Existen ya estándares que son usados alrededor del mundo que, aunque no son perfectos, resultan adecuados para propósitos claves. La Tabla VI provee una lista con sus descripciones.

TABLA VI

TEMA	ESTÁNDAR	ORGANIZACIÓN
Enfermedades y Problemas relacionados con la Salud	CIE 10 (*)	OMS
Código Único de Medicamentos	CUM	MINSA
Códigos de Procedimientos Médicos	CPT	AMA
Códigos de Profesionales		Colegios Profesionales
Código Único de Usuario	DNI	RENIEC

(*)Clasificación Internacional de Enfermedades y de problemas relacionados con la salud (Conferencia Internacional para la Décima Revisión, 1989).

✓ ESTÁNDARES DE DATOS CLINICOS

a) Clasificación Internacional de Enfermedades - CIE

La décima revisión de la Propiedad de la Clasificación Internacional de Enfermedades y de problemas relacionados con la salud, CIE 10, fue aprobada por la Conferencia Internacional para la Décima Revisión en 1989 y adoptada por la Cuadragésima Tercera Reunión Mundial de la Salud que recomendó su entrada en vigor en 1993.

La OPS con su larga tradición en cuestiones ligadas al uso de instrumentos estadísticos y epidemiológicos propuso su uso en la región de las Américas en 1995 o en los años siguientes, por lo cual instituciones al servicio de la salud están realizando grandes esfuerzos en la implantación de esta nueva revisión. La crítica que se hace a la CIE 10 es su extensión, que pasa por 2,032 categorías (casi el doble del CIE 9) la cual hace difícil usarla en la clasificación de la mortalidad.

Lo mismo sucede con los usuarios de las especialidades médicas, quienes manifiestan que la clasificación no cubre todas las especificaciones deseadas. Mayores cuestionamientos se dirigen a que la CIE 10 tampoco satisface las necesidades en el nivel de la atención primaria, donde son atendidos gran parte de los problemas de salud de las comunidades, y muchas de las consultas se expresan en signos y síntomas o sus combinaciones (síndromes). Es por esta razón que la OMS y colaboradores han preparado una "familia de clasificaciones" que supera la clásica y tradicional estadística de mortalidad por causa, con informaciones detalladas por especialidades médicas y estadísticas de motivos de consulta en atención primaria. En la actualidad los principales prestadores de servicios de salud ya la utilizan para reportar las atenciones.

Las principales ventajas que se obtendrá serán poder gerenciar el riesgo y controlar los costos a través de reportes tales como las enfermedades más frecuentes, las enfermedades de mayor costo, las enfermedades prevenibles, las enfermedades agudas y crónicas. Estos son los elementos que ayudarán a calcular el riesgo por poblaciones. Se sabe con anticipación cuánto será el presupuesto para el año, pero no está cuantificada la magnitud del siniestro.

La Oficina de Estadística e Informática - OEI viene tramitando el Proyecto de Resolución para la Implementación del CIE 10 a nivel nacional en los establecimientos del Ministerio de Salud. En la Gráfica 4 se aprecia cómo es que el registro del CIE 10 se inserta en los procesos más importantes de una atención de salud.

b) Terminología Actualizada de Procedimientos 1999

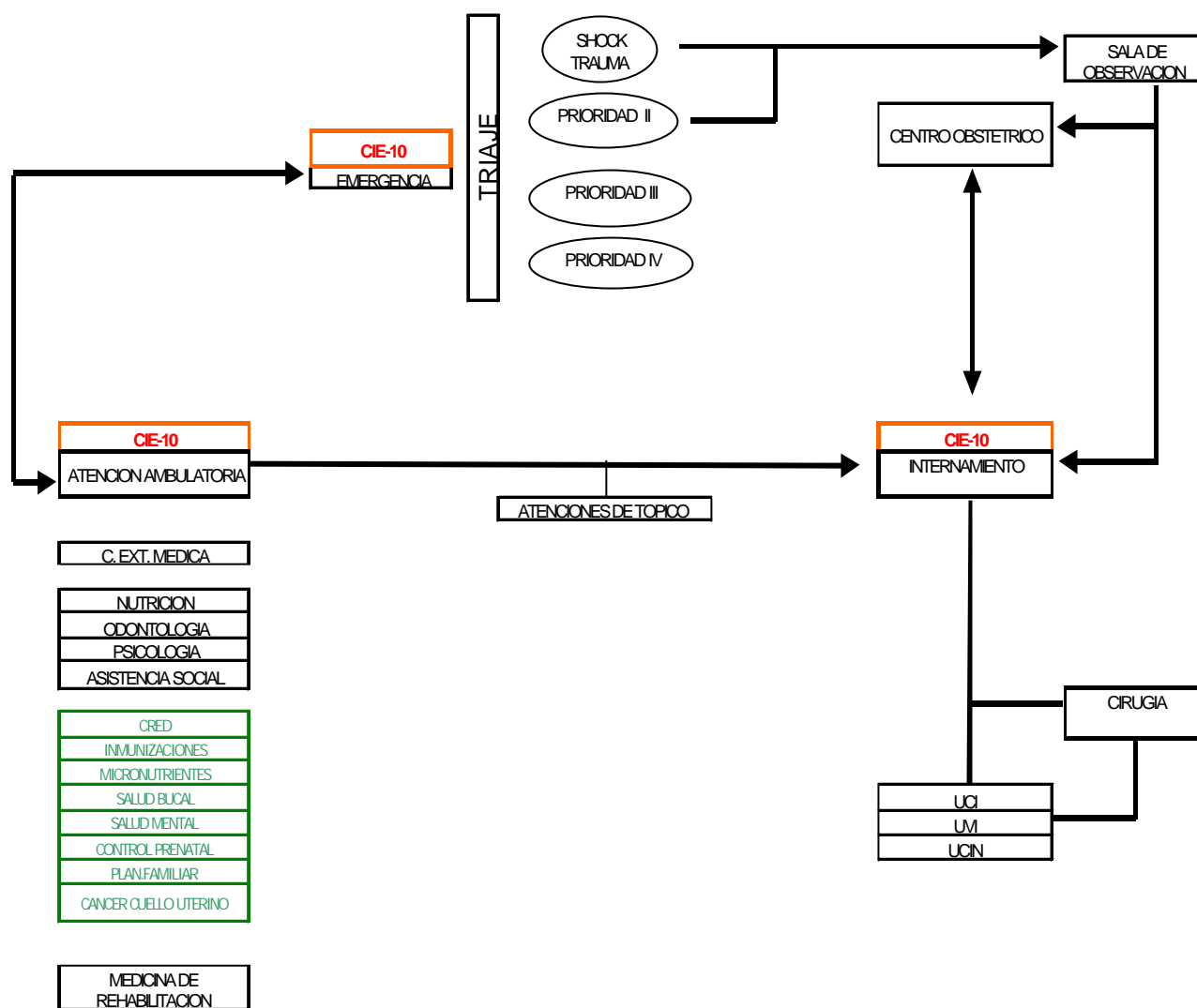
Elaborado y mantenido por la American Medical Association - AMA y denominado de manera común como el CPT 1999 (*Current Procedural Terminology*). Contiene la codificación y descripción de los procedimientos médicos que se otorgan en las unidades prestadoras de servicios de salud. Consta de 7,668 ítems distribuidos en 6 grupos taxonómicos como son evaluación y manejo, anestesiología, cirugía, radiología (imágenes), laboratorio / anatomía patológica y medicina (procedimientos de ayuda al diagnóstico ambulatorio sin asistente). Su estructura taxonómica soporta la adición de nuevos procedimientos o grupos de procedimientos. Es usado en el intercambio de servicios (compra y venta de exámenes y servicios intermedios) entre prestadores privados y públicos.

En la actualidad el subsector privado usa el SEGUS como herramienta para facturar y fijar las tarifas de sus servicios, pero el CPT 99 muestra una discriminación mayor, basada fundamentalmente en criterios clínicos y de costos que lo convierte en una excelente herramienta para la definición de tarifas más ajustadas a la realidad. Es posible que al

análisis del impacto que tendría el CPT en los establecimientos públicos pasen por las equivalencias, lo cual deberá ser muy exigente pues podría afectar el núcleo mismo del manejo contable financiero.

GRÁFICA 4

CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES CIE 10

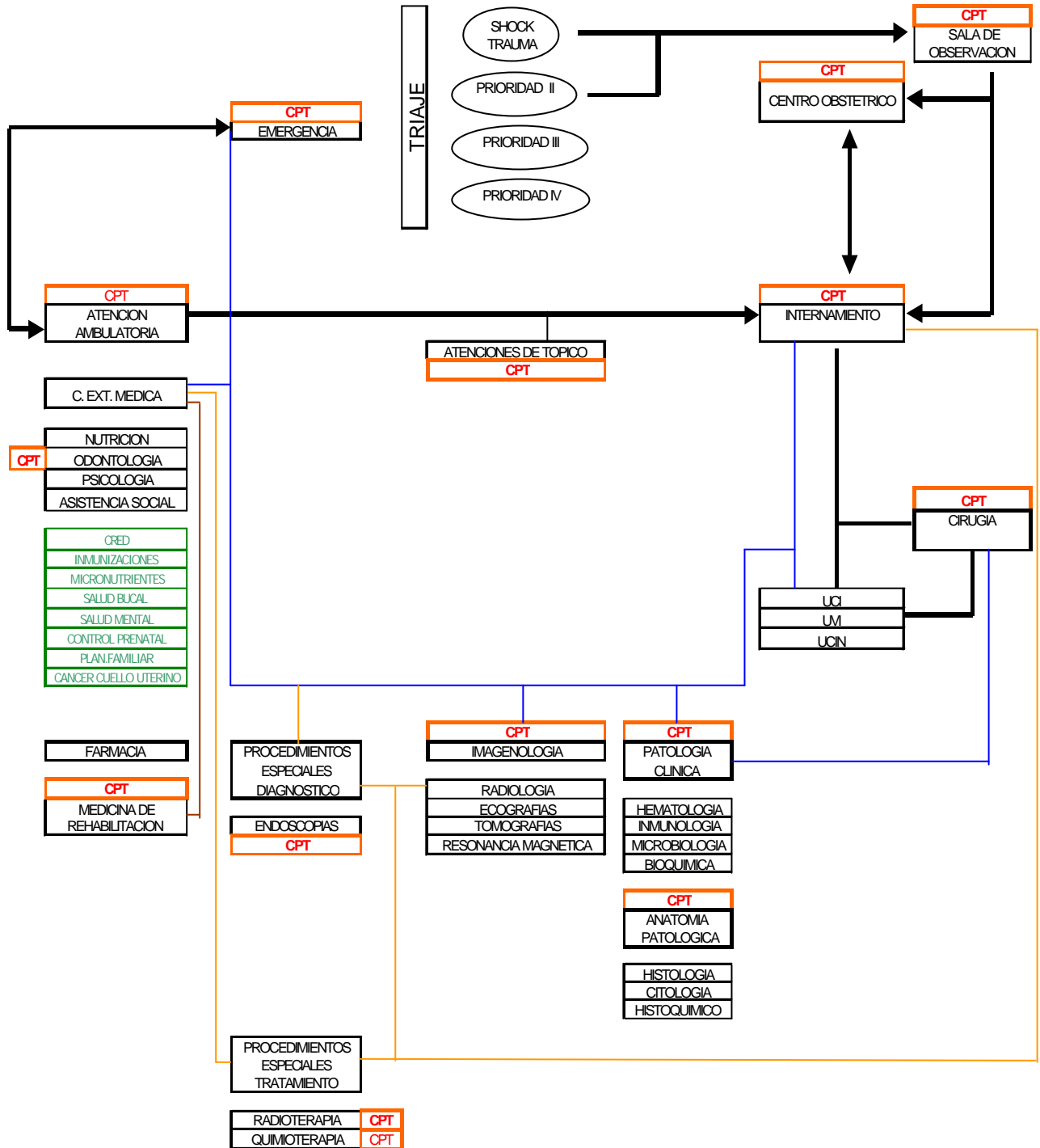


Cabe mencionar que la OEI del MINSA asumió el CPT 99 como estándar de procedimiento en consenso con otras instituciones del sector mediante la firma de un proyecto de norma técnica.

El CPT 1999 ya está siendo integrado en aplicativos automatizados puntuales, como son Egresos Hospitalarios (Proyecto 2000), pero persiste la necesidad de hacer consistencia con la nomenclatura que aún tienen los procedimientos en los establecimientos (prioridades en emergencia, actividades de tópicos, consulta ambulatoria por especialidades, procedimientos especiales de tratamiento, etc). El CPT está, como se observa en la Gráfica 4, inserto en todo procedimiento recuperativo y preventivo. En la Gráfica 5 se encuentra el CPT 99 insertado en todos los procesos de la atención de salud.

GRÁFICA 5

CÓDIGO DE LA TERMINOLOGÍA ACTUALIZADA DE PROCEDIMIENTOS CPT 99



c) Código Único de Medicamentos (CUM)

El CUM es un sistema de clasificación, el cual identifica como cabeza visible a la Denominación Común Internacional, seguido de la opción genérica/comercial denominado producto farmacéutico y de las características intrínsecas de todo medicamento, es decir su concentración y forma farmacéutica.

Constituye como todo código, un identificador de carácter estándar, de fácil lectura y asociación con la denominación codificada, invariable en el tiempo y sujeto a facilitar, la trazabilidad a cualquiera de sus componentes.

El CUM propuesto se estructura de la manera siguiente:

Denominación Común Internacional	Cuatro (04) caracteres
Producto Farmacéutico	Dos (02) caracteres
Concentración	Dos (02) caracteres
Forma Farmacéutica	Un (01) carácter

Total de caracteres alfa numéricos: Nueve (09).

Estructura del CUM propuesto

Denominación Común Internacional	Producto Farmacéutico	Concentración del Principio Activo	Forma Farmacéutica
A999	99	99	9

Está relacionada con la Tabla Anatómica Terapéutica y Química (ATC) expuesta y promocionada por la OMS, la cual en su última versión emitida en 1998 contiene alrededor de 5,600 principios activos clasificados en grupos anatómicos, de acción terapéutica y grupo químico. Los principios activos solos o combinados toman un nombre convencional o Denominación Común Internacional (DCI), que es como se conoce al fármaco en situación de genérico.

Otra relación importante es con el catálogo de medicamentos que cada dirección logística maneja para efectos de sus adquisiciones. Su uso permitirá construir un Catálogo Nacional de Medicamentos expresado en DCI, con base en los medicamentos con autorización de comercio a nivel nacional, consignados con su respectivo Registro Sanitario y almacenados en la base de datos del PERUDIS del DIGEMID. Dicho Catálogo permitirá el acceso a información de cada medicamento autorizado para su consumo a manera de un vademécum

El CUM insertado en los datos del proceso de suministro de medicamentos permite mejorar los procedimientos desde la prescripción y despacho hasta la programación, adquisición y distribución, obteniendo a la vez datos estadísticos para fines de información coordinada.

✓ ESTÁNDARES DE DATOS ADMINISTRATIVOS

a) Código Único de Usuarios

Las instituciones del sistema de salud han iniciado esfuerzos aislados de identificación filial y características del usuario. ESSALUD lo ha hecho con el Código Autogenerado del Asegurado, las Sanidades de las FFAA y PNP mediante el carné de identidad, el MINSA a través del código de historia clínica y las entidades privadas a través de tarjetas de acreditación (código de barras).

Es necesario precisar las implicancias que tendría la implantación del código del DNI del RENIEC en los procesos administrativos de las diferentes instituciones del sistema, así como en los respectivos procesos de admisión a sus establecimientos.

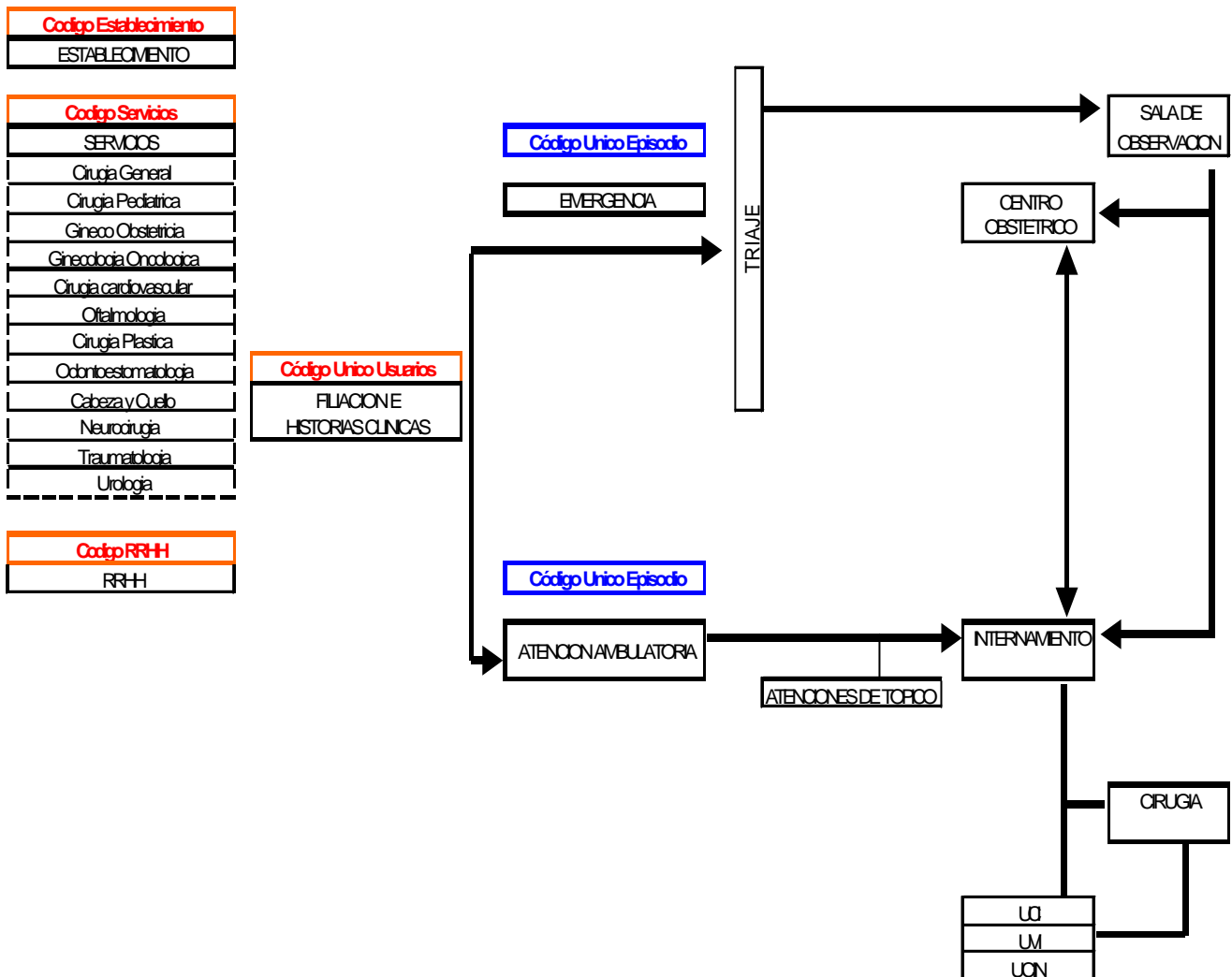
En la Gráfica 6 se visualiza el Código Único de Usuario inserto en el proceso de filiación y generación de historia clínica.

b) Código de Establecimientos y Servicios

Existen dispositivos legales que norman la clasificación de infraestructura de los establecimientos del sector, como el Decreto Supremo N° 023-78-SA actualizado en 1991, referido al subsector no público. Hasta hace poco el sector público estaba regido por el Decreto Legislativo N° 584 y el Decreto Supremo N° 002-92-SA, respectivamente Ley y Reglamento de Organización y Funciones del MINSA, que han sido sustituidos por la Ley del Ministerio de Salud N° 27657 de 29 de enero de 2002.

GRÁFICA 6

**CÓDIGO DE ESTABLECIMIENTOS - CÓDIGOS DE SERVICIOS -
CÓDIGO DE RECURSOS HUMANOS - CÓDIGO ÚNICO DE USUARIO
- CÓDIGO ÚNICO DE EPISODIO DE ATENCIÓN**



Existe un vacío legal en lo que se refiere a la definición de los establecimientos del sector público. La única referencia sobre definiciones operativas está contemplada en el "II Censo de Infraestructura Sanitaria y Recursos del Sector Salud" de 1996, el cual define a los hospitales, centros de salud y otros servicios de salud.

La OEI del MINSA utiliza una codificación que aún no le permite tener un directorio actualizado de los establecimientos en cuanto a la entidad a la que pertenecen, si son públicos o privados y los tipos de especialidades (servicios) que brinda.

Es así que definió un código de 13 dígitos que consiste en:

Región	03 dígitos
Departamento	02 dígitos
Provincia	02 dígitos
Distrito	02 dígitos
Institución	01 carácter alfabético
Categoría	01 dígito
Serie	02 dígitos.

En cuanto a los servicios, el código está relacionado al equipamiento de diagnóstico o tratamiento que poseen, el cual muestra:

Servicio	02 dígitos
Servicio Específico	01 dígito
Equipo utilizado	02 dígitos.

Existen a su vez otros códigos que pretenden ser un estándar, como son el código de ubicación (06 dígitos), código de actividad del HIS (04 dígitos), el código de establecimientos de la Oficina General de Administración - OGA del MINSA. ESSALUD y las Sanidades de las FFAA y PNP tienen sus propios códigos de establecimientos y servicios.

Es necesario normar y estandarizar la codificación de los establecimientos del sector para fines de coordinar información, establecer comunicación, así como la existencia y acreditación de los mismos. En la misma Gráfica 6 se visualiza el Código de Establecimientos y Servicios, como el referente principal de todo reporte de información clínica o administrativa.

c) Código de Episodio de Atención

Tanto ESSALUD como las entidades privadas han definido un código de ingreso del paciente a los procesos de prestación recuperativa de la salud, asignado al usuario al ingresar por admisión a la atención ambulatoria preventiva o recuperativa, y por admisión a emergencia.

El código es un autogenerado anual, que empieza a asignarse al primer paciente que ingresa al establecimiento en el primer día útil del año. Este correlativo termina con el último paciente que se atiende en el último día útil del año, para luego volver a empezar en cero al siguiente año. La asignación del código de episodio de atención va ligado al resto de códigos ya sean administrativos o clínicos. En la Gráfica 6 se observa el Código de Episodio de Atención generado en la puerta de ingreso del establecimiento, ya sea para una atención ambulatoria preventiva / recuperativa o de emergencia.

d) Código del Profesional de la Salud

Este código ya está definido y en uso de manera institucional a través de los colegios profesionales. En la Gráfica 6 se visualiza el código del profesional de la salud como el responsable de la atención de salud.

e) Archivo de Historias Clínicas - HC

El método convencional es archivar la HC en estricto orden numérico ascendente, lo cual es útil en establecimientos con poco volumen de atención. El método denominado dígito terminal es rápido, seguro y preciso, basado en un principio matemático que asegura una distribución equitativa de HC entre 100 secciones. Sea por un sistema dígito terminal simple o compuesto, la HC va ligada a un código de archivo y éste a su vez constituye un estándar y un atributo del código de identificación del usuario (Gráfica 7).

GRÁFICA 7

REPORTE: 2001

Paciente: Jenny Morote Leon

Código Único de Usuario: 09853417

Código Único de Establecimiento: HA-21905

Fecha	Código Único Episodio	Código Servicio	Código RR+H	CIE	CPT	CJM			
12/07/01	000024	Admisión Atención Ambulatoria Recuperativa	CEGO-1	Consulta Externa Gineco-Obstetricia	OMP28681 Victor Silva Ducos	J11.1	Infección Urinaria	18324 Consulta Externa 63245 Examen de orina 32514 Hemograma 32546 Urea y Creatinina 32891 Ecografía pélvica	1010249 1010202 1200249 1300609
19/07/01	000132	Admisión Atención Ambulatoria Recuperativa	CEGO-1	Consulta Externa Gineco-Obstetricia	OMP32333 Edmundo Olivera	J11.1	Infección Urinaria	18324 Consulta Externa 63245 Examen de orina	1010249 1200249
22/07/01	000532	Admisión Atención Ambulatoria Preventiva	OVGO	Salud Integral Gestante	CCP11678 Rosanna Valas			11222 Atención prenatal 63245 Examen de orina 34567 Micronutrientes 76543 Vacuna antitetánica 78866 Profilaxis dental	2110223 1200249 122355
03/08/01	000111	Admisión Emergencia	EGO	Emergencia Gineco-Obstetricia	OMP28681 Victor Silva Ducos	C01.2	Abdomen Agudo	67890 Emerg. Prioridad III 32891 Ecografía pélvica 56342 Internamiento GO	1200249 1110102 1110231 1110122 1300609 1110122
					A11.3	Embarazo ectópico	23456 Laparoscopia 63245 Examen de orina 32456 Pregonosticon 32514 Rx tórax 32546 Hemoglobina	1110102 1010249	
					A11.3	Embarazo ectópico	32891 Ooforectomia	1300609 1010249 1010249 1010249 1010249 1010249	

En la historia clínica electrónica, sobre la base de la convención de un solo formato de HC (Anexo D), se registrarán los datos referentes a la atención de salud mediante el uso de la descripción de los estándares clínicos y administrativos propuestos. Dichas descripciones codificadas como estándares, estarán presentes en los formatos de partes diarios de atención y pueden generar un reporte básico de atenciones.

Un buen archivo de HC:

- Mejorará la atención en cuanto a la disposición oportuna y seguridad del documento.
- Dinamizará el intercambio de servicios en un flujo de referencias, obteniéndose datos claves sobre la atención del paciente, con base en los estándares descritos.
- Permitirá su auditoría de manera más fluida sobre la base del reporte de atenciones.
- Facilitará la investigación.
- Constituirá un referente legal transparente para efectos de control de producción de servicios.

Procesos de prestación de servicios de salud

Se requiere, como punto de partida, conocer los procesos claves involucrados en cada una de las prestaciones de salud, unido a los procesos administrativos que los sostienen, los cuales cada uno por separado forman el sistema operativo, desde donde se origina la información.

ACCIONES

A cargo del Ministerio de Salud y el Consejo Nacional de Salud a través de su Comité de Planificación e Información Coordinadas o su equivalente. Normar y estandarizar la codificación de los establecimientos del sistema para fines de coordinar información y establecer comunicación, así como de existencia y acreditación de los mismos. Se requiere los términos de referencia para la normalización que permitirá a los establecimientos tener un estándar de archivo y, por consiguiente, un código documentario cuyo proyecto ha sido elaborado por la Dirección General de Salud de las Personas a través de la Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud.

Consultorías para:

- i) Conceptuar estrategias de desarrollo de los estándares en los establecimientos de salud del SNDS. El producto es su uso universal, con calidad en el registro de los códigos.
- ii) Realizar las equivalencias entre los tarifarios usados por los prestadores de servicios de salud y las descripciones y códigos del CPT 99.
- iii) Normalizar el Código Único de Medicamentos (CUM), basado en la Denominación Común Internacional (DCI) y relacionado con el ATC.
- iv) Implantar el código del DNI del RENIEC en los procesos administrativos de las diferentes instituciones del SNDS, así como en los respectivos procesos de admisión a sus establecimientos.

PROBLEMA Nº 42 - CARENCIA DE ESTRATEGIA PARA LA APLICACIÓN DE ESTÁNDARES

Falta una estrategia para la aplicación de los estándares.

PROPUESTA - APLICACIÓN EN EL SNDS DE LOS ESTÁNDARES DESARROLLADOS

Diseño de una estrategia de aplicación de los estándares desarrollados en todos los flujos de información del SNDS, tanto en la utilización de formatos de uso manual como en los sistemas automatizados.

Capacitación al personal de estadística y calidad de la información

La atención a la consistencia de los registros primarios de información debe ser enfatizada. De nada valdría realizar un gran esfuerzo, aislado, en instrumentos de estandarización, si se descuida la calidad de los datos a registrar. Datos consistentes y buenos registros estarían garantizando la validez de los productos expresados en indicadores básicos.

Por esta razón, se requiere buscar instrumentos administrativos para poder exigir responsabilidades sobre el registro y control de los datos. Se considera que deben incluirse funciones dentro de los reglamentos de trabajo dirigidos a los profesionales médicos, sobre todo para aquellos profesionales que desempeñan cargos administrativos, como jefes de servicios, jefes de departamentos y directores de centros asistenciales, que permitan exigir determinados estándares de calidad de información.

Se fortalecerá y apoyará todos los proyectos para institucionalizar la auditoría a los registros primarios y sistemas de información, como mecanismos adicionales de control de calidad y mejoramiento de los mismos.

La calidad de la información está asociada a su registro, para esto es indispensable empoderar el recurso humano responsable de su recolección, fortaleciendo su posición y alcances, frente al personal que toma decisiones estratégicas. Debe destacarse la idea de que el tema de la consistencia y calidad de la información es un problema de todos que debe ser estratégicamente planteado y abordado. En los sistemas de información se requiere gerenciar, pues carecen de efectividad las soluciones enfocadas sólo sobre el área de estadística. Si bien es importante fortalecer los sistemas estadísticos, debe participar todo el equipo de gestión en el mejoramiento de los sistemas de información, pues son los principales usuarios de los mismos.

ACCIONES

Ejecutar una estrategia de implantación de estándares en los establecimientos de salud del SNDS. A cargo del Ministerio de Salud, el Consejo Nacional de Salud a través de su Comité de Planificación e Información Coordinadas o su equivalente, y las instituciones del SNDS.

PROBLEMA Nº 43 - NECESIDAD DE UNA RED DE COMUNICACIÓN ELECTRÓNICA

Falta de una red de comunicación electrónica entre todos los participantes del subsistema de información.

PROPUESTA - DESARROLLO DE UNA RED DE COMUNICACIÓN ELECTRÓNICA DEL SNDS

Consiste en la implementación de una red abierta de comunicación electrónica entre todos los agentes participantes con capacidad para ofrecer servicios de transacciones y consulta de información clínica, administrativa y financiera hasta el nivel de usuario, manteniendo una política de seguridad y confidencialidad.

ACCIONES

A cargo del Ministerio de Salud, el Consejo Nacional de Salud a través de su Comité de Planificación e Información Coordinadas o su equivalente, y las instituciones del SNDS.

PROBLEMA Nº 44 - TECNOLOGÍA DE INFORMACIÓN INSUFICIENTE

Insuficiente tecnología de información para agilizar los procesos de producción de conocimiento especializado.

PROPUESTA - IMPLEMENTACIÓN DE SOLUCIONES DE TECNOLOGÍA DE INFORMACIÓN

Implementación, en el nivel central, de un conjunto de soluciones de tecnología de información orientadas a agilizar los procesos de producción de conocimiento especializado.

ACCIONES

A cargo del Ministerio de Salud.

PROBLEMA Nº 45 - MECANISMOS DE DISTRIBUCIÓN DE LA INFORMACIÓN INSUFICIENTES

Insuficientes mecanismos de distribución de la información.

PROPUESTA - IMPLEMENTACIÓN DE MECANISMOS DE DISTRIBUCIÓN DE INFORMACIÓN

Implementación de mecanismos de distribución de información por Internet, Intranet y Extranet para uso de todas las instancias del sistema de salud.

ACCIONES

A cargo del Ministerio de Salud, el Consejo Nacional de Salud a través de su Comité de Planificación e Información Coordinadas o su equivalente, y las instituciones del SNDS.

I. FINANCIAMIENTO

1. ANTECEDENTES

En el Perú el gasto en salud, como porcentaje del PBI, se encuentra alrededor de 4.5% (OPS/MINSA⁸), por debajo del promedio de América Latina, que se sitúa en 7.2%. Esto demuestra que -en lo que respecta a los indicadores del financiamiento de la salud- el Perú está rezagado en comparación con los países de similar desarrollo y con los países desarrollados.

Existen esencialmente dos modalidades de financiamiento en salud: las contribuciones o aportes de trabajadores y empleadores -que representan ingresos específicos e intangibles- y los impuestos generales, que son inestables tanto por las fluctuaciones de la economía, como por el riesgo de impredecibles decisiones que suelen ocurrir durante los procesos de aprobación de los presupuestos públicos.

Por ello, especialmente en los países de escaso desarrollo, pasar del financiamiento de aportes contributivos a esquemas impositivos, implica el grave error de aceptar perder ingresos fijos para caer en la inseguridad del presupuesto público. Dependier exclusivamente del presupuesto -que puede resultar adecuado en casos de países desarrollados más estables- significa que en las frecuentes crisis económicas donde crecen las necesidades, se corre el riesgo de sufrir severas restricciones, sobre todo cuando aumentan las explicables presiones de otros sectores.

En consecuencia, lo recomendable a mediano y largo plazo es no dejar el régimen contributivo, sino complementarlo con el régimen impositivo para el financiamiento de la atención de las poblaciones pobres a cargo del Estado, inclusive cuando llegue el momento en que resulte factible incorporarlas a la seguridad social. El tema fue intensamente tratado, llegándose a la conclusión -por las consideraciones señaladas- de que la mejor alternativa es avanzar gradualmente hacia el aseguramiento universal desarrollando dos fondos: el Seguro Social de Salud y el Seguro Integral de Salud.

Aún cuando el encargo recibido por la Comisión de Alto Nivel no especificó la creación de un comité de financiamiento, la Comisión consideró pertinente conformar el Comité Transversal

⁸ OPS-MINSA(2001) Cuentas Nacionales en Salud. Perú: 1995-1998. Lima, abril 2001.

de Financiamiento para armonizar el trabajo de los Comités y analizar las implicancias financieras que tendría el desarrollo del SNDS. El Comité identificó la necesidad de analizar las tres áreas que involucra el financiamiento: fuentes de financiamiento, organización institucional para la administración de los recursos, y asignación de recursos.

2. PROBLEMAS, PROPUESTAS Y ACCIONES

PROBLEMA Nº 46 - INADECUADA POLÍTICA DE FINANCIAMIENTO EN SALUD

El financiamiento en salud carece de las políticas adecuadas que el cambio requiere.

PROPUESTA - LINEAMIENTOS DE POLÍTICA SECTORIAL DE FINANCIAMIENTO EN SALUD

Visión: Financiamiento solidario con pago anticipado y un fondo mancomunado para sustentar el cuidado de la salud de toda la población.

Lineamientos de Política

- Mantener y fortalecer el régimen contributivo en salud, y complementarlo con el régimen impositivo para el financiamiento de la atención de las poblaciones pobres a cargo del Estado.
- Desarrollar y fortalecer dos fondos en el mediano plazo, el Seguro Social de Salud y el Seguro Integral de Salud, para el financiamiento progresivo del aseguramiento universal en salud.
- Incrementar gradualmente el financiamiento en salud.
- Vigilar que el financiamiento del subsector privado en salud no se realice a expensas del debilitamiento del financiamiento público.
- Diferir toda modificación de los aportes al Seguro Social de Salud mientras no se realicen estudios actuariales.

ACCIONES

Incorporación a los Lineamientos de Política Sectorial.

PROBLEMA Nº 47 - INSUFICIENTE FINANCIAMIENTO EN SALUD

La proyección del financiamiento de la salud es un problema complejo considerando las múltiples variables y restricciones que enfrenta. Adicionalmente, el cambiante escenario político nacional e internacional genera otra variabilidad en las proyecciones. Por tanto, es necesario investigar cómo se podría incrementar el financiamiento de la salud en el futuro, con base en una reforma tributaria. La respuesta a esta pregunta pasa por el análisis profundo de los diferentes componentes del financiamiento de la salud y, principalmente, de la evaluación de políticas que puedan incrementar los indicadores de financiamiento público en salud en el Perú.

Este análisis no puede hacerse sin un claro entendimiento de la situación real del sector: la dualidad de la organización entre el MINSA y ESSALUD, la escasa cobertura de la seguridad social, la participación limitada de las EPS, los elevados “gastos de bolsillo” efectuados por las personas, etc. Asimismo, no se puede dejar de considerar el peso del sector salud dentro del sector público y la importancia que tiene con respecto a los demás sectores sociales y económicos.

PROPUESTA - EXISTE LA POSIBILIDAD DE INCREMENTAR EL FINANCIAMIENTO PÚBLICO Y DE LA SALUD EN LA SEGURIDAD SOCIAL

Una reforma del sector salud orientada a mejorar el estado de salud de toda la población, demanda cambios sustanciales en la estructura del presupuesto público y en la seguridad social para conseguir el incremento de los recursos que la financie. En tal sentido, con base en un estudio que vienen realizando el Departamento de Economía de la Pontificia Universidad Católica y la OPS⁹, el Comité de Financiamiento de la Comisión de Alto Nivel desarrolló un modelo que proyecta el comportamiento del financiamiento de la salud y sus principales componentes para los próximos años, teniendo en cuenta la aplicación de diversas políticas y considerando distintos escenarios de comportamiento de la economía, los cuales influirían directamente en el gasto en salud y sus indicadores.

Este modelo proyecta las distintas fuentes de financiamiento (tesoro público, contribuciones al seguro social, hogares, cooperación técnica no reembolsable y donaciones) en los próximos cinco años (hasta el 2006), y respeta los supuestos macroeconómicos definidos en la prepublicación de la Carta de Intención a firmar con el FMI y en el Marco Macroeconómico Multianual 2002-2004 Revisado, referentes a la presión tributaria, resultado económico o déficit fiscal, inflación y devaluación. Adicionalmente, desarrolla proyecciones con base en el análisis de series anuales de algunas variables (como remuneraciones, número de trabajadores independientes no pobres y gasto privado en salud). Se utilizan las cifras referidas a las cuentas nacionales de salud 1995-2000.

En el modelo en estudio se consideran cuatro escenarios de comportamiento de la economía definidos por el crecimiento del PBI: a) crecimiento nulo; b) crecimiento bajo (1,7%) que equivale al crecimiento poblacional anual¹⁰; c) crecimiento moderado (3,8%) equivalente al crecimiento del 2002 previsto en la Carta de Intención; d) crecimiento alto (5,0%) similar al presentado en el Marco Macroeconómico Multianual. De acuerdo al modelo, el crecimiento del PBI influye en la recaudación y el crecimiento de la manufactura, del empleo formal, de las remuneraciones y del gasto privado en salud.

En cada escenario de comportamiento de la economía se analizan los resultados de cuatro políticas de salud y aseguramiento en salud denominadas: a) inercial; b) esfuerzo fiscal; c) esfuerzo asegurador; y d) esfuerzo combinado fiscal y asegurador. Por tanto, se dispone de 16 combinaciones posibles.

Los **resultados observados** con la *política inercial* son insuficientes respecto a los objetivos de elevar el financiamiento público y el aseguramiento social en salud. Con *la política de esfuerzo fiscal* se demuestra que casi duplicando la participación de salud en el presupuesto del gobierno central (del 8,4% al 14,7%) se podría financiar el Seguro Integral de Salud. La *política de esfuerzo asegurador* tiene como meta primordial incorporar en el aseguramiento regular a los trabajadores independientes que declaran su Impuesto a la Renta de Cuarta Categoría y que no cuentan con seguro en salud, la incorporación de los trabajadores actualmente contratados por "services" hasta el porcentaje que fija la ley, y promover nuevos seguros de ESSALUD. La ***política de esfuerzo combinado fiscal y asegurador*** fue planteada en la interacción de la Comisión de Alto Nivel con el Comité de Financiamiento, en la cual se propuso la posibilidad de lograr en el 2006 las metas señaladas: casi duplicación del porcentaje del presupuesto público asignado a salud y un nivel apreciable del crecimiento del número de asegurados regulares, de los afiliados a nuevos seguros de ESSALUD y afiliados a EPS, y la correspondiente disminución del gasto de bolsillo de hogares.

⁹ Proyecciones de Financiamiento en Salud 2001-2006.

¹⁰ De acuerdo a las estimaciones del INEI, la tasa de crecimiento poblacional en el período 2000-2005 es de 1,715%. Perú: estimaciones y proyecciones 1950-2050 urbano rural 1970-2025. Boletín de Análisis Demográfico N° 35. Lima, julio 2001.

Evidentemente la implementación de esta última política requerirá previamente de un estudio de factibilidad, además de un conjunto de decisiones fiscales y del desarrollo de un modelo de aseguramiento social en salud efectivo, capaz de otorgar beneficios a los trabajadores y familiares directos. Caso contrario, la obligatoriedad de este aseguramiento sería percibido como un impuesto y no un beneficio.

En la Tabla VII se muestra los resultados de las políticas inercial y de esfuerzo combinado fiscal y asegurador considerando el escenario de crecimiento económico moderado. Se observa que con esta política se consigue:

- ✓ **Aumentar el financiamiento público para financiar el Seguro Integral de Salud de US \$ 695 millones en el 2000 a 1,358 en el 2006.**
- ✓ **Incrementar la cobertura del seguro social, de 26.1% en el 2000 a 49.6%.**
- ✓ **El gasto total en salud, como porcentaje del PBI, llega a 6%, con lo cual se acercaría (aunque aún por debajo) al promedio latinoamericano (7.2%).**

Resulta evidente que sólo con un esfuerzo fiscal y asegurador en conjunto se puede cumplir las metas establecidas.

TABLA VII

PROYECCIONES AL 2006	Parámetros Año 2000	ESCENARIO SIN ESFUERZO FISCAL NI ASEGURADOR	ESCENARIO CON ESFUERZO FISCAL Y ASEGURADOR MODERADO
		Crecimiento Nulo	Crecimiento Moderado
		Resultados al 2006	
Parámetros:			
Crecimiento del PBI real	3,13%	0%	3,8%
Crecimiento anual del PBI real manufactura	6,52%	0%	2,9%
Incremento anual de presión tributaria en pto %	-0,38%	0,17%	0,17%
Incremento anual de ratio gasto en salud/gasto público	-	0%	1,05%
Crecimiento inercial de cotizantes regulares de ESSALUD	1,78%	0%	2,9%
Crecimiento anual remuneraciones	3,4% // -0,2%	0%	0,1%
Crecimiento anual cotizantes de nuevos seguros de EsSalud	133,57%	17,9%	29,8%
Crecimiento anual asegurados del sistema EPS	95,38%	0%	2,7%
Tasa de inflación anual	3,76%	2,0%	2,0%
Tasa de devaluación anual	3,25%	1,0%	1,0%
Elasticidad gasto privado en salud / PBI	-	0,85	0,85
Resultados:		Resultados al 2006	
	Resultados Año 2000		
Gasto total en salud / PBI	5,07%	5,42%	6,06%
Financiamiento total de salud (mills US\$)	2.713,9	2.924,2	3.945,0
Financiamiento público en salud (mills US\$)	694,7	643,3	1.357,6
Financiamiento de la seguridad social en salud (mills US\$)	792,0	967,2	1.215,8
Financiamiento de hogares y empresas	1.140,4	1.197,4	1.255,2
Donaciones	86,8	116,3	116,3
Gasto total en salud per cápita (\$)	104,6	102,3	138,0
Cobertura de la Seguridad Social	26,1%	27,4%	49,6%

ACCIONES

Decisión política y numerosas acciones del Ministerio de Salud y ESSALUD.

PROBLEMA N° 48 - SUSTENTO FINANCIERO DEL ASEGURAMIENTO

Cuando se trató el tema de acceso a servicios, se propuso avanzar gradualmente hacia el aseguramiento universal mediante la extensión de cobertura de salud en la seguridad social y el impulso al Seguro Integral de Salud. Resulta ahora indispensable proponer el financiamiento que lo sustente.

PROPUESTA - DESARROLLO DE DOS FONDOS PARA EL FINANCIAMIENTO PROGRESIVO DEL ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD

El financiamiento progresivo de aseguramiento universal se realizará a través del desarrollo de dos fondos de seguro, que en el largo plazo se mancomunarán en un fondo o seguro social único:

- ✓ **Seguro Social de Salud** -régimen contributivo- para toda la PEA formal e informal adecuadamente empleada y sus familiares, como **objetivo fundamental del SNDS**; y,
- ✓ **Seguro Integral de Salud** -régimen impositivo- para toda la población que no pertenezca al seguro social.

Este financiamiento implica dos prioridades: por un lado, el fortalecimiento y desarrollo del Seguro Social de Salud; y de otro, fuerte impulso y desarrollo del Seguro Integral de Salud. Cada uno de estos fondos de seguro puede contar con fondos de apoyo para su mejor sustento financiero, como podría ser el caso del fondo de fideicomiso para el Seguro Integral de Salud (Anexo B.2). Al convertirse la seguridad social en el objetivo fundamental de todo el Sistema Nacional Descentralizado de Salud y de esta gran Reforma de Salud peruana, resulta imprescindible que la vinculación sectorial de ESSALUD se realice con el Ministerio de Salud y no con el Ministerio de Trabajo, como es en la actualidad; pero, evidentemente, esta vinculación deberá hacerse con el pleno respeto de la autonomía que establece el Proyecto de Ley del SNDS. Mantener la duplicación sectorial de salud vigente, con doble rectoría, sólo conduciría a nuevas y grandes frustraciones.

En la Tabla N° VIII se observa cómo con los dos grandes fondos nacionales mancomunados para el aseguramiento es posible extender la cobertura de salud a toda la población en el mediano plazo. El desarrollo de ambos resulta indispensable.

TABLA VIII

SNDS: ESTIMADOS DE FINANCIAMIENTO Y COBERTURA						
	2001			2006		
FINANCIAMIENTO	US \$ (M)	Cobert. Pobl. (M)	Per Cáp. \$	Meta US \$ (M)	Cobert. Pobl. (M)	Per Cáp. \$
Ministerio de Salud	511			(4) 341		(4) 12
Regiones (CTAR)	242					
Seguro Integral de Salud				1 056	13,6	78
<i>Total: MINSA + CTAR</i>	753	12,1	(5) 59	1 397	13,6	(5) 90
Seg. Social: Asegurados al 2001	817	6,8		858	7,4	(5) 128
Seg. Social: Asegurados al 2006				727	7,4	(5) 110
<i>Total: Seguro Social de Salud</i>	817	(1) 6,8	(5) 132	1 585	(2) 14,8	(5) 119
Sanidades FFAA y PNP	(e) 58	0,8		0	(3) 0	0
Sin cobertura institucionalizada	0	6,5				
TOTALES	(e) 1 628	26,1	(5) 65	(6) 2 982	28,4	(5) 105
Estrategia: Tendencia al Fondo Único, con prestadores públicos y privados						
(1) PEA 2001 = 10'701,000//PEA adec. empl. + 1 dependiente = (e) 9'631,000.						
(2) PEA 2006 = 12'204,000//PEA adec. empl. + 1 dependiente = (e) 10'984,000.						
(3) Las Sanidades de FFAA y PNP integrarían su fondo en el Seguro Social (Pág. 90).						
(4) Gasto de salud pública (colectiva)						
(5) Incluye gasto de salud pública (colectiva) para toda la población = (e) US \$ 12 per cápita.						
(6) Con este incremento del financiamiento el PBI en Salud se elevaría de 4.4% hasta 6 ó 7 %.						

Conforme avance la extensión de cobertura del seguro social hacia la meta del 50%, el Ministerio de Salud irá transfiriendo gradualmente su presupuesto al fondo del SIS para el financiamiento de la cobertura del 50% restante de la población. El presupuesto correspondiente a los gastos de salud pública colectiva no será transferido. De esta forma quedarán consolidados financieramente los dos fondos de seguro previstos.

Es importante señalar que el logro de la solidaridad, expresada en el largo plazo por el fondo de seguro social único, debe tener como contrapartida un manejo responsable y transparente de dicho fondo, con fiscalización de la sociedad civil para la mejora constante de los indicadores de gestión, que serán definidos concertadamente a iniciativa del Consejo Nacional de Salud.

Como se observa en la Tabla VIII, si bien el modelo de financiamiento considera dos fondos de seguro orientados a su mancomunación final en el largo plazo, con elevación sustancial del PBI en salud, es estrategia fundamental del SNDS la participación de múltiples prestadores públicos y privados.

○ **SEGURO SOCIAL DE SALUD: EXTENSIÓN DE COBERTURA**

a) Incorporación progresiva al Seguro Social de Salud de los comerciantes informales y familiares

Mediante una contribución de 1 a 2% sobre el importe de las compras que realicen, porcentaje a determinarse actuarialmente. La contribución o aporte se pagaría incluido en la factura de la compra-venta, lo que a su vez permitiría reducir drásticamente la evasión tributaria de los vendedores, con importante beneficio para el Estado. Se inscribirían en ESSALUD los trabajadores informales y familiares que presenten copias de facturas de un período de seis meses a nombre del titular, cuyo importe total supere el promedio mínimo mensual de aportes establecido actuarialmente. Trimestralmente, a fin mantener actualizado el seguro, el titular entregaría a ESSALUD copia de cada factura. Los trabajadores informales y familiares que contribuyan pero no alcancen el promedio mínimo mensual de aportes establecido, tendrían derecho a inscribirse en el Seguro Integral de Salud, debiendo ESSALUD transferir a éste tales aportes.

b) Perfeccionamiento de la administración de los seguros sociales de salud de grupos actualmente asegurados, como por ejemplo el seguro del trabajador del hogar

En este caso los empleadores pagarían las remuneraciones contra recibo en especie valorada que emitiría ESSALUD para el cobro de los aportes de ley y podría adquirirse en los bancos. El pago sin recibo, identificable por inspecciones periódicas o al momento de necesitar atención médica el trabajador, tendría fuertes sanciones para el empleador.

c) Incorporación de otros trabajadores y personas

- Trabajadores informales y familiares no comerciantes, a través de aportes sobre sus ventas o mediante asociaciones. Es importante señalar que todas las incorporaciones necesariamente deben contar con el sustento de estudios matemático actuariales, única manera de garantizar la estabilidad y el desarrollo del seguro social.

Al respecto, debe tenerse en cuenta que seguir incorporando mediante leyes específicas, en forma colectiva y con presiones de toda índole a grupos de trabajadores informales y familiares, pero sin estudio actuarial y sin financiamiento, es una práctica que debe evitarse porque necesariamente llevará al debilitamiento del Seguro Social de Salud, lo que impedirá toda extensión de cobertura.

- Sector asalariado formal bajo condiciones de contratación en cuarta categoría o a plazo fijo, y que no se encuentra asegurado. Los trabajadores contratados con la modalidad de servicios no personales en el Estado, ESSALUD y los “services”; que en realidad deberían estar bajo la modalidad de contrato a plazo fijo¹¹. Representa cerca de 300,000 trabajadores, que con sus dependientes suman aproximadamente 900,000 personas. El pago de la contribución a la seguridad social con parte de la actual contribución al FONAVI, puede lograr este objetivo, sin elevar los costos laborales.
- Seguro obligatorio de los independientes formales.
- Personas que poseen exclusivamente seguro privado.

d) Incorporación del personal de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional del Perú

Se menciona dentro del nuevo modelo coordinado y descentralizado de cuidado de la salud que mancomunar fondos con el principio de solidaridad beneficiaría a todos. Sin embargo, dada la autonomía que el Proyecto de Ley de Creación del Sistema Nacional Descentralizado de Salud reconoce y garantiza a todas las instituciones -en este caso a las Sanidades de las FFAA y PNP- esta posibilidad no deberá considerarse mientras la iniciativa no provenga de ellas mismas y se realicen los estudios actuariales pertinentes.

○ SEGURO INTEGRAL DE SALUD: IMPULSO A SU DESARROLLO

Es condición *sine qua non* para garantizar su éxito, diseñar cuidadosamente, proponer y aprobar un financiamiento factible. En un estudio inicial de Bardález y colaboradores, se estimó para un determinado plan de beneficios un costo estándar preliminar de US \$ 48 por persona por año ¹². Si se ajustara estos costos a US \$ 60 considerando errores de cálculo y una elevación del costo de los recursos humanos por incremento de salarios, se necesitaría US \$ 918'618,000 para subsidiar totalmente a los 15.3 millones de pobres (incluidos los 4.2 millones de personas en pobreza extrema)¹³. El presupuesto total del MINSa y CTAR en el 2001 fue de S/. 2,704'295,000 (US \$ 772'655,700), por lo que se necesitaría más que duplicar su presupuesto a S/. 6,430'326,000 (US \$ 1,837'236,000). Se considera la estructura de gasto ideal siguiente: un 50% en el seguro público, 25% en acciones de salud pública, 15% en gastos administrativos del sector y 10% en inversión.

De las estimaciones realizadas por la OPS y la Universidad Católica -que se analizaron en el *Problema N° 47-* el escenario posible más optimista para el 2006 (que requiere no sólo un crecimiento moderado de la economía a un ritmo de 3,8% del PBI, sino también que el presupuesto de salud crezca proporcionalmente dentro del presupuesto total del sector público) muestra que se alcanzaría US \$ 1,357 millones, que equivale al 74% de la meta total, por lo que se tendría que esperar hasta el 2011 para alcanzar la meta establecida. Por tanto, hasta el 2006 sería preciso focalizar la cobertura del Seguro Integral de Salud a la población con mayor severidad de pobreza.

Es necesario resaltar que no sólo se necesita un incremento de recursos, sino otras medidas adicionales:

¹¹ No existen estadísticas en el Ministerio de Trabajo de la magnitud de estos sectores, por lo cual se considera los siguientes estimados: 50,000 en el Ministerio de Educación, 25,000 en el Ministerio de Salud (10,000 en el PSBPT y 15,000 contratados directamente por las diversas unidades ejecutoras), 120,000 en otros sectores estatales, 5,500 en ESSALUD y 100,000 en empresas de “services” (en el Ministerio de Trabajo existen 60,000 registrados).

¹² Costo en condiciones óptimas de eficiencia de una atención protocolizada.

¹³ Se requiere estudios actuariales y financieros más detallados. El estimado comprende un subsidio total a pobres y extremadamente pobres.

- **El Seguro Integral de Salud debe entenderse como un nuevo fondo de financiamiento ligado a resultados de salud y la satisfacción de los usuarios. Ello implica integrar el actual financiamiento fragmentado de la atención del MINSA de múltiples programas de salud (insumos para la atención individual) con los fondos de los actuales seguros públicos.** Con esto se garantizaría que el financiamiento llegue directamente a los usuarios y se daría prioridad a los más pobres, concentrando en ellos el subsidio público.

- Hacer más eficiente el gasto, tanto de carácter administrativo como en la propia provisión de servicios de salud.

- **Establecer convenios con ESSALUD, los seguros privados y las Sanidades de las FFAA y PNP para la atención de sus asegurados en los servicios del MINSA del primer nivel.** Actualmente un 21% de los asegurados de ESSALUD y un 25% de los que tienen un seguro privado se atienden en los servicios del MINSA. Ello representa 1'400,000 asegurados de ESSALUD y 100,000 afiliados a seguros privados. Estos convenios permitirían ingresos al MINSA de cerca de US \$ 45 millones tan sólo por aquellos asegurados que actualmente están usando sus servicios¹⁴ y cerca de US \$ 185 millones por los 6.14 millones de personas no pobres que actualmente también lo hacen, permitiendo al Estado liberar importantes fondos que se están dirigiendo a ellos. En la medida en que sean aplicados es que se dispondrá de mayores fondos para la atención de los pobres.

- Por otro lado, es importante tener en consideración que no basta la tenencia formal de un seguro de salud, sino que es necesario el ejercicio de dicho derecho, el cual tiene que ver con el conocimiento y las facilidades para ejercerlo. Por ello, se requiere las medidas complementarias siguientes:

- Realizar acciones de información intensivas sobre el aseguramiento de salud en los grupos beneficiarios, dando a conocer los planes de beneficios, los procedimientos de afiliación, atención y de reclamos.

- Desarrollar mecanismos de afiliación universal de los beneficiarios a través del otorgamiento de un carné de atención.

- Introducir mecanismos modernos y ágiles de verificación de la identidad y acreditación de los beneficiarios para la atención.

Un problema adicional a resolver es la excesiva utilización de los servicios por los usuarios (es decir un uso superior al óptimo), en especial en ESSALUD para la atención especializada. Esto implica cambios en los aspectos de la propia provisión de servicios, haciendo que la puerta de entrada al sistema sea el nivel primario de salud. Para lograr un mayor aseguramiento en ESSALUD es indispensable que se resuelva en primer término la cobertura de atención de sus propios asegurados, para lo cual se requiere hacer más eficiente su gasto administrativo y reconfigurar su sistema de servicios, dando prioridad a la atención básica.

ACCIONES

Decisión política. Modificaciones de la Ley General de Salud N° 26842 y Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud N° 26790. Numerosas acciones a cargo del Ministerio de Salud, ESSALUD y el Consejo Nacional de Salud. Consultorías diversas.

¹⁴ Considerando un pago per cápita de US \$ 30 para atención básica.

PROBLEMA N° 49 - DEBILIDAD FINANCIERA Y ADMINISTRATIVA DE ESSALUD PARA AFRONTAR LOS NUEVOS RETOS

ESSALUD en los últimos veinte años no ha realizado estudios matemático actuariales por expertos reconocidos, brinda cobertura sólo al 51% de los asegurados titulares y derechohabientes, la atención que presta es fundamentalmente de niveles complejos y costosos, y desde hace cuatro años sufre el recorte de 25% de sus aportes a favor de las EPS para atención de capa simple, sin haberse hecho los estudios técnicos pertinentes.

PROPUESTA - BASES SÓLIDAS PARA EL FORTALECIMIENTO Y DESARROLLO DE ESSALUD

El sector salud y el país entero deben comprender que hacer realidad el derecho a la salud para todos los peruanos significa necesariamente fortalecer y desarrollar el Seguro Social de Salud. Son urgentes numerosos cambios, que deben comenzar con la incorporación decidida de ESSALUD al proceso de transformación y desarrollo que emprenderá el SNDS, estudios matemático actuariales serios, la reorganización administrativa y optimización de su gestión, y su vinculación con el sector salud para potenciar con gran sinergismo las acciones nacionales de salud, respetándose plenamente su autonomía.

ACCIONES

Decisión política. Modificaciones de la Ley N° 27056 de Creación de ESSALUD y la Ley N° 26790 de Modernización de la Seguridad Social en Salud. Numerosas acciones de ESSALUD. Realización de estudios matemático actuariales. (En el Anexo E.3 se incluye copia del Oficio N° 1,011-PE-ESSALUD-2001 que el Dr. Ignacio Basombrío Zender, Presidente Ejecutivo de ESSALUD, dirigió al señor Daniel Martínez de la Organización Internacional de Trabajo, solicitando asistencia técnica con el fin de efectuar los estudios necesarios para determinar la tasa de aportación que permita garantizar el cumplimiento de la misión institucional).

PROBLEMA N° 50 - MODIFICACIONES EN LOS APORTES A ESSALUD

En los últimos años, **sin estudios actuariales**, se han producido modificaciones legales y numerosos intentos para variar los aportes de ESSALUD, que afectan su desarrollo:

- Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud N° 26790 de 1997 que crea las Entidades Prestadoras de Salud - EPS y determina un crédito de 25% sobre los aportes a favor de las EPS.
- Pedido de incremento del importe del crédito de 25% sobre los aportes a que se refiere el Artículo 15° de la Ley 26790, que ha formulado la Superintendencia de las EPS.
- Ley N° 26504 de 1995 que diferencia los aportes, pasando a cargo de los trabajadores la totalidad del aporte a pensiones y a cargo de los empleadores la totalidad del aporte a salud.
- Como resultado de la diferenciación mencionada en el punto anterior, desde 1995 se viene haciendo diversas exigencias públicas para la reducción de 9 a 6% de los aportes de los empresarios a ESSALUD, calificándolos de sobrecosto.
- Existencia de varios proyectos de Ley en el Congreso de la República que plantean la incorporación de diversos nuevos grupos de población con empleo informal y derechohabientes, con aportes para ESSALUD que varían de 4 a 9%.

PROPUESTA - DIFERIR TODA MODIFICACIÓN DE APORTES MIENTRAS NO SE REALICEN ESTUDIOS ACTUARIALES

Mientras no se efectúen los estudios matemático actuariales de ESSALUD por reconocidos expertos, debe diferirse toda nueva modificación de los aportes; y en su oportunidad se debe realizar los cambios pertinentes.

ACCIONES

Decisión política y acciones del Ministerio de Salud, ESSALUD y el Consejo Nacional de Salud. Opinión técnica solicitada a OIT por la Comisión de Alto Nivel, cuya copia se incluye en el Anexo E.4.

PROBLEMA Nº 51 - SOLICITUD DE INCREMENTO DEL CRÉDITO SOBRE LOS APORTES A FAVOR DE LAS EPS Y SITUACIÓN DE LAS MISMAS

La Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud ha solicitado incrementar el crédito sobre los aportes que reciben las EPS. Sucede que después de cuatro años de creadas, el desarrollo de las EPS es discreto e inestable. A noviembre de 2001, en el seguro privado de salud las EPS sólo tenían 227,505 afiliados regulares, cifra que tiende a disminuir (-5.4% con respecto a noviembre 2000), y 101,120 afiliados en el seguro complementario de trabajo de riesgo. En el seguro privado de salud el mencionado número de afiliados representa apenas el 0.88% de la población peruana, lo cual no es significativo. Chile alcanzó más de 30% de su población y Colombia logró más de 50%, en los respectivos sistemas de aseguramiento.

PROPUESTA - EVALUACIÓN DE LAS EPS

Los trascendentes cambios que se propone en el presente Informe consideran una participación pública y privada crecientes, aceptadas por toda la población. En el caso de las EPS esto no parece estar ocurriendo actualmente. Por tanto, resulta necesaria su evaluación y poder determinar la mejor forma de desarrollo y financiamiento del subsector privado en salud, sin que éste se deba hacer a expensas del debilitamiento del financiamiento público.

ACCIONES

A cargo del Ministerio de Salud. Consultoría a OIT.

J. CONCLUSIONES

1. Si tenemos una visión clara de lo que nuestro Sistema Nacional Descentralizado de Salud - SNDS puede y debe lograr con los conocimientos actuales, y convicción para hacerlo, el reto ante esta realidad es inmenso. Pero es también una gran oportunidad para asumirlo como nación.
2. El Sistema Nacional Descentralizado de Salud - SNDS tiene por finalidad proponer la construcción concertada de la política nacional de salud, coordinar los planes y programas de las instituciones del sector, descentralizar el cuidado integral de la salud y avanzar hacia la seguridad social universal en salud.
3. El Consejo Nacional de Salud será el órgano de concertación y coordinación nacional del SNDS.

4. La municipalización coordinada en los sistemas locales de salud implica la transferencia a las municipalidades de los servicios públicos de salud comprendiendo autoridad y recursos, con la obligación de concertar y articular acciones así como de compartir competencias y responsabilidades en los Comités Regionales y Provinciales de Salud.
5. Los modelos de cuidado de la salud tienen especial importancia para el buen desempeño de los sistemas de salud. El nuevo modelo se sustenta en la ciudadanía plena en salud, en los principios de solidaridad, universalidad, equidad e integridad de la atención y en el desarrollo coordinado y descentralizado del SNDS, con prioridad del nivel local.
6. La solidaridad es condición sine qua non para la vigencia de todos los demás principios y sustento del sistema de salud, por lo que es el principio fundamental. Comprenderlo es indispensable para el éxito de esta crucial reforma de salud.
7. Por el gran riesgo económico que representan los problemas de salud, principalmente las enfermedades catastróficas, tanto en costos de atención como en pérdidas de ingresos para las familias, el objetivo a largo plazo -con base en la solidaridad- es el seguro social de salud para toda la población.
8. El financiamiento del seguro universal de salud debe hacerse en forma progresiva mediante el desarrollo de dos fondos, que en el largo plazo se mancomunen en un fondo único. Este financiamiento implica dos prioridades: el fortalecimiento del Seguro Social de Salud - ESSALUD y el desarrollo del Seguro Integral de Salud - SIS.
9. En ESSALUD es prioritaria la incorporación de los trabajadores informales y familiares pertenecientes a la PEA adecuadamente empleada. La meta a 5 años es cubrir a alrededor del 50% de la población peruana.
10. En el SIS es indispensable orientar el subsidio público al financiamiento del seguro gratuito de la población en extrema pobreza, y parcialmente a todos los que no tienen seguro social. La meta a 5 años es la cobertura del 50% restante de la población.
11. Conforme avance la extensión de cobertura del seguro social hacia la meta del 50%, el Ministerio de Salud irá transfiriendo gradualmente su presupuesto al fondo del SIS para el financiamiento de la cobertura del 50% restante de la población. El presupuesto correspondiente a los gastos de salud pública colectiva no será transferido. De esta forma quedarán consolidados financieramente los dos fondos de seguro previstos.
12. Tomando como base un estudio que vienen realizando el Departamento de Economía de la Pontificia Universidad Católica y la OPS, resulta evidente que sólo con un esfuerzo fiscal y asegurador en conjunto se puede cumplir las metas establecidas.
13. El logro de la solidaridad, expresada en el largo plazo por el fondo de seguro social único, debe tener como contrapartida un manejo responsable y transparente de dicho fondo, con fiscalización de la sociedad civil para la mejora constante de los indicadores de gestión, que serán definidos concertadamente a iniciativa del Consejo Nacional de Salud.

14. Al convertirse la seguridad social en el objetivo fundamental de todo el SNDS y de esta gran reforma de salud peruana, resulta imprescindible que la vinculación sectorial de ESSALUD se realice con el Ministerio de Salud y no con el Ministerio de Trabajo, como es en la actualidad. Mantener la duplicación sectorial de salud vigente, con doble rectoría, sólo conduciría a nuevas y grandes frustraciones. Evidentemente, esta vinculación deberá hacerse con el pleno respeto de la autonomía que establece el Proyecto de Ley de Creación del SNDS.
15. Mientras no se efectúen los estudios matemático actuariales de ESSALUD por reconocidos expertos, debe diferirse toda nueva modificación de los aportes; y en su oportunidad se debe realizar los cambios pertinentes.
16. Si bien el modelo de financiamiento considera dos fondos de seguro orientados a su mancomunación final en el largo plazo, con elevación sustancial del PBI en salud, es estrategia fundamental del SNDS la participación de múltiples prestadores públicos y privados.
17. El subsistema de servicios de salud será organizado descentralizadamente en redes de servicios por niveles de atención y complejidad, con categorización y nomenclatura única de sus establecimientos.
18. Por contar el Ministerio de Salud con 5,316 Puestos de Salud, el SNDS tiene la gran oportunidad de dotarlos con equipamiento adecuado y transformarlos en Puestos Médicos, crear y desarrollar el Servicio de Medicina y Salud Comunitaria - SERMEC, y realizar gradualmente el proceso de incorporar a médicos generales integrales y enfermeras generales.
19. El SNDS promoverá la coordinación efectiva y la complementación de las instituciones prestadoras de servicios de salud, estableciendo mecanismos de uso compartido de servicios a través del intercambio y compra-venta de los mismos entre todas las instituciones públicas y privadas. Esto requiere aprobar la clasificación única de enfermedades, el tarifario por servicios y el formato único de historia clínica.
20. Para lograr la accesibilidad de todos a medicamentos de calidad, se requiere un Petitorio de Medicamentos Esenciales del SNDS, aprobado por el Consejo Nacional de Salud, que será el documento referencial para la elaboración de petitorios institucionales y locales.
21. Se dará prioridad a los medicamentos genéricos con garantía de calidad. La negociación y las adquisiciones se harán coordinadamente por todo el sistema de salud en el nivel central, acorde al principio de subsidiariedad y con pleno respeto a las autonomías institucionales.
22. Igualmente acorde al principio de subsidiariedad y con pleno respeto a las autonomías institucionales, la idea es que se efectúe la compra anual a través de una oficina especializada dirigida por personal de comprobada honradez, que recibirá los requerimientos de todas las instancias y convocará a licitación por producto o servicio. La compra estará estandarizada; es decir, será de las mismas características en todas las dependencias.
23. El desarrollo de estándares es la parte esencial de todo el subsistema de información coordinada en salud. Su construcción e implementación exige activa coordinación entre las instituciones.

ANEXOS

A. TRANSICIÓN EN EL CORTO PLAZO PARA ASEGURAR LA CONTINUIDAD DEL PROCESO

- ✓ ***EN CASO DE SER POSIBLE LOGRAR LA APROBACIÓN DE LA NUEVA LEY DEL SISTEMA DE SALUD EN LA LEGISLATURA DE MARZO-ABRIL DE 2002***

A fin de garantizar la continuidad del proceso reiniciado de concertación, coordinación y organización del Sistema Nacional de Salud, extender el plazo de la Comisión de Alto Nivel, la cual concluiría sus funciones al instalarse el Consejo Nacional de Salud.

- ✓ ***EN CASO DE NO SER POSIBLE LOGRAR LA APROBACIÓN DE LA NUEVA LEY DEL SISTEMA DE SALUD EN LA LEGISLATURA DE MARZO-ABRIL DE 2002***

Designar una nueva Comisión de Alto Nivel con la composición y funciones establecidas para el Consejo Nacional de Salud en los Artículos 4º al 6º del Proyecto de Ley de Creación del Sistema Nacional Descentralizado de Salud, que se incluye en el Anexo B.3 del presente Informe. Esta Comisión seguiría en funciones hasta la aprobación de la Ley y la instalación del Consejo Nacional de Salud.

B. PROYECTOS DE LEY Y OTROS

1. PROYECTO DE LEY DE CREACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DESCENTRALIZADO DE SALUD - SNDS

EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA

Ha dado la Ley siguiente:

Artículo 1º Créase en el sector salud el Sistema Nacional Descentralizado de Salud - SNDS con la finalidad de proponer la construcción concertada de la política nacional de salud, coordinar los planes y programas de las instituciones del sector, descentralizar el cuidado integral de la salud y avanzar hacia la seguridad social universal en salud.

Artículo 2º El SNDS está conformado por el Ministerio de Salud como órgano rector, el Seguro Social de Salud, los servicios de salud de las municipalidades, las sanidades de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional, los servicios de salud del sector privado, las universidades y la sociedad civil organizada; su participación es obligatoria y se realiza sin perjuicio de la autonomía jurídica, técnica, administrativa, económica y financiera así como de las atribuciones que les confieren la Constitución Política y la Ley.

Artículo 3º El SNDS tiene niveles de organización nacional, regional y local, con prioridad de desarrollo de este último.

Artículo 4º El Consejo Nacional de Salud es el órgano de concertación y coordinación nacional del SNDS. Son funciones del Consejo Nacional de Salud:

- a) Proponer la política nacional de salud como parte de la política nacional de desarrollo.

- b) Asumir la responsabilidad de la concertación y coordinación intra e intersectorial en el ámbito de la salud.
- c) Velar por el cumplimiento de la finalidad y funciones del SNDS.
- d) Proponer las prioridades nacionales en salud.
- e) Promover una distribución equitativa de los recursos.
- f) Propiciar la orientación de los recursos disponibles y de la cooperación internacional de salud con base en las prioridades nacionales.
- g) Determinar los niveles de atención del SNDS.
- h) Aprobar la memoria anual, que será presentada por el Presidente del Consejo.

Artículo 5º El Consejo Nacional de Salud es presidido por el Ministro de Salud o su representante y está integrado por otros nueve miembros, que representan respectivamente al Ministerio de Salud, Seguro Social de Salud, asociaciones de municipalidades del Perú, sanidades de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional, servicios de salud del sector privado, Asamblea Nacional de Rectores, Colegio Médico del Perú, trabajadores del sector y organizaciones sociales de la comunidad. Se reúne por lo menos una vez al mes por convocatoria del presidente, y en forma extraordinaria cuando lo soliciten por escrito cinco de sus miembros. El quórum es de seis miembros. Los acuerdos se toman con un mínimo de cinco votos. En caso de empate en la votación el presidente tiene doble voto.

Artículo 6º El Consejo Nacional de Salud constituye los comités nacionales de servicios de salud; información y planificación coordinadas; medicamentos; articulación docencia-atención de salud-investigación; y otros que estime pertinentes de acuerdo a sus fines. Para ser miembro de los comités no es requisito pertenecer al Consejo. El Consejo Nacional de Salud tiene el apoyo de la Secretaría de Coordinación.

Artículo 7º Los niveles regional y local del Sistema Nacional Descentralizado de Salud - SNDS se organizan acorde al modelo de municipalización coordinada en los sistemas locales de salud, que implica la transferencia a las municipalidades de los servicios públicos de salud comprendiendo autoridad y recursos, con la obligación de concertar, coordinar y articular acciones así como de compartir competencias y responsabilidades en los Comités Regionales y Locales de Salud, para decidir la programación, ejecución y evaluación de las acciones de salud en el ámbito correspondiente, conforme a la Política Nacional de Salud y la Ley.

Artículo 8º Los servicios públicos de salud se transferirán gradualmente, pudiendo serlo en su totalidad. La oportunidad de transferir cada servicio dependerá de la capacitación integral del personal que tendrá la responsabilidad de conducirlo y articular sus acciones con los demás servicios del SNDS.

Artículo 9º El Comité Regional de Salud, perteneciente a la Región, es el órgano de concertación, coordinación y articulación regional del SNDS. Tiene las funciones siguientes:

- a) Asumir la responsabilidad de la conducción, concertación, coordinación, articulación, planificación estratégica, gestión y evaluación de todas las actividades de salud y niveles de atención de la Región que esté en condición de realizar, acorde a su complejidad y al principio de subsidiariedad.
- b) Cumplir y hacer cumplir en el nivel regional la finalidad y funciones del SNDS, los acuerdos del Consejo Nacional de Salud y sus propias disposiciones.
- c) Proponer las prioridades regionales de salud.
- d) Velar por la organización y funcionamiento de los Comités Provinciales de Salud y de los niveles de atención de su jurisdicción.

Artículo 10º El Comité Regional de Salud es presidido por la autoridad regional de salud y está integrado por un máximo de otros nueve miembros que representan respectivamente al Ministerio de Salud, Seguro Social de Salud, asociaciones de municipalidades del Perú, sanidades de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional, servicios de salud del sector privado,

Asamblea Nacional de Rectores, Colegio Médico del Perú, trabajadores del sector y organizaciones sociales de la comunidad. Se reúne por lo menos una vez al mes por convocatoria del presidente, y en forma extraordinaria cuando lo soliciten por escrito cuatro de sus miembros. El quórum es el número entero superior a la mitad de los miembros designados. Los acuerdos se toman con un mínimo de cinco votos. En caso de empate en la votación corresponde al presidente doble voto. Tiene un Sub-Comité de Gestión conformado con un máximo de siete miembros que representan a los servicios de salud y la comunidad del respectivo ámbito; el Sub-Comité es presidido por un funcionario técnico representante de los servicios elegido anualmente por el Comité Regional.

Artículo 11º El Comité Provincial de Salud es el órgano de concertación, coordinación y articulación provincial, ámbito que conjuntamente con los distritos y centros poblados constituyen el nivel local y la prioridad del SNDS. Tiene las funciones siguientes:

- a) Asumir la responsabilidad de la conducción, concertación, coordinación, articulación, planificación estratégica, gestión y evaluación de todas las actividades de salud y niveles de atención de la localidad que esté en condición de realizar, acorde a su complejidad y al principio de subsidiariedad.
- b) Cumplir y hacer cumplir en el nivel local la finalidad y funciones del SNDS, los acuerdos del Consejo Nacional de Salud y del Comité Regional de Salud y sus propias disposiciones.
- c) Proponer las prioridades locales de salud.
- d) Velar por la organización y funcionamiento de los niveles de atención de su jurisdicción.

Artículo 12º El Comité Provincial de Salud es presidido por el Alcalde o su representante y está integrado por un máximo de otros nueve miembros que representan respectivamente a la Municipalidad, Ministerio de Salud, Seguro Social de Salud, sanidades de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional, servicios de salud del sector privado, Asamblea Nacional de Rectores, Colegio Médico del Perú, trabajadores del sector y organizaciones sociales de la comunidad. Se reúne por lo menos una vez al mes por convocatoria del presidente, y en forma extraordinaria cuando lo soliciten por escrito cuatro de sus miembros. El quórum es el número entero superior a la mitad de los miembros designados. Los acuerdos se toman con un mínimo de cinco votos. En caso de empate en la votación corresponde al presidente doble voto. Tiene un Sub-Comité de Gestión conformado con un máximo de siete miembros que representan a los servicios de salud y la comunidad del respectivo ámbito; el Sub-Comité es presidido por un funcionario técnico representante de los servicios elegido anualmente por el Comité Provincial.

Disposiciones Transitorias y Finales

Primera.- El Reglamento se expedirá por Decreto Supremo en el término de noventa días de publicada la presente Ley, a propuesta del Consejo Nacional de Salud bajo responsabilidad.

Segunda.- La designación de cada uno los representantes de las asociaciones de municipalidades, los servicios de salud del sector privado, los trabajadores del sector y las organizaciones sociales de la comunidad en el Consejo Nacional de Salud, se normará por Resolución Ministerial de Salud en el término de treinta días de publicada la presente Ley, bajo responsabilidad. Para el efecto, el Ministro de Salud convocará a los interesados y promoverá el consenso. El Consejo se instala al acreditarse un mínimo de cinco miembros además del Ministro.

Tercera.- La designación de los representantes de las asociaciones de municipalidades, los servicios de salud del sector privado, los trabajadores del sector y las organizaciones sociales de la comunidad en los Comités Regional y Provincial de Salud será normada por el Reglamento.

Cuarta.- Toda mención al Sistema Nacional de Salud en la Ley N° 27657 y en otros dispositivos legales y normas administrativas, se entenderá referida al Sistema Nacional Descentralizado de Salud.

Quinta.- Derógase toda disposición legal que se oponga a la presente Ley.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

El sistema de salud está segmentado y desorganizado en el Perú, lo que dificulta la rectoría, impide articular eficazmente las acciones de los prestadores de servicios de salud y es causa de duplicaciones e ineficiencia. El Ministerio de Salud, el Seguro Social, las municipalidades, las sanidades de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional, el sector privado y la comunidad actúan aislada y descoordinadamente, lo que no permite al sector salud ser eficiente y actuar en armonía.

El Informe 2000 sobre la Salud en el Mundo de la Organización Mundial de la Salud, que busca mejorar el desempeño de los sistemas de salud, colocó a éstos en el orden del día de todas las naciones. Evaluados conjuntamente los 191 sistemas de salud de los países miembros, se vieron por primera vez unos frente a otros mostrando sus avances o atrasos, sus virtudes y defectos. En el caso del sistema de salud del Perú, la evaluación dio como resultado en cuanto a la capacidad de respuesta del sistema que ocupemos el lugar 172, mientras que en la equidad en el financiamiento nos corresponda el lugar 184 entre los 191 países, ratificando de esta manera una situación que no debe continuar.

Hace varios años que se promulgó la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud - Decreto Legislativo N° 584, mediante la cual se constituye el Consejo Nacional de Salud como órgano de coordinación del Sistema Nacional de Salud (Art. 11°). Sin embargo, se omitió dar las normas para definir y organizar dicho Sistema. Como consecuencia de la inacción señalada, se llegó a extremos insospechados en el aislamiento de las instituciones y la ineficiencia del Sistema.

De otro lado, esta segmentación es aliada del grave centralismo existente, pues una descentralización no puede hacerse sin coordinar eficazmente los niveles de organización local, regional y nacional; así como los niveles de atención para la referencia y contrarreferencia de pacientes según la complejidad de sus dolencias.

La organización del sistema de salud deviene pues indispensable. Por ello, con fecha 08 de agosto de 2001 el Gobierno constituyó una Comisión de Alto Nivel encargada de reiniciar el proceso de organización del Sistema Nacional de Salud, fijándosele el plazo de 150 días para cumplir su labor. Concluido este plazo y alcanzado el objetivo, resulta ahora necesario que comience a funcionar un moderno Sistema y se instale el Consejo Nacional de Salud para fortalecer y proseguir el importante proceso de concertación y coordinación iniciado, el cual se está desarrollando plenamente con la valiosa colaboración y aportes de todas las instituciones y personas participantes.

Por tanto, en concordancia con el artículo 9° de la Constitución Política -que establece que el Estado es responsable de diseñar y conducir la política nacional de salud en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud-, se presenta el Proyecto de Ley de Creación del Sistema Nacional Descentralizado de Salud - SNDS en el sector salud, con la finalidad de proponer la construcción concertada de la política nacional de salud, coordinar los planes y programas de las instituciones del sector, descentralizar el cuidado integral de la salud y avanzar hacia la seguridad social universal en salud.

El SNDS está conformado por el Ministerio de Salud como órgano rector, el Seguro Social de Salud, los servicios de salud de las municipalidades, las sanidades de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional, los servicios de salud del sector privado, las universidades y la sociedad civil organizada; su participación es obligatoria y se realiza sin perjuicio de la autonomía jurídica, técnica, administrativa, económica y financiera así como de las atribuciones que les confieren la Constitución Política y la Ley. El Sistema tiene niveles de organización nacional, regional y local, con prioridad de desarrollo de este último.

El Consejo Nacional de Salud es el órgano de concertación y coordinación nacional del SNDS. Es presidido por el Ministro de Salud o su representante y está integrado por otros nueve miembros, que representan respectivamente al Ministerio de Salud, Seguro Social de Salud, las asociaciones de municipalidades del Perú, sanidades de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional, servicios de salud del sector privado, Asamblea Nacional de Rectores, Colegio Médico del Perú, trabajadores del sector y organizaciones sociales de la comunidad. Se reúne por lo menos una vez al mes por convocatoria del presidente, y en forma extraordinaria cuando lo soliciten por escrito cinco de sus miembros. El quórum es de seis miembros. Los acuerdos se toman con un mínimo de cinco votos. En caso de empate en la votación el presidente tiene doble voto.

El Proyecto plantea que los niveles regional y local se organicen acorde al modelo de municipalización coordinada en los sistemas locales de salud, que implica la transferencia a las municipalidades de los servicios públicos de salud comprendiendo autoridad y recursos, con la obligación de concertar y articular acciones así como de compartir competencias y responsabilidades en los Comités Regionales y Provinciales de Salud, para decidir la programación, ejecución y evaluación de las acciones de salud en el ámbito correspondiente, conforme a la Política Nacional de Salud y la Ley. En los Comités participan las instituciones públicas y privadas prestadoras de servicios de salud, así como las organizaciones de la comunidad. De esta manera se promueve desde el inicio, la participación de todos en las decisiones y el desarrollo de una seguridad social creciente, la que no debe aislarse del proceso de descentralización en salud si se quiere garantizar el éxito del mismo.

Los servicios públicos de salud se transferirán gradualmente, pudiendo serlo en su totalidad. La oportunidad de transferir cada servicio dependerá de la capacitación integral del personal que tendrá la responsabilidad de conducirlo y articular sus acciones con los demás servicios del SNDS.

El Comité Regional de Salud, perteneciente a la Región, es el órgano de concertación, coordinación y articulación regional del SNDS que tiene entre otras funciones la de asumir la responsabilidad de la conducción, concertación, coordinación, articulación, planificación estratégica, gestión y evaluación de todas las actividades de salud y niveles de atención de la Región que esté en condición de realizar, acorde a su complejidad y al principio de subsidiariedad. Es presidido por la autoridad regional de salud y está integrado por un máximo de otros nueve miembros que representan a las mismas instituciones y organizaciones que conforman el Consejo Nacional de Salud. Se considera asimismo el apoyo de un Sub-Comité de Gestión conformado con un máximo de siete miembros que representan a los servicios de salud y la comunidad del respectivo ámbito; el Sub-Comité es presidido por un funcionario técnico representante de los servicios elegido anualmente por el Comité Regional.

El Comité Provincial de Salud es el órgano de concertación, coordinación y articulación provincial, ámbito que conjuntamente con los distritos y centros poblados constituyen el nivel local y la prioridad del SNDS. Tiene entre otras la función de asumir la responsabilidad de la conducción, concertación, coordinación, articulación, planificación estratégica, gestión y evaluación de todas las actividades de salud y niveles de atención de la localidad que esté en condición de realizar, acorde a su complejidad y al principio de subsidiariedad. Es

presidido por el Alcalde o su representante y está integrado por un máximo de otros nueve miembros que representan a las mismas instituciones y organizaciones que conforman el Consejo Nacional de Salud, con excepción de la asociación de municipalidades del Perú a fin de que esté representado el correspondiente municipio. Se considera asimismo el apoyo de un Sub-Comité de Gestión conformado con un máximo de siete miembros que representan a los servicios de salud y la comunidad del respectivo ámbito; el Sub-Comité es presidido por un funcionario técnico representante de los servicios elegido anualmente por el Comité Provincial.

Entre las Disposiciones Transitorias y Finales se establece que el Reglamento se expedirá por Decreto Supremo en el término de noventa días de publicada la Ley, a propuesta del Consejo Nacional de Salud bajo responsabilidad.

La Ley propuesta implica ahorros significativos, pues únicamente tendrá el gasto de creación de la Secretaría de Coordinación en el Ministerio de Salud y contribuirá grandemente a la reducción de gastos y a una mejor relación costo-beneficio en todas las instituciones participantes, como consecuencia de la eficiencia a lograrse mediante la concertación y coordinación de esfuerzos.

2. PROYECTO DE LEY DE INCREMENTO DE RECURSOS PARA EL SECTOR SALUD

EL CONGRESO DE LA REPÚBLICA

Ha dado la Ley siguiente:

Artículo 1º El Poder Ejecutivo, bajo responsabilidad, aplica una tasa de descuento de 3.5% sobre la suma de recursos consignados en los Pliegos de Egresos del presupuesto del Sector Público mediante la modalidad de “transferencia financiera”, conforme el artículo 14 inc. C) de la Ley 27209.

Artículo 2º La suma de recursos que arroje ese descuento de 3.5% se aplica cada año fiscal a la formación e incremento de un fondo de fideicomiso destinado al sector salud. La ley reglamentará el uso y finalidades de dicho Fondo de Fideicomiso.

Artículo 3º Para la aplicación de la presente ley se considera la masa total de egresos -con excepción de los dedicados a salud y educación- a que se refiere el Artículo 1º, el total de egresos de los Pliegos del Gobierno Central y de las Instancias Descentralizadas que están consignados en el Presupuesto del Sector Público de cada año.

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS

Siendo el subsector público uno de los elementos del Sistema Nacional Descentralizado de Salud, el aumento de su capacidad de financiamiento, por encima de sus actuales niveles, implicaría a su vez un aumento de la capacidad de atención de salud del sistema en su conjunto. Ese aumento podría lograrse sin forzar la capacidad tributaria de la economía global del país mediante un simple ajuste de eficiencia del gasto público en sus actuales niveles.

Se acostumbra medir la contribución de un país a la atención de salud comparando los porcentajes o porción del PBI que se le dedica. Este procedimiento mide los recursos nacionales dedicados a la salud en el contexto de la economía global de ese país.

Una medición más adecuada podría hacerse, sin embargo, acudiendo a la porción de los recursos públicos que los gobiernos dedican a la atención de salud. En nuestro caso, el indicador del PBI depende de muchos factores y no ha sido calculado debidamente. El indicador del gasto público es, sin duda, más preciso. Se obtiene esta medición comparando los porcentajes que se dedican a la salud en los presupuestos nacionales comparándolos con los que se dedican a otras urgencias u opciones del gasto público. En el Perú de las últimas décadas estos porcentajes no han guardado relación coherente con el aumento de la población, evolución epidemiológica y desarrollo de las tecnologías médicas. Tampoco con las necesidades de las diversas zonas geográficas del país. Las Tablas IX y X muestran sin necesidad de mayores explicaciones la situación de los gastos en salud.

TABLA IX

**PRESUPUESTO 2001: PRINCIPALES PROGRAMAS DE SALUD
(ESTRUCTURA PORCENTUAL)**

DEPARTAMENTOS	SALUD COLECTIVA	SALUD INDIVIDUAL	SANEAMIENTO	TOTAL
AMAZONAS	0,4	0,3	0,2	0,3
ANCASH	0,8	1,9	0,4	4,6
APURIMAC	0,4	0,6	0,0	0,5
AREQUIPA	2,0	2,1	0,6	1,9
AYACUCHO	0,3	0,7	0,4	0,6
CAJAMARCA	0,5	1,0	0,3	0,8
CUSCO	1,4	1,3	0,2	1,1
HUANCAVELICA	0,4	0,4	0,2	0,3
HUANUCO	0,3	1,0	0,4	0,8
ICA	0,3	1,6	0,2	1,2
JUNIN	2,2	1,8	0,4	1,6
LA LIBERTAD	0,6	2,5	0,2	1,9
LAMBAYEQUE	0,9	1,0	0,2	0,8
LIMA	81,9	75,2	88,8	78,1
LORETO	1,0	1,5	1,5	1,4
MADRE DE DIOS	0,2	0,3	0,4	0,3
MOQUEGUA	0,1	0,5	0,3	0,4
PASCO	0,2	0,3	0,2	0,3
PIURA	1,9	1,3	3,7	1,8
PUNO	1,6	1,7	0,1	1,4
SAN MARTIN	1,3	1,2	0,0	1,0
TACNA	0,3	0,8	0,2	0,6
TUMBES	0,3	0,2	1,0	0,4
UCAYALI	0,7	0,8	0,1	0,7
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0

FUENTE: REV. FCG UNMSM PAG. 15 Y PAG 13. J. SIERRA CONTRERAS "HACIA UN PRESUPUESTO GENERAL DE LA REP. DESCENTRALIZADO"

TABLA X

**PRESUPUESTO GENERAL DE LA REPÚBLICA
DEDICADO AL SECTOR SALUD 1945-1995**

(PORCENTAJES)

AÑOS	%	AÑOS	%
1945	4,30	1973	7,94
1946	4,55	1974	7,94
1947	7,55	1975	4,46
1948	7,77	1976	4,46
1949	7,96	1977	5,22
1950	6,94	1978	4,46
1951	6,91	1979	4,01
1952	11,22	1980	3,85
1953	11,29	1981	4,37
1954	12,34	1982	4,62
1955	11,59	1983	4,10
1956	10,70	1984	4,40
1957	10,34	1985	4,17
1958	10,48	1986	6,44
1959	14,41	1987	5,83
1960	14,50	1988	8,48
1961	13,62	1989	2,73
1962	10,40	1990	7,40
1963	13,72	1991	4,03
1964	6,94	1992	3,48
1965	5,99	1993	3,58
1966	5,24	1994	2,76
1967	6,67	1995	5,83
1968	4,73	1996	
1969	5,62	1997	
1970	5,62	1998	
1971	5,61	1999	
1972	5,61	2000	

3. PROCEDIMIENTO SUGERIDO PARA LA ELABORACIÓN Y APROBACIÓN DE LAS NUEVAS LEYES DE SALUD, INCLUSIVE DE SALUD EN LA SEGURIDAD SOCIAL

En diversas Propuestas del presente Informe se fundamenta la necesidad de modificar las leyes siguientes:

- a) Ley General de Salud N° 26842,
- b) Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud N° 26790, y
- c) Ley de Creación de ESSALUD N° 27056.

Por tratarse de temas técnicos así como por la posible diversidad de opiniones, la preparación de las modificaciones constituye una tarea compleja y puede tener serios retrasos, que postergarían el dar nuevo impulso al actual proceso de transformación y desarrollo en salud.

A fin de promover el consenso, facilitar la elaboración técnica y lograr la pronta aprobación de estas leyes, se sugiere tener en cuenta un exitoso procedimiento que se utilizó en enero de 1985 para la formulación y aprobación de la Ley de Política Nacional de Población, posteriormente promulgada por Decreto Legislativo N° 346 vigente hasta la fecha. En aquella oportunidad el Congreso de la República constituyó una Comisión integrada por cinco Senadores, cinco Diputados y cinco Delegados del Poder Ejecutivo para que elaborara el proyecto de Ley, y delegó en el Poder Ejecutivo la facultad de aprobarlo y promulgarlo en el plazo de 180 días, lo que en efecto se hizo.

Para el caso de la modificación de las leyes referidas se puede hacer lo propio, delegando en el Poder Ejecutivo la facultad de aprobarlo y promulgarlo, acorde al Artículo 104° de la Constitución Política. La Comisión podría constituirse con cinco Congresistas miembros de la Comisión de Salud, Población, Familia y Personas con Discapacidad así como cinco Congresistas miembros de la Comisión de Seguridad Social, ambas del Congreso de la República, y cinco Delegados del Poder Ejecutivo. El plazo de la facultad de aprobación y promulgación podría ser igualmente de 180 días.

C. PERFIL OCUPACIONAL DEL MÉDICO GENERAL INTEGRAL

El Médico General Integral tiene conocimientos, habilidades y destrezas para realizar un cuidado de la salud integral, científico, humanitario y ético. Atiende a la persona en el contexto de su familia y de la comunidad de la que forma parte. Es competente clínicamente para proporcionar la mayor parte del cuidado requerido por las personas, en forma continuada y con un enfoque no solo biológico, sino también social y ambiental. Tiene asimismo la capacidad de conducir, administrar y tomar decisiones con relación al desempeño de los servicios de salud. El perfil ocupacional del Médico General Integral comprende dos áreas de trabajo:

✓ ÁREA DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS DE SALUD

1. Su formación general integral abarca las especialidades de Medicina Interna, Cirugía General, Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Medicina Legal, Salud Pública y Administración de Servicios de Salud, estando en capacidad de resolver alrededor

del 80% de los problemas de salud con acciones de promoción, protección y recuperación de la salud.

2. Dirige sus acciones a la persona, la familia y la comunidad, considerando que los factores determinantes de enfermedad más relevantes -estilos de vida, factores sociales y ambientales- sólo pueden ser modificados por acciones conjuntas dirigidas al individuo, a los grupos poblacionales y al ambiente.
3. Está en condición de resolver en los primeros niveles de atención los problemas prevalentes de salud, con adecuados conocimientos y competencias, y con los criterios necesarios para la referencia y contrarreferencia oportuna y apropiada a los niveles de mayor complejidad.
4. Al estar capacitado en el manejo de los problemas de salud de mayor prevalencia, brinda atención continuada durante todo el ciclo de vida de la persona (salud del niño, del adolescente, de la madre, del adulto y del adulto mayor).
5. Maneja conocimientos y procedimientos básicos de diferentes especialidades médicas, que le permiten desarrollar un mejor enfoque de unidad clínica en la atención, así como facilitar la coordinación y el entendimiento entre diferentes especialistas.
6. Desarrolla conocimientos y competencias que permiten identificar e investigar los problemas de salud de la comunidad y los factores que los condicionan, a fin de actuar sobre ellos.
7. Está en capacidad de abordar los problemas de salud en sus dimensiones biológica, social y ambiental, lo cual a su vez deriva en el desarrollo de equipos multidisciplinarios de trabajo, que propicia, favorece y/o lidera.

✓ **ÁREA DE ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD**

1. Desarrolla la administración de servicios utilizando instrumentos modernos de gerencia. Está en capacidad de organizar estructural y funcionalmente servicios de salud, que puede conducir y administrar.
2. Estudia la organización y desempeño del SNDS y los servicios, para buscar su racionalización y optimización.
3. Está en capacidad de realizar diagnósticos situacionales orientados a la búsqueda de líneas de solución, y de formular planes y programas aplicables a su realidad.
4. Establece mecanismos adecuados que le permiten realizar una coordinación, supervisión, evaluación y control satisfactorios.
5. Administra recursos humanos, materiales y financieros, priorizando necesidades.
6. Desarrolla su capacidad de concertación y negociación para conseguir un trabajo conjunto con las personas de la comunidad y sus representantes, promoviendo su participación en las acciones de salud.
7. Apoya y asesora a las organizaciones de la comunidad en proyectos de desarrollo integral, con prioridad en salud.

D. HISTORIA CLÍNICA ÚNICA

1. INTRODUCCIÓN

La Historia Clínica Única no es un concepto nuevo. Es el conjunto de datos codificados mínimos, que debería contener la historia clínica convencional a efectos de que los datos contenidos en ella puedan ser introducidos en los sistemas de información para ser procesados e interrelacionados desde y en el lugar en donde se originaron.

Actualmente, según la modalidad de la prestación del servicio, la historia clínica se diferencia para cada una de los tipos de atención en cada establecimiento, multiplicándose la posibilidad de creación de “nuevas historias clínicas”, atomizando y diseminando datos importantes para la unidad clínica de un usuario en particular.

Bajo la premisa “no hay enfermedades, sino enfermos” entendemos plenamente que el paciente constituye una unidad individual e irreplicable y por tanto el documento que registra su atención por el *sistema de salud*, antes que por un establecimiento de salud, también debe ser *única*.

No se aborda el tema “formato único de historia clínica” pues se considera que, a pesar de su importancia, es un tema posterior al abordaje estratégico de la operativización de la Historia Clínica Única.

2. ASPECTOS CONCEPTUALES DE LA HISTORIA CLÍNICA

- a) Proporciona información a la cual cada usuario, en su condición de ciudadano, tiene derecho a acceder. Las acciones que significan una intervención sobre la salud del usuario deben ser registradas en un documento al cual solo él y el sistema de salud deben tener acceso en cualquier lugar y tiempo.
- b) Constituye el único documento legal que registra la interacción de una persona con el sistema de salud.
- c) Tiene alto valor académico, ya que es la expresión detallada de la atención de un paciente por un servicio de salud y constituye el insumo básico con el cual se lleva a cabo el plan de trabajo e investigación sobre cada caso en particular, así como estadísticas y docencia para la salud.
- d) En el nuevo escenario de la automatización contiene datos para compartir e interrelacionar, desde el cual se construyen aplicaciones de uso administrativo que permitirán tanto la atención en distintos lugares como un mejor control sobre los recursos, por ejemplo al evitar que una persona haga uso de varios servicios simultáneamente.

3. REQUISITOS PARA DESARROLLAR LA HISTORIA CLÍNICA ÚNICA

Para definir el modelo de Historia Clínica Única es necesario completar algunos pasos previos:

- a) Revisar los mecanismos y procedimientos que siguen las historias clínicas, desde su apertura, calidad de sus registros, orden de sus folios, archivo y disponibilidad, para evaluar la factibilidad de definirla como Historia Clínica Única.
- b) Analizar los problemas de tipo operativo que tendría el archivo, manipulación, trámite y conservación, sin perjuicio de las implicancias legales y de seguridad, que significaría el traslado físico de datos de un establecimiento a otro. Se debe

considerar el aspecto de seguridad, como claves o firmas electrónicas para controlar el acceso físico o electrónico a las historias.

4. REQUISITOS PARA DESARROLLAR LA HISTORIA CLÍNICA ÚNICA ORDENADA ELECTRÓNICAMENTE

Se debe desarrollar y oficializar el registro de los datos mínimos o estándares clínicos y administrativos codificados, tanto en los folios de las historias clínicas como en los partes diarios consolidados, para garantizar la construcción de un formato de transacción electrónica de datos entre establecimientos del SNDS.

CONCLUSIONES

En la medida que el proceso para desarrollar una Historia Clínica Única pasa de manera ineludible a constituirse en una Historia Clínica Única ordenada electrónicamente, definimos los siguientes etapas necesarias en el futuro inmediato:

- Plantear dentro del formato convencional de la historia clínica, un conjunto mínimo de datos estandarizados, constituidos por los estándares clínico administrativos planteados (Gráfica 6).
- Revisar de manera inmediata, progresiva y sostenida, los procesos de atención de salud y la incorporación de los estándares propuestos en los registros clínicos a fin de garantizar la construcción gradual de la estructura básica de datos de la historia clínica (Gráfica 7).

E. CONSULTORÍAS SOLICITADAS

1. Estudio de brechas de oferta y demanda de servicios de salud para la programación de la inversión del sistema

Su propósito es múltiple. Por un lado, se busca realizar un análisis de las brechas de demanda insatisfecha por servicios de salud, es decir demanda reprimida asociada a barreras de acceso y uso. Por otro, llevar a cabo un análisis de la capacidad instalada y el grado de uso de la infraestructura y recursos humanos del sistema de salud, lo que será complementado por un análisis del perfil epidemiológico actual y futuro, basado en un estudio realizado por la Oficina General de Epidemiología del Ministerio de Salud. Con base en los resultados, se realizarán proyecciones de mediano y largo plazo, y se estimarán las brechas oferta y demanda por servicios de salud bajo diversos escenarios para evaluar los requerimientos de inversión del sistema de salud en el corto, mediano y largo plazo.

Los objetos de estudio o unidades de análisis son los individuos y hogares en el nivel nacional y los establecimientos de salud del Ministerio de Salud, ESSALUD, Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales, y privados. El ámbito de estudio de demanda considerará costa, sierra, selva y Lima Metropolitana. El alcance del análisis de oferta es a nivel provincial y departamental, según la disponibilidad de información. La consultoría es apoyada por USAID.

2. Estudio de brechas oferta - demanda de recursos humanos del sistema de salud

Tiene doble propósito. En primer lugar, realizar un análisis exploratorio del mercado laboral de los recursos humanos asociados a la producción de servicios de salud. Se busca efectuar una revisión de las normas legales y un inventario crítico de la disponibilidad y

calidad de la información a nivel del sistema, con el fin de identificar los vacíos y las oportunidades de mejora existentes. Asimismo, llevar a cabo un análisis exploratorio con base en la información disponible sobre los principales determinantes de la oferta y la demanda por personal asistencial, así como del mecanismo de formación de salarios es este mercado. Finalmente, se busca plantear una agenda de investigación futura con el fin de institucionalizar una red de investigación sobre el tema de desarrollo de recursos humanos en forma sostenida.

En segundo lugar, se quiere realizar un análisis que responda a la pregunta ¿qué tan adecuada es la oferta de recursos humanos a las necesidades del sistema? El análisis deberá identificar el perfil de los recursos humanos asistenciales que el sistema educativo y de formación del país ofrece al sistema de salud y el perfil del personal asistencial que demanda el sistema, y evaluar el nivel de adecuación de ambos. También se identificarán patrones de carrera al interior del sistema y se analizarán las determinantes de estos patrones, incidiendo sobre el rol de incentivos pecuniarios, valoración social y sesgos de formación. Por último, se realizará un análisis de la carrera en salud en el sector público a partir del análisis del marco normativo del sector y de la evidencia empírica recolectada.

El objeto de estudio o unidades de análisis son los médicos cirujanos del primer nivel de atención, médicos anestesiólogos y médicos integrales o equivalentes. Por el lado de la demanda de mano de obra se tomará en cuenta al Ministerio de Salud, ESSALUD, Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales, empleadores privados y empleo independiente. El ámbito será nacional y, dependiendo de la disponibilidad de información, se incluirá el análisis departamental. La consultoría es apoyada por USAID.

3. Estudios para determinar la tasa de aportación en ESSALUD

Transcripción del Oficio N° 1,011-PE-ESSALUD-2001

Lima, 19 de Diciembre de 2001

Señor

DANIEL MARTÍNEZ

Director del Equipo Técnico Multidisciplinario

Para los Países Andinos

Organización Internacional del Trabajo

Presente

De mi consideración:

Es grato dirigirme a usted, en relación a la reunión llevada a cabo el 30 de noviembre último, conjuntamente con miembros de la Comisión de Alto Nivel del Sector Salud, en la cual se trataron diversos temas, entre los cuales se planteó la necesidad de apoyo de la OIT para realizar estudios sobre la Seguridad Social en nuestro país. Al respecto y cumpliendo con el compromiso acordado, manifestamos lo siguiente:

Dadas las condiciones actuales, la principal fuente de ingresos de EsSalud está constituida por los aportes de los asegurados regulares activos con una tasa de 9% de las remuneraciones totales, y los pensionistas con una tasa del 4% sobre la pensión; adicionalmente tenemos los seguros potestativos y algunos seguros especiales tales como el seguro agrario, el seguro de los pescadores artesanales, con tasas menores. Por otro lado, en cumplimiento de la normatividad vigente otorgamos un crédito de 2.25% a las EPS por los asegurados que optaron por atenderse en el régimen privado.

En este sentido, la preocupación que tenemos es la sostenibilidad de la Seguridad Social en el mediano plazo y si el mantener la situación actual nos va a permitir en un futuro mediano otorgar a nuestros asegurados las prestaciones que por Ley les corresponde.

En este contexto, estamos solicitando al Organismo que usted representa, nos proporcione la asistencia técnica pertinente con el fin de efectuar los estudios necesarios para determinar la tasa de aportación que nos permita garantizar el cumplimiento de nuestra misión; para lo cual estamos a su disposición cuando considere conveniente iniciar las coordinaciones para llevar a cabo lo solicitado.

Sin otro particular, quedo de usted.

Atentamente,

Dr. IGNACIO BASOMBRÍO ZENDER
Presidente Ejecutivo
ESSALUD

4. Opinión técnica sobre modificaciones de aportes a ESSALUD

Transcripción del Oficio SA.DM.CAN Nº 118-2001

Lima, 14 de Diciembre de 2001

Señor
Daniel Martínez
Director del ETM de OIT
Las Flores Nº 295
San Isidro

De nuestra mayor consideración:

Por acuerdo de la Comisión de Alto Nivel encargada de reiniciar el proceso de organización del Sistema Nacional de Salud, es grato dirigirnos a Ud. para saludarlo cordialmente y agradecerle la cooperación que nos viene brindando OIT.

Como resultado de la reciente reunión de trabajo sostenida por la Comisión con los señores consultores Alejandro Bonilla, Fabio Bertranou, Sergio Velasco y Juan Carlos Hiba de vuestra organización, nos permitimos solicitar a Uds. emitir opinión técnica a la brevedad posible sobre los temas siguientes:

1. Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud Nº 26790 que crea las Entidades Prestadoras de Salud - EPS y sus posibles efectos sobre ESSALUD teniendo en cuenta la experiencia internacional.
2. La pertinencia del pedido de incremento del importe del crédito de 25% sobre los aportes a que se refiere el Artículo 15º de la Ley 26790, sin estudio actuarial, que están formulando las EPS y la Superintendencia de las EPS, cuya copia se adjunta.
3. La diferenciación sobre los aportes a la seguridad social que se determinó por Ley Nº 26504 de 1995, pasando a cargo de los trabajadores la totalidad del aporte a pensiones y a cargo de los empleadores la totalidad del aporte a salud. ¿No es más solidaria, equitativa y segura la forma compartida anterior?
4. Como resultado de la diferenciación mencionada en el punto 3, desde 1995 se viene haciendo diversas exigencias públicas para la reducción de 9 a 6% de los aportes de

los empresarios a ESSALUD, sin estudio actuarial alguno, calificándolos de sobre costo. No se afirma lo mismo de los aportes a pensiones, hoy en gran parte a cargo de las AFP.

5. La existencia de varios proyectos de Ley en el Congreso de la República que plantean la incorporación de diversos nuevos grupos de población con empleo informal y derechohabientes, igualmente sin sustento actuarial, con aportes para ESSALUD que varían de 4 a 9%.
6. Lo señalado en los puntos anteriores, ¿no afectaría gravemente a ESSALUD y sus posibilidades de desarrollo?

Se solicita asimismo a Uds. opinión técnica sobre el proyecto de Informe de la Comisión de Alto Nivel, que les remitiremos antes de tres semanas. El proyecto estará circulando entre los miembros de la Comisión y Comités, y los consultores de OPS, OIT y CONHU, el próximo 02 de enero de 2002. El Informe deberá ser aprobado por la Comisión antes del 25 de enero y entregado al Despacho Ministerial de Salud el 30 de enero de 2002.

Hacemos propicia la oportunidad para renovar a Uds. nuestra consideración más distinguida.

Atentamente,

Dr. Francisco Sánchez Moreno Ramos
Presidente de la Comisión de Alto Nivel

cc. Dr. Fernando Carbone Campoverde, Vice Ministro de Salud
Ing. Juan Carlos Hiba, Consultor OIT.

F. GLOSARIO

ACREDITACIÓN DE UN SERVICIO DE SALUD

Consiste en garantizar mediante un análisis de la estructura física, organizativa y funcional, que el servicio reúne las condiciones exigidas, de acuerdo con niveles de calidad previamente establecidos.

AMPLIACIÓN DE COBERTURA DE SALUD

Es el incremento de atención o de prestaciones de salud para quienes ya tienen cobertura.

ARTICULACIÓN EN SALUD

Es la etapa operativa de la coordinación en salud por la cual las personas e instituciones del sistema de salud comparten y enlazan sus acciones para la formulación, ejecución y evaluación de planes y programas conjuntos.

ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD

Es el conjunto de acciones de promoción, protección y recuperación de la salud, así como de rehabilitación del discapacitado, que comprenden a las personas desde el inicio hasta el final de la vida e incluyen acciones de salud ambiental.

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Es la asistencia sanitaria esencial basada en tecnologías y métodos prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma

parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

BIODISPONIBILIDAD

Define la velocidad y magnitud de absorción de un principio activo administrado en una forma farmacéutica determinada. Estas características determinan la intensidad y la acción farmacológica y por tanto su efecto sobre el curso natural de la enfermedad, y en última instancia sobre la salud del paciente.

BIOEQUIVALENCIA

Dos equivalentes farmacéuticos son bioequivalentes si no existe diferencia estadísticamente significativa en su biodisponibilidad; es decir, después de la administración de la misma dosis molar sus efectos son esencialmente los mismos, por lo que se les considera equivalentes terapéuticos y por tanto intercambiables.

BUENAS PRÁCTICAS DE MANUFACTURA

Conjunto de normas y procedimientos destinados a garantizar la producción uniforme de lotes de medicamentos que satisfagan las normas de identidad, actividad, pureza, etc.

CALIDAD

La calidad, en relación con el uso de medicamentos, se define como el conjunto de características o atributos que debe cumplir un producto farmacéutico o un servicio (médico y/o farmacéutico) a fin de satisfacer con eficacia, seguridad y alto grado de certidumbre una necesidad de salud.

CATEGORIZACIÓN

Es el procedimiento mediante el que se clasifican los establecimientos productores de servicios de salud, de acuerdo a sus características funcionales y de su dotación de recursos humanos, físicos, de equipo y otras facilidades. Corresponde en su ámbito a la categorización de hoteles, que se representan con estrellas.

COMPONENTES DE INVERSIÓN

Comprende la inversión programada y ejecutada por los actores seleccionados.

CONCERTACIÓN EN SALUD

Es el proceso por el cual personas e instituciones del sistema de salud, manteniendo su independencia, buscan la concordancia de propósitos, opiniones y planteamientos en función de objetivos y políticas nacionales, regionales y locales.

COORDINACIÓN EN SALUD

Es el proceso por el cual, luego de concertar, las personas e instituciones organizadas en el sistema de salud orientan sus esfuerzos técnicos y administrativos al empleo racional y ordenado de todos sus recursos para el cuidado de la salud, lo que se concreta en la articulación efectiva de planes, programas y acciones.

DELEGACIÓN

Es la acción mediante la cual se transfieren determinadas competencias o atribuciones propias de un nivel o cargo a otro de menor nivel, manteniendo la dependencia.

DELIMITACIÓN DE REDES DE SERVICIOS DE SALUD

La conformación de redes de servicios no sigue necesariamente criterios de delimitación político-administrativos, sino que ordena la oferta de servicios de salud en función de las

necesidades de la población y del flujo de la demanda. Por ello, la red está constituida sobre la base de las vías de comunicación cotidianamente utilizadas por la población. La delimitación de las redes deberá cumplir con algunos criterios para que sean consideradas como tales. Estos criterios, adaptables a la realidad local, son: cobertura poblacional, accesibilidad geográfica, características de la demanda de servicios de salud, características de la oferta y la demarcación político-administrativa. Para efectuar la delimitación de las redes se debe seguir la respectiva normatividad.

DENOMINACIÓN COMÚN INTERNACIONAL (DCI)

Nombre común para los medicamentos recomendados por la Organización Mundial de la Salud, con el objeto de lograr su identificación internacional y facilitar la estandarización de los procesos relacionados con el uso de los medicamentos.

DESCENTRALIZACIÓN EN SALUD

Es la transferencia de autoridad, competencias, responsabilidades y recursos para decidir la programación, ejecución y evaluación de las acciones de salud, acorde con la política nacional de salud, la ley y la norma de salud.

DESCONCENTRACIÓN EN SALUD

Es la delegación de funciones administrativas y/u operativas, manteniendo la dependencia de la instancia que las transfirió, y acorde con la ley y la norma de salud.

DISPENSACIÓN

Es el acto profesional mediante el cual un farmacéutico proporciona uno o más medicamentos a un paciente, generalmente en atención a una prescripción elaborada por un profesional autorizado. En este acto el farmacéutico informa y orienta al paciente sobre el uso correcto de los medicamentos.

EFICIENCIA ECONÓMICA

Una asignación es eficiente si permite que alguien mejore sin que empeore el resto (Pareto). O, si permite que cualquier cantidad de X no impide la mayor cantidad de Y .

EFICIENCIA SOCIAL

Es la maximización de la renta global de la sociedad.

ESTUDIO DE FACTIBILIDAD

Estudio donde se perfecciona la información del estudio de prefactibilidad referente a las alternativas y establece un presupuesto referencial. Este nivel de estudio requiere información primaria y análisis detallado de mercados (oferta y demanda), además de la evaluación técnico económica. Su objetivo es identificar la mejor alternativa del proyecto de inversión en estudio.

ESTUDIO DE PREFACTIBILIDAD

Estudio donde se precisa con mayor detalle la información del estudio de perfil con el fin de disminuir los riesgos de decisión y encontrar las mejores alternativas. La preparación de este estudio requiere la combinación de fuentes secundarias con trabajo de campo.

EXTENSIÓN DE COBERTURA DE SALUD

Es el acceso a la atención institucionalizada o a prestaciones de salud de quienes no gozan de ellas.

FARMACOVIGILANCIA

Identificación y valoración de los efectos del uso, en procesos agudos y crónicos, de los tratamientos farmacológicos en el conjunto de la población o en subgrupos de pacientes expuestos a tratamientos específicos.

GRADOS DE COMPLEJIDAD

Aspecto de diferenciación o especialización de la estructura, procesos y resultados de los establecimientos de salud y sus costos. Se expresan por su diferenciación tecnológica y su capacidad resolutoria.

HABILITACIÓN DE UN SERVICIO DE SALUD

Es el procedimiento de carácter obligatorio por el cual la autoridad sanitaria jurisdiccional, por una sola vez, autoriza a un establecimiento de salud a iniciar sus funciones.

INTEGRACIÓN EN SALUD

Es la fusión total técnica, administrativa y financiera de instituciones de salud.

INVERSIÓN

En economía es la aplicación de la renta para aumentar el patrimonio de bienes de equipo o de conocimiento. A veces se le entiende como la aplicación de un conjunto de bienes de equipo aportados en un período determinado, con la misma finalidad.

INVERSIÓN EN SALUD

Incluye el uso de todos los recursos productivos y financieros que contribuyen a mantener y ampliar la capacidad productiva del sector.

MEDICAMENTO

Recurso sanitario susceptible de influir en el estado de salud de la población. Por su naturaleza constituye un bien social cuya utilización deberá basarse en criterios de racionalidad y equidad.

MEDICAMENTO DE MARCA

Medicamento que se comercializa con un nombre de marca registrada.

MEDICAMENTO ESENCIAL

Medicamentos que son básicos, indispensables y necesarios para satisfacer las necesidades de atención de salud de la mayor parte de la población. Su uso mejora el acceso, equidad y calidad así como la eficiencia de los sistemas de salud.

MEDICAMENTO GENÉRICO

Medicamento que se distribuye o expende rotulado con la Denominación Común Internacional del principio activo, es decir, sin ser identificado con una marca de fábrica o marca comercial. Tiene el mismo principio activo, igual dosis y forma farmacéutica y las mismas características cinéticas, dinámicas y técnicas que su equivalente de patente.

MINISTERIO DE SALUD

Es el ente rector del sistema de salud y del sector salud. Es responsable de proponer la política nacional de salud, conducir el proceso de desarrollo en salud y asegurar su continuidad, aprobar y hacer cumplir las normas de salud y representar al Estado en todos los asuntos relacionados con la salud. Estas atribuciones se ejercen conforme a la Ley y normas complementarias.

NIVELES DE ATENCIÓN

Ordenamiento de la atención de salud en función de la naturaleza y severidad de la demanda.

PERFIL DE INVERSIÓN

Estudio preliminar basado en fuentes secundarias. La preparación de este estudio se basa en los conocimientos técnicos de expertos, bases de datos de costos y beneficios y parámetros. Cuenta con estimaciones preliminares y un amplio número de alternativas.

PERFIL EDUCACIONAL EN SALUD

Es el conjunto de conocimientos, habilidades, destrezas y valores que debe poseer un egresado del sistema educativo en función de un perfil ocupacional propuesto.

PERFIL OCUPACIONAL EN SALUD

Es el conjunto de funciones, tareas y responsabilidades que debe asumir el personal de salud para su desempeño en el campo que le compete.

PETITORIO DE MEDICAMENTOS

Listado de medicamentos seleccionados por un país o una entidad para atender las necesidades de salud de la población. Es un instrumento de uso obligatorio en todos los niveles asistenciales y administrativos. La inclusión y exclusión de medicamentos está a cargo de los comités farmacológicos, quienes deben seleccionar medicamentos con base en su seguridad y eficacia comprobada y sustentada en estudios científicos independientes.

PRESCRIPCIÓN

Acto profesional de indicar el o los medicamentos que debe recibir el paciente, su dosificación correcta y duración del tratamiento. El acto de prescripción se traduce en la elaboración de una receta médica.

PRODUCCIÓN

En economía de la salud, es la relación técnica existente entre los recursos o insumos empleados para generar la mayor cantidad de productos posible.

PRODUCTIVIDAD

En términos cuantitativos, significa obtener más con lo mismo, lo mismo con menos o más con menos. En el campo de la salud es la relación entre insumos y productos expresada en el incremento de unidades físicas, tales como consultas por médicos, egresos por cama hospitalaria y otros.

RECTORÍA

Consiste en conducir la realización y el desarrollo de las acciones de salud nacionales en nombre del gobierno, en quien recae la responsabilidad última del desempeño del sistema de salud. La función rectora tiene cuatro tareas básicas: formular la política de salud definiendo su visión y dirección, recabar y utilizar la información, ejercer influencia por medio de la legislación y reglamentación, y promover la convergencia real de instituciones y actores sociales.

RECURSOS

Bienes, servicios o capitales de que se puede disponer. Asimismo, conjunto de bienes, naturales o elaborados y servicios de la nación empleados durante un año. También aquella capacidad de aporte de los agentes que corresponde a su capacidad de financiamiento (crédito). Dado el amplio espectro de significados del término "recurso", es preferible al de "inversión", que para algunos implica exclusivamente: edificios, vehículos, infraestructura, equipos, financiación, capital, patrimonio e inteligencia o esfuerzo humano.

RECURSOS HUMANOS DE SALUD

Son las personas que han adquirido capacitación y asumen responsabilidad en la realización de actividades de salud.

REDES DE SERVICIOS DE SALUD

Son el conjunto de servicios de salud ordenados por niveles de atención, interrelacionados funcional y administrativamente y ubicados en la cercanía de redes viales y corredores sociales, cuya combinación de recursos y complementariedad de servicios asegura la provisión y continuidad de un conjunto de atenciones prioritarias de salud, en función de las necesidades de las personas.

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Son los procedimientos médico-administrativos que permiten la continuidad de la atención integral del usuario, que -dependiendo de la magnitud, complejidad y severidad de su problema de salud- debe ser transferido a un servicio de salud de mayor capacidad resolutoria que aquél en el que se encuentra, y retornar al servicio de origen después de resolver su problema de salud o para continuar con el tratamiento instaurado.

REGIONALIZACIÓN

Es un proceso de descentralización y desconcentración, dentro de la concepción de Estado unitario, que delimita una parte del territorio nacional denominada Región, la cual tiene gobierno propio con autonomía administrativa y económica, cuya finalidad es lograr su desarrollo integral armónico con sujeción a la Constitución, la Ley, las políticas nacionales y los planes nacionales de desarrollo.

REGISTRO SANITARIO

Procedimiento de aprobación por la autoridad sanitaria competente del país para la comercialización de un medicamento, una vez que el mismo ha pasado por un proceso de evaluación. El registro sanitario debe establecer el uso específico del medicamento, las indicaciones, contraindicaciones, advertencias acerca de su empleo y la información que sobre el medicamento se ofrece a los profesionales de la salud y al público en general.

SALUD

La salud, componente principal del bienestar, es el estado de la persona humana como expresión dinámica de equilibrio de lo biológico, psicosocial y ecológico; por lo tanto la salud es integral y no es sólo la ausencia de enfermedad. La salud es responsabilidad de todos y constituye elemento indispensable en el desarrollo de la persona, la familia, la sociedad y la nación.

SECTOR SALUD

Es el ámbito funcional de las administraciones pública y privada que tiene como objetivo hacer realidad el derecho de todos a la salud. Está conformado orgánicamente por las instituciones y dependencias públicas cuya finalidad principal es la atención de salud, y funcionalmente por las personas naturales y jurídicas públicas y privadas y dependencias que tengan por objeto realizar acciones de salud.

SELECCIÓN

La selección de medicamentos es una actividad básica del subsistema farmacéutico y etapa fundamental en el suministro de medicamentos, alrededor de la cual giran las actividades de las demás etapas del proceso de suministro. El fin último de un proceso de selección es proporcionar a cada paciente el mejor tratamiento farmacológico y permitir el uso racional de los recursos disponibles.

SEGURIDAD

Es uno de los principales atributos de un medicamento. Implica que éste puede ser utilizado con la menor probabilidad de riesgo para el paciente.

SERVICIO

En salud es el acto o conjunto de actos realizados por prestadores conducentes a mejorar el estado de salud de un individuo o una colectividad.

SUBSISTEMA FARMACÉUTICO

Conjunto de procesos que interactúan como elemento dinamizador y catalizador de las actividades del suministro de medicamentos para lograr mejora en el uso.

SUMINISTRO

Es la entrega periódica de bienes requeridos por una entidad para el desarrollo de sus actividades. El suministro de medicamentos es la base del funcionamiento de la farmacia en todos los establecimientos del sistema de salud. La adecuada organización y planificación del suministro permite mejorar la calidad de la atención y contener los costos.

USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS

Requiere que los pacientes reciban la medicación apropiada a sus necesidades clínicas, a una dosificación que satisfaga sus requerimientos individuales por un período adecuado de tiempo y a un costo accesible. Involucra un diagnóstico, prescripción y dispensación de calidad.

G. BIBLIOGRAFÍA

1. Academia Peruana de Salud. XIX y XXI Foros "Salud y Desarrollo". Propuesta de consenso de salud. Rev. de la Acad. Per. de Salud, año VII, N° 1, Lima, 2001.
2. Agenda Perú. Perú: Agenda y estrategia para el siglo XXI. Informe final del programa agenda. Perú, 2000.
3. Asamblea Nacional de Rectores. Universidades del Perú. Lima, 1997.
4. ANR/INEI. I Censo Nacional Universitario. Lima, 1996.
5. Arroyo J. OPS. Situación y desafíos de los recursos humanos en salud en el Área Andina. Lima, 2000.
6. Banco Mundial. Informe sobre el desarrollo en el mundo. Inversión en salud. Washington D.C., 1993.
7. Bardález C. Salud de la población. Políticas de salud 2001-2006. Consorcio de Investigación y Desarrollo. Lima, 2001.
8. Bardález C., Garavito M., & Habich M. y Pichihua J. El seguro público de salud - Propuesta. Documento preliminar de trabajo. Lima, 2001.
9. Bitrán R.A. Estudio de balance de oferta demanda de salud y prioridades de inversión pública en salud. Ministerio de Salud y OMS/OPS. Volumen 1: Tomo I, Tomo II, Tomo III, Tomo V, 1999.
10. Brito P. y otros. El trabajo médico en el Perú. OPS/UPCH, 1990.
11. Bustíos C. y Swayne J. Situación de la fuerza de trabajo médico en el Perú. ENSAP, 1998.
12. Colegio Médico del Perú. Lineamientos para una política concordada en salud y seguridad social 2001-2006.
13. Comisión Multisectorial de Salud, R.M. 165-2001-EF. Informe 2001.
14. CONAREME. Información de plazas de residentado médico. Lima, 2001.
15. CONCYTEC. Indicadores de ciencia, tecnología e investigación tecnológica. Década de los 90. Perú, 2001.
16. Consorcio de Investigación Económica y Social. Políticas de salud 2001-2006. Lima, 2001.
17. Chabés A. y colaboradores. Diagnóstico de la investigación biomédica en el Perú. Comunicación preliminar. Anales de la Facultad de Medicina UNMSM. 58 (3), 1997.
18. Chirinos A. Las leyes de salud en el Perú 1945-2000. Lima, 2001.
19. Francke P. Lineamientos de Políticas en Salud 2001-2006. Consorcio de Investigación y Desarrollo. Lima, 2001.
20. Francke P. y Carbajal J. La seguridad social en salud: situación y posibilidades. Pontificia Universidad Católica del Perú. Dpto. de Economía, 2000.
21. Frente Nacional de Defensa de la Salud y la Seguridad Social. Propuesta Consensual de Salud y Seguridad Social. Rev. Acad. Per. de Salud, año VI, N° 1, Lima, 2000.
22. Gálvez de Llaque N. Auditoría de gestión. Ministerio de Salud, DIGEMID. Lima, 2001.
23. Guerra García R. La salud y la investigación en el Perú. Ponencia presentada al Foro Nacional Ciencia, Tecnología y Desarrollo. CONCYTEC, 2-6 julio 2001.
24. Hubí Campos M. Seguridad Social y la Iglesia. Revista del Hospital Central del Empleado. Vol. 9, N° 3-4, p.121-130, 1969.
25. International Marketing Service - IMS. El mercado farmacéutico peruano. Lima, 2001.

26. López Linares R. La lucha por el acceso a medicamentos esenciales. Acción Internacional para la Salud, Oficina de Coordinación AISLAC. Lima, 2001.
27. Mendoza C. El puesto de salud - atención a la demanda. Huancayo, 1982.
28. Ministerio de Salud/DFID. Herramientas para la gestión de redes de salud. Proyecto Generación de Capacidades en el MINSa. Lima, 2001.
29. Ministerio de Salud/DFID. Lineamientos para la conformación de redes de salud., 2001.
30. Ministerio de Salud - Oficina General de Planificación / Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud / Organización Panamericana de la Salud. Equidad en la atención de salud. Perú, 1997.
31. Ministerio de Salud. Por un país saludable - Propuestas de políticas para la salud. Lima, 2001.
32. Ministerio de Salud - Programa de fortalecimiento de servicios de salud . Consorcio ESAN - Aupha - Servers - Funsalud. Análisis del financiamiento del sector salud. Lima, 1997.
33. Ministerio de Salud - Proyecto 2000 - Proyecto de generación de capacidades. Financiamiento del sector salud 1995-1996. Lima, 1998.
34. Ministerio de Salud. Propuesta de organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud. Comisión de Alto Nivel. Lima, 1993.
35. Ministerio de Salud. Sistema Nacional de Servicios de Salud, Consejo Nacional de Salud. Boletín N° 1. Lima, 1980.
36. Ministerio de Salud. Sistema Nacional de Servicios de Salud. Publicación SNSS-CNS-SC-002. Lima, 1979.
37. Ministerio de Salud/INEI. I y II Censo de infraestructura física y recursos humanos del MINSa, 1996 y 1999.
38. MINSa/OPS. Cuentas Satélites de Salud 1998-2000. Lima, 2001.
39. OPS/OMS. Plan Decenal de Salud para las Américas. Documento oficial N° 118, 1973.
40. Organización Mundial de la Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS, 1978.
41. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra, 2000.
42. Organización Panamericana de la Salud. Discusiones técnicas XVII Conferencia Sanitaria Panamericana. Coordinación de los servicios médicos. Publicación científica N° 154, OPS, 1967.
43. Organización Panamericana de la Salud. Pro salute novi mundi: Historia de la Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C. : OPS, 1992.
44. Organización Panamericana de la Salud. Proyecciones de financiamiento de la salud 2001-2005. Documento borrador. Lima, 2001.
45. Organización Panamericana de la Salud. Resolución XV de la XXXIII Reunión del Consejo Directivo. Washington D.C., E.U.A., 1998.
46. Organización Panamericana de la Salud. Revista Panamericana de Salud Pública. Vol. 8, números 1/2, 2000.
47. Organización Panamericana de la Salud. Sistemas locales de salud, 1989.
48. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Sistemas de salud. Publicación científica N° 234, 1972.
49. Organización Panamericana de la Salud, 43° Consejo Directivo, Documentos CD43/14 y CD43/18.
50. Petrer M. y Cordero L. Aseguramiento público en salud y la elección del proveedor. Pobreza y economía social. Cuanto, 2001.
51. Planas P. La difícil integración de las ciudadanías en el Perú. Repensando la política en el Perú. Red para el desarrollo de las ciencias sociales. Lima, 1999.
52. Ported M.E. La cadena de valor y la ventaja competitiva. Harvard Business School. Lima, 2000.
53. Sánchez Moreno F. Historia de los sistemas de salud. Documento preliminar. Lima, 2001.
54. Sánchez Moreno F. El sistema de salud y el Informe 2000 de la OMS. Rev. Acad. Per. de Salud, año VII, N° 1. Lima, 2001.
55. Santich I. Enfoque integral del proceso de suministro de medicamentos y otros insumos para el sector salud. Washington, D.C. OPS, 1989.
56. Solimano G. e Isaacs S. La salud en América Latina. De la reforma para unos a la reforma para todos. Corsaps. Ed. Sudamericana Chilena, 2000.
57. Tognoni G. Uso racional de medicamentos: desafíos y propuestas. Servicio de Medicinas PROVIDA. Lima, 1999.

58. Varillas A. y Mostajo P. La situación poblacional peruana. Balance y perspectivas. Inandep. Lima, 1990.
59. Vienonen, M., Jankauskiene D. y Vask A. Hacia una reforma de la atención de salud basada en pruebas. Bulletin of the World Health Organization, (1) 44-47. Ginebra, 1999.
60. Warner K. E. y Luce B. R. Análisis costo beneficio y costo eficiencia en la atención de salud. Secretaría de Salud FCE. México, 1995.

F. PARTICIPANTES

COMISIÓN DE ALTO NIVEL

Dr. Francisco Sánchez Moreno Ramos
Presidente

Dr. Luis Caravedo Reyes
Representante de la Asociación Peruana de Facultades de Medicina
(*Alternó* Dr. Manuel Núñez Vergara)

Contrl. AP Dr. Antonio Elías Maltese
Representante de las Sanidades de las Fuerzas Armadas
(*Alternó* Crnl. EP Dr. Manuel Gonzales Guanilo)

Dr. Eugenio Elizalde Elguera
Dra. Nelly Gálvez de Llaque
Dr. Carlos Mendoza Reinoso
Dr. Octavio Mongrut Muñoz
Representante de ESSALUD

Dr. Víctor Puente Arnao Fort
Representante de la Asociación de Clínicas y Hospitales Particulares del Perú
(*Alternó* Arq. Gonzalo Garrido Lecca Álvarez Calderón)

Dr. Arturo Salazar Larraín
Crnl. PNP Dr. Carlos Santillán Hospinal
Representante de la Sanidad de la Policía Nacional del Perú

Ing. Juan Sheput Moore
(*Alternó* Ing. Carlos Espinoza Alegría)

Dr. Manuel Sotelo Baselli
Dr. Álvaro Vidal Rivadeneyra
Representante del Colegio Médico del Perú
(*Alternos* Dr. Julio Castro Gómez y Dr. Max Cárdenas Díaz)

Coordinador Técnico
Lic. Alfredo López Calderón
Consultores

Dr. Mauricio Bustamante García -
Organismo Andino de Salud
Convenio Hipólito Unanue
(*Alternó* Dra. Ángela González Puche)

Dr. Emilio La Rosa Rodríguez
Dr. Carlos Ricse Cataño - Ministerio de Economía y Finanzas

Dr. Luis Eliseo Velásquez Londoño -
OPS/OMS

COMITÉ DE SERVICIOS DE SALUD

Área Acceso a Servicios

Dr. Eugenio Elizalde Elguera, Coordinador

Dr. Carlos Bazán Zender
Dr. Carlos Bardález del Aguila
Dr. Alfredo Chirinos Rebaza
Dr. Percy Cupén Arnao
Dr. Oscar Gordillo Tordoya
Dra. Nydya Guardia Aguirre
Ing. Augusto Rázuri Ramírez
Eco. Aurelio Roel Enríquez
Crnl. PNP Dr. Gualberto Ruiz Dávila
Dr. Roberto Yafac Huerta
Crnl. FAP Dr. Modesto Yupanqui Siccha

Consultores
Eco. Margarita Petrerera Pavone -
OPS/OMS
Dr. Luis Eliseo Velásquez Londoño -
OPS/OMS

Área Organización Descentralizada por Niveles de Atención

Dr. Carlos Mendoza Reinoso, Coordinador

Dr. Rogelio Bermejo Ortega
Dr. Néstor Cevallos Mendoza
Crnl. EP Dr. Manuel Gonzáles Guanilo
Dr. Alfonso Icochea de Vivanco
Dra. Rosa Nakamatsu Nakamatsu
Dr. José Ormachea Frisancho
Dr. Elías Sifuentes Valverde
Dr. Víctor Zenteno Begazo

Consultor
Dr. Luis Eliseo Velásquez Londoño -
OPS/OMS

COMITÉ DE MEDICAMENTOS

Dra. Nelly Gálvez de Llaque,
Coordinadora
Mg. Luis Alfaro Espinosa
QF César Amaro Suárez
QF Lidia Carreón Velarde
Sr. Alejandro Cornejo Medina
Cap. Navío AP Dr. Rafael Elgegren
Reátegui
Sr. Carlos García San Martín
QF Niza Herrera Alarcón
QF Víctor Izaguirre Pasquel
Dr. Demetrio Molero Castro
Dr. Eduardo Salas Rodríguez
Dr. José Untama Medina
Crnl. PNP QF José Valencia Chumpitaz
Dr. Jorge Velásquez Pomar
Consultor
Dr. Alejandro Midzuaray Midzuaray -
OPS/OMS

COMITÉ DE INVERSIÓN EN SALUD

Dr. Arturo Salazar Larraín, Coordinador
Ing. Víctor Amaya Neira
Dr. Guillermo Ayala Noriega
Ing. Regner Basurco Jiménez
Eco. Midori de Habich Rospigliosi
Arq. Gonzalo Garrido Lecca A.C.
Lic. Aurora Gavancho Chávez
Eco. Jorge Haro Corrales
Dr. Valentín Jaimes Serkovic
Dr. Marco Lanatta Lanatta
Cmdte. PNP Eco. Genebrardo Mejía
Montenegro
Cap. Navío AP Jorge Muñoz Cruzado
Dr. César Orrego Espinoza
Eco. Alberto Rey Rojas
Dr. Raúl Rodríguez del Carpio
Arq. Ricardo Shinsato Santos
Dr. Wilfredo Solís Tupes
Sr. Guillermo Villarreal Abad
Consultora
Eco. Margarita Petrera Pavone -
OPS/OMS

COMITÉ DE SISTEMAS OPERATIVOS E INFORMACIÓN COORDINADA EN SALUD

Ing. Carlos Espinoza Alegría, Coordinador

Área Información Coordinada

Dr. Luis Cordero Muñoz - OPS/OMS
Ing. José Carranza Abensur
Dr. Jorge Díaz Trujillo
Cmdte. PNP Luis Gómez Aspiazu
Dr. Manuel Lorenzo Hurtado
Sr. Miguel Riglos Sáenz
Dr. Jorge Ruiz Portal
Dr. Manuel Salcedo Contreras
Consultor
Dr. Guillermo Guibovich - OPS/OMS

Área Sistemas Operativos

Dr. César Cabezas Sánchez
Dra. Rosa Cahua Bernales
Dr. Demetrio Caro Fariña
Dr. Edward Cruz Sánchez
Dr. Aurelio Chong Chung
Dr. Carlos Irivarren Beingolea
Dr. Ricardo Losno García
Dr. Luis Rubio Idrogo
Dr. José Ruíz Alfaro
Dr. Alan Salazar Flores

COMITÉ DE ARTICULACIÓN DOCENCIA-ATENCIÓN DE SALUD- INVESTIGACIÓN

Dr. Manuel Sotelo Baselli, Coordinador

Área Recursos Humanos

Dr. Naldo Balarezo Gerstein
Dr. Jaime Cabrera Valencia
Dra. Nélida Chávez de Lock
Crnl. FAP Dr. Julio Díaz Hernández
Dr. Pedro Díaz Urteaga
Dr. Melvin Larisch Fishman
Cap. Navío AP Dr. Napoleón Urbina
Chávez
Dr. Jorge Vivanco Velando
Consultora
Lic. Gladys Zárate León - OPS/OMS

Área Investigación

Dr. Carlos Bustíos Romani
Cap. Navío AP Dr. Félix Bustos Laimito
Lic. Gloria Cruz Gonzales
Dr. Álvaro Chabés Suárez
Lic. Rita Domenack A.
Dr. Fernando Piña Baca
Mg. Ruth Seminario Rivas
Dr. Mario Zapata García Rosell

COMITÉ TRANSVERSAL DE FINANCIAMIENTO

Área Articulación Docencia-Atención de Salud-Investigación

Dr. Celso Bambarén Alatriza
Dr. Luis Caravedo Reyes
Dr. Gilberto Domínguez del Río
Dr. Fausto Garmendia Lorena
Dra. Lucía Llosa Isenrich
Dr. Alfonso Mendoza Fernández
Dr. Santiago Saco Méndez
Dr. Jorge Villena Piérola

Dr. Carlos Ricse Cataño, Coordinador
Eco. Rosa Acevedo Tovar
Dr. Carlos Bardález del Aguila
Eco. María Angélica Borneck
Eco. Sebastián Céspedes Espinoza
Eco. Jorge Cortez Cumpa
Crnl. FAP Julio Díaz Hernández
Eco. Midori de Habich Rospigliosi
Eco. Jorge Haro Corrales
Crnl. PNP Dr. Gualberto Ruiz Dávila
Consultora
Eco. Margarita Petrerá Pavone -
OPS/OMS

-----○-----