

Sistema De Salud Peruano:

Propuesta de un Nuevo Modelo

Alejandro Raúl Falconí Lázaro
Luis Pablo Jr. Díaz Barahona
Luis Edgardo Robledo Madrid



**SISTEMA DE SALUD PERUANO:
PROPUESTA DE UN NUEVO MODELO**

ALEJANDRO RAÚL FALCONÍ LÁZARO

LUIS PABLO JR. DÍAZ BARAHONA

LUIS EDGARDO ROBLEDO MADRID

Alejandro Raúl Falconí Lázaro

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4024-1584>

Afiliación: Universidad César Vallejo

Luis Pablo Jr. Díaz Barahona

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9386-1445>

Afiliación: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo

Luis Edgardo Robledo Madrid

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6319-2834>

Afiliación: Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo

Todas nuestras publicaciones son sometidas a revisión doble-ciego de pares académicos (*Peer Review Double Blinded*).

Esta publicación cuenta con licencia Creative Commons Reconocimiento
- NoComercial - SinObraDerivada 3.0 Unported License.



ISBN 978-628-7623-11-8

© Alejandro Raúl Falconí Lázaro

© Luis Pablo Jr. Díaz Barahona

© Luis Edgardo Robledo Madrid

© Editorial Navegante

www.editorialnavegante.com

Este libro es resultado de la investigación *Sistema de salud peruano: Propuesta de un nuevo modelo - 2019*, realizada en la Universidad César Vallejo.

Queda prohibida la reproducción bajo cualquier modalidad de toda o una parte de esta obra sin autorización expresa del titular de los derechos.

Diseño y composición: Mayra Martínez Loza

Edición electrónica: Editorial Navegante

Editado en Colombia

Published in Colombia

CONTENIDO

ÍNDICE DE TABLAS	06
ÍNDICE DE FIGURAS.....	11
DEDICATORIA	12
INTRODUCCIÓN.....	13
 CAPÍTULO I	
 SISTEMA DE SALUD EN PERÚ	19
1.1. Contexto.....	20
1.1.1. Contexto político y económico.....	21
1.1.2. Condiciones de salud	23
1.1.3. Años de vida saludable perdidos.....	24
1.2. Sistema de beneficiarios.....	25
1.3. Financiamiento.....	27
1.4. Cobertura.....	28
 CAPÍTULO II	
 EVOLUCIÓN DEL SISTEMA DE SALUD PERUANO.....	31
2.1. Vía hacia la reforma del sistema de salud	33
2.2. Descentralización de la salud	34
2.3. De la asistencia sanitaria estatal al aseguramiento universal.....	35
 CAPÍTULO III	
 PARTICIPACIÓN DE LA CIUDADANÍA EN LA SALUD PERUANA	39
3.1. Colaboración ciudadana en la gestión de salud	40
3.2. Colaboración académica (universidades y colegios profesionales).....	41
3.3. Desafíos y perspectivas	43

CAPÍTULO IV

ESTUDIOS DE UN NUEVO MODELO DEL SISTEMA DE SALUD PERUANO.....	47
--	-----------

CAPÍTULO V

PROPUESTA DE REFORMA DEL SISTEMA DE SALUD PERUANO FUNDAMENTADO EN LA PRAXEOLOGÍA DE LOS ACTORES PARTICIPANTES	121
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	155

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. <i>Región de residencia de los encuestados</i>	57
Tabla 2. <i>Sexo de los encuestados</i>	57
Tabla 3. <i>Grupos etarios de los encuestados</i>	58
Tabla 4. <i>Profesión u oficio de los encuestados</i>	58
Tabla 5. <i>Institución de la que son usuarios los encuestados</i>	58
Tabla 6. <i>Modelo de administración muy centralizado</i>	59
Tabla 7. <i>Modelo de sistema de salud desactualizado</i>	59
Tabla 8. <i>Modelo que hace diferencia en su atención a ricos y pobres</i>	60
Tabla 9. <i>Modelo que considera las distintas realidades de las regiones del país</i>	60
Tabla 10. <i>Remuneración no acorde con las capacitaciones y competencias</i>	61
Tabla 11. <i>Remuneración no estandarizada</i>	61
Tabla 12. <i>Remuneración no adecuada de acuerdo al ámbito geográfico</i>	62
Tabla 13. <i>Remuneración muy baja</i>	62
Tabla 14. <i>Recursos humanos inadecuadamente distribuidos</i>	63
Tabla 15. <i>Trato inapropiado del personal de salud</i>	63
Tabla 16. <i>Déficit de infraestructura</i>	64
Tabla 17. <i>Déficit de profesionales en salud</i>	65
Tabla 18. <i>Control inadecuado al personal de salud</i>	66
Tabla 19. <i>Inequidad en la distribución de recursos</i>	67
Tabla 20. <i>Influencia de los laboratorios farmacéuticos en la prescripción médica</i>	67
Tabla 21. <i>Medicamentos que se expenden sin receta médica</i>	68
Tabla 22. <i>Deficiente regulación de los seguros privados por parte del estado</i>	68
Tabla 23. <i>La atención de la salud es considerada actualmente como un comercio</i>	70
Tabla 24. <i>Calidad de atención</i>	71
Tabla 25. <i>Gasto excesivo de bolsillo</i>	72
Tabla 26. <i>La corrupción es un obstáculo para la mejora del modelo de sistema de salud en Perú</i>	72
Tabla 27. <i>Sin realizar la reforma y solamente mejorando la organización y planificación en salud, la atención al usuario podría mejorar</i>	73
Tabla 28. <i>Necesidad de reforma al actual modelo de sistema de salud de Perú</i>	74
Tabla 29. <i>Las reformas realizadas en otros países podrían implementarse en Perú</i>	75
Tabla 30. <i>Las reformas siempre están sujetas a mejoras, en la práctica se irán mejorando las falencias</i>	76
Tabla 31. <i>La reforma debe contemplar una combinación entre lo público y lo privado</i>	76

Tabla 32. <i>La reforma debe abarcar a todos los estratos sociales, sin discriminaciones</i>	77
Tabla 33. <i>El personal médico debe dedicarse en forma exclusiva a un solo tipo de prestación (pública o privada)</i>	78
Tabla 34. <i>El personal de salud debe cesarse antes de los 70 años, y de esa forma ofrecer al usuario un personal motivado, enérgico y eficaz</i>	78
Tabla 35. <i>Sensibilización al personal de salud para la mejora de la atención de salud al usuario</i>	79
Tabla 36. <i>Control estricto de la normatividad con respecto al cumplimiento de la jornada laboral</i>	79
Tabla 37. <i>Adecuación de la reforma a las realidades de cada región del país</i>	80
Tabla 38. <i>Descentralización administrativa y presupuestal</i>	80
Tabla 39. <i>Fortalecimiento a las regiones con personal especializado y con experiencia en temas de gestión pública en salud</i>	81
Tabla 40. <i>Redistribución de los recursos adecuándolos a las realidades actuales y a las necesidades específicas de cada región.....</i>	81
Tabla 41. <i>Mejorar la evaluación de las personas pobres y muy pobres, beneficiarias de exoneraciones...</i>	82
Tabla 42. <i>Continuación de las subvenciones entre asegurados.....</i>	82
Tabla 43. <i>Incorporación de las personas extranjeras, al sistema nacional de salud</i>	83
Tabla 44. <i>Atención de salud en cualquier establecimiento del país, sin distinciones de ningún tipo</i>	83
Tabla 45. <i>Incorporación y utilización masiva de las EPSS, con cumplimiento de requisitos mínimos, podrían ser una alternativa de solución para mejorar el sistema de salud.....</i>	84
Tabla 46. <i>Como medio de financiamiento, es necesario aplicar impuestos a la empresa privada</i>	85
Tabla 47. <i>Utilización de métodos auxiliares de financiamiento a nivel provincial para la mejora del sistema de salud local.....</i>	85
Tabla 48. <i>Monto especial del presupuesto nacional destinado únicamente a la mejora del sistema de salud</i>	86
Tabla 49. <i>El financiamiento podría ser compartido entre el estado, empresas privadas, e inclusive con un porcentaje mínimo del usuario.....</i>	86
Tabla 50. <i>Estaría dispuesto a aumentar el gasto que realiza usted directamente de su bolsillo en un porcentaje mínimo en aras de mejorar muy significativamente la calidad del servicio de salud que recibe actualmente</i>	87
Tabla 51. <i>Capacitaciones deben ser constantes a todo el personal de salud.....</i>	88
Tabla 52. <i>Capacitaciones al personal de salud deben ser costeadas en su mayor parte por el Estado</i>	88

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 53. <i>Creación de capacitaciones específicas para autoridades locales, con el fin de brindarles conocimientos básicos y sensibilizarlos en los temas de salud</i>	89
Tabla 54. <i>En la reforma, los gestores en salud deben enfatizar en la implementación de los determinantes de la salud (biología humana, medio ambiente, estilo de vida y sistema sanitario)</i>	89
Tabla 55. <i>Los gestores en salud deberían, obligatoriamente, tener estudios de administración en salud, gestión pública o similares</i>	91
Tabla 56. <i>Los gestores en salud deberían, obligatoriamente, tener conocimiento de la realidad nacional, habiendo laborado en la parte asistencial y/o administrativa en los primeros niveles de atención...</i>	91
Tabla 57. <i>Los gestores en salud deberían, obligatoriamente, tener conocida solvencia ética y de valores</i>	92
Tabla 58. <i>Los cargos directivos y jefaturales deben ser asumidos por concurso público</i>	92
Tabla 59. <i>Mejorar los incentivos al personal de salud que labora en zona de frontera y de pobreza extrema</i>	93
Tabla 60. <i>Implementar temas de educación en salud a la población en general, a través de medios masivos</i>	94
Tabla 61. <i>Mejorar la implementación de temas básicos de salud en la currícula educativa desde el nivel primario</i>	94
Tabla 62. <i>Crear consciencia en el paciente sobre sus responsabilidades como usuario</i>	95
Tabla 63. <i>Creación de una comisión nacional para la reforma del modelo del sistema nacional de salud</i>	95
Tabla 64. <i>Mejorar la capacidad resolutoria de todos los niveles de atención</i>	96
Tabla 65. <i>Convocar la participación multisectorial para el nuevo modelo de sistema de salud</i>	96
Tabla 66. <i>La reforma debería contemplar la mejora de la calidad de atención</i>	97
Tabla 67. <i>La reforma debería implementar un control adecuado de los recursos públicos</i>	97
Tabla 68. <i>La reforma debería impulsar la recategorización de los establecimientos de salud a nivel nacional</i>	98
Tabla 69. <i>La reforma debe priorizar el fortalecimiento del primer nivel de atención</i>	98
Tabla 70. <i>La reforma debe considerar la modernización en tecnología y educación médica</i>	99
Tabla 71. <i>La reforma debe realizar una articulación adecuada a nivel intrasectorial y multisectorial</i>	100
Tabla 72. <i>La reforma debe ser integral, considerando la opinión de todos los actores</i>	100
Tabla 73. <i>La reforma debe considerar la gestión de aspectos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud</i>	101

Tabla 74. <i>Política de recursos humanos moderna y acorde</i>	101
Tabla 75. <i>Regulación y cumplimiento de la normativa sobre medicamentos genéricos</i>	102
Tabla 76. <i>Creación de nuevas políticas de estado en salud</i>	102
Tabla 77. <i>Normatividad acorde con la realidad actual</i>	103
Tabla 78. <i>Calificación al actual modelo de sistema de salud en Perú</i>	103
Tabla 79. <i>Grado de satisfacción con relación a la atención recibida</i>	104
Tabla 80. <i>Porcentaje del gasto público que debería ser asignado al sector salud</i>	104
Tabla 81. <i>Inversión para la prevención en salud</i>	105
Tabla 82. <i>Concertación de acciones para mejorar la articulación</i>	105
Tabla 83. <i>Unificación de todos los establecimientos de salud</i>	106
Tabla 84. <i>Reforma progresiva o total desde el inicio</i>	106
Tabla 85. <i>Grupos de interés y bloqueo de la reforma</i>	107
Tabla 86. <i>Reforma de la Constitución para poder acceder a un sistema universal de salud</i>	108
Tabla 87. <i>Apoyo a la reforma a través de un Referéndum</i>	108
Tabla 88. <i>Modelo de sistema de salud más idóneo para Perú</i>	109

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. <i>Trato inapropiado del personal de salud</i>	64
Figura 2. <i>Déficit de infraestructura</i>	65
Figura 3. <i>Déficit de profesionales</i>	66
Figura 4. <i>Grado de satisfacción del paciente en el actual modelo de sistema de salud</i>	69
Figura 5. <i>Necesidad de reforma al actual modelo de sistema de salud</i>	70
Figura 6. <i>Calificación al actual modelo de sistema de salud en el Perú</i>	71
Figura 7. <i>La corrupción es un obstáculo para la mejora del modelo de sistema de salud en Perú</i>	73
Figura 8. <i>Implementación en Perú de las reformas realizadas en otros países</i>	75
Figura 9. <i>La reforma debe contemplar una combinación entre lo público y lo privado</i>	77
Figura 10. <i>Implementación integral de los Determinantes de la Salud</i>	90
Figura 11. <i>Modelo más idóneo para ser implementado en Perú</i>	109

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mi esposa Lita Cubas Guevara de Falconí, por su comprensión, serenidad, madurez, inteligencia y el amor que en todo momento me ha demostrado.

Alejandro Raúl Falconí Lázaro

A mis padres por saber guiarme para lograr ser quien soy ahora; cada logro conseguido, también es suyo. A mi amada Karen por su paciencia, apoyo y amor incondicional.

Luis Pablo Díaz Barahona

A mis padres Edmundo y Victoria, mi esposa Karla y mis queridos hijos Luis, Anny y David, por creer en mi capacidad y ser mi motivación para superarme cada día. A mis amigos coautores, por permitirme participar de este gran proyecto. Esto es posible gracias a ustedes.

Luis Edgardo Robledo Madrid

INTRODUCCIÓN

Este trabajo propone un modelo de sistema de salud fundamentado en la praxeología de sus actores. Se plantea un modelo propio y singular, que relegue el dilema de preferencias entre lo público y lo privado, y que se enfoque en la búsqueda de la eficiencia, teniendo en cuenta las tendencias actuales en la atención de la salud a la población. Considera un diseño tipo Bismarck modificado a la realidad y complementado con el enfoque de los determinantes de la salud. Incluye el aporte de otros autores, al considerarlos sustanciales, pero, sobre todo, por coincidir con el sentir de los actores del sistema de salud peruano.

En primer lugar, para conseguir una posición en el contexto histórico es necesario remarcar que se está haciendo frente a la tercera generación de reformas en los sistemas de salud, las cuales surgieron por las deficiencias percibidas y por la necesidad de encontrar mayor justicia y capacidad oportuna de respuesta. La primera generación de reformas se produjo alrededor de 1940, en donde se crearon sistemas nacionales de salud y se amplió el sistema de seguro social a países de medianos ingresos, y unos años más tarde a los países de menos ingresos (Academia Peruana de Salud, 2008).

Cabe mencionar que la utilización de los servicios de salud era mayormente abarrotada por los que tenían mejores ingresos económicos. Surge entonces como respuesta a esta inequidad, la segunda generación de reformas de los sistemas de salud, que a través de la promoción de la atención primaria de salud pretendían superar el escollo de inequidad, hasta ese momento palpable, situación que hasta la actualidad no ha podido superarse a cabalidad. En la práctica, los servicios de atención primaria fueron mal utilizados, de manera que las personas evitaban atenderse en estos establecimientos y acudían directamente a los hospitales. Como consecuencia, la inversión se siguió realizando en los niveles más altos, descuidando de manera alarmante, los primeros niveles de atención (Sánchez-Moreno, 2014).

Ambas generaciones de reformas se enfocaron en la oferta, con los resultados grosso modo ya descritos. En la actualidad, está en boga la tercera generación de reformas que se centra en la demanda, y que inserta cambios tales como “hacer que el dinero siga al paciente” y desechar el hábito de direccionar los presupuestos hacia los proveedores. Además, se resalta la importancia de las finanzas públicas, avaladas y moduladas por el sector estatal, sin incluir de forma obligatoria que la prestación se realice en el ámbito público, pudiendo ser también privada.

Conviene subrayar que los beneficios que emanan de la atención primaria de salud siguen siendo reconocidos y se mantienen vigentes, y que con el transcurrir de los años se han ido perfeccionando sus conceptos y estrategias. Se conoce que la misma es casi siempre más beneficiosa para los pobres que la atención hospitalaria, lo que evidencia la necesidad de mayor inversión en este nivel y, de esta forma, favorecer a las personas de menores recursos económicos (Sánchez-Moreno, 2013).

De igual modo, en 1980 algunas potencias mundiales como China y la vieja Unión Soviética, se encontraban en transición de economías centralizadas a economías de mercado, como causa del fracaso de la acentuada intervención estatal en la economía, lo que trajo como consecuencia una venta masiva de las empresas estatales, apertura a la competencia, a la reducción de la modulación y la normativa gubernamental y, en general, a dejar la situación al libre albedrío de las fuerzas del mercado. Desde luego, esto trae repercusiones en los sistemas de salud, elevando sustancialmente el interés por los seguros, en especial los de financiamiento privado.

En muchos países del mundo se introdujeron estos cambios, con el objetivo de agrupar, incrementar o asociar la cobertura de los seguros y, de esta manera, conseguir una mayor implicación en el riesgo. El sistema de salud público costado por el Estado

fue reemplazado en muchos países del mundo por una atención de salud financiada por el seguro y directamente por el beneficiario (Academia Peruana de Salud, 2013).

En segundo lugar, esta investigación reveló que el actual modelo de sistema de salud es considerado por sus actores, entre otros resultados, como malo y, por ende, posee un bajo grado de satisfacción. Los actores del sistema de salud peruano entienden que el personal de salud no brinda un trato apropiado a los usuarios, que existe un déficit importante de profesionales y de infraestructura, que es un modelo desactualizado, e identifica a la corrupción como un obstáculo para la mejora del sistema.

Además, en la contrastación realizada con otros estudios a nivel nacional e internacional, se evidencian múltiples coincidencias en la problemática; esto se debe a que los problemas son comunes a la realidad regional latinoamericana. La forma de abordarlos, sin embargo, deberá contemplar las particularidades de cada país, especialmente en Perú, donde la diversidad geográfica, cultural, social y económica es tan abundante.

En tercer lugar, la descentralización y la participación en el sector salud son primordiales para lograr la mejora de la calidad de vida del país. Sin embargo, estos procesos están sometidos a múltiples presiones y resistencias por grupos de interés, los cuales pretenden dar otra dirección que anule completamente la marcha de estos procesos.

La participación social en salud es uno de los desafíos fundamentales en la gestión pública a nivel nacional y latinoamericano. Por tanto, se requiere el surgimiento de un nuevo modelo de sistema de salud que colme las principales expectativas de necesidades de salud de los ciudadanos, que no solo busque quitar “esta carga” al Estado, como impresionan ser las políticas de ajuste y apertura planteadas por el neoliberalismo, sino que la encaminen hacia la democratización de la salud (Sánchez-Moreno, 2014).

En Perú, la gestión pública, lamentablemente, aún se vincula a intereses particulares muy alejados de los principios que deberían guiar la prestación de los servicios públicos, siendo la poca participación ciudadana una de las principales causas. Al mismo tiempo, el ánimo centralista que aún permanece en los gobernantes y en ciertos grupos de interés constituyen el principal obstáculo a superar, por lo cual, los ciudadanos deben ser fuente de sus propias soluciones; es necesario fomentar su participación y contribución en la solución de los problemas que los afectan; de tal forma que se empoderen en este quehacer, fortaleciendo la democracia (Academia Peruana de Salud, 2013).

El equipo transdisciplinario considera valioso un enfoque multisectorial, para la mejora y sostenibilidad del sistema. En ese sentido, el sector educación juega un rol fundamental en el éxito de la reforma. La educación, sin lugar a dudas, es uno de los contribuyentes que influyen en la salud.

El binomio educación-salud es muy frecuente en todos los sistemas y estratos, el aparato público y privado, la sociedad civil, la demanda de la población desde los diferentes ámbitos de Perú, sin embargo, siempre se busca definir cuál es más importante o cuál va primero, “sin salud no hay buena educación”, se suele escuchar, pero también, “sin educación no hay buena salud”; todo depende del grado de amplitud con la que se mire. La salud es la consecuencia de un conjunto de comportamientos, de prácticas, de actitudes, de tipos de pensamientos, de cultura, de tradiciones, de mitos, muchos de ellos beneficiosos para la salud, pero también existen otros que perjudican frecuentemente la misma (Nureña, 2009).

Es aquí donde se recurre, sin lugar a dudas, a la educación como cambio de pensamiento y de paradigma —en su sentido más amplio— y no como suele ocurrir, que la educación se hace en la escuela, en el aula. La educación determina la vida de

las personas, su estilo de crianza y de trato, su economía, el ambiente en el que se desenvuelven y el de su familia y, por supuesto, define sus prácticas de alimentación, de consumo, de actividad física, de salud mental, de protección ante los riesgos, de salud laboral, entre muchas otras decisiones que a cada ser humano le corresponde decidir de manera intrínseca.

La educación y la salud, entonces, forman un binomio de realización personal, pero también de ejercicio ciudadano, de ética, de familia, de práctica del bien común y de bien público, donde una comunidad, un territorio y una sociedad están inmersos, sin exclusión. Estos principios básicos deberían formar parte siempre de cualquier proceso de formación a cualquier edad, con énfasis en la primera infancia, no solo dentro de los servicios formales, sino en cualquier campo comunitario (Quispe y Córdoba, 2005).

En este contexto, los establecimientos de educación básica, superior, universitaria y comunitaria, cobran un papel preponderante en la educación de las personas, pero para vivir mejor, ser mejor, para hacer el bien y buscar la mejor calidad de la vida en común. La educación es un proceso de enseñanza y aprendizaje que se desarrolla a lo largo de toda la vida y que ha tenido ciertos procesos y cambios, con la finalidad de superar las brechas y adecuarse a la realidad que exige la globalización.

En ese sentido, el logro de una salud integral conlleva hablar de cambio de paradigmas en el ser humano, a una formación y trabajo desde un enfoque territorial, un enfoque que busque el cambio de todo un territorio determinado, mediante procesos y acciones con otros actores a nivel sectorial o multisectorial, de tal manera que se atienda y eduque a toda la población sin discriminación o desigualdad alguna.

Asimismo, los sectores educación y salud deben fomentar y encaminar directivas comunes, que permitan el logro de competencias de vida saludable y sean los mismos actores de una población los que se involucren directamente en el cuidado de su salud y el de los demás, mediante el cuidado de su territorio, buscando siempre el bien común (Frenk et al., 2011).

Para que la propuesta tenga éxito, los objetivos propuestos en la reforma deben ser consistentes. Con ese objetivo se sigue la definición de Maceira (2007), quien refiere que las reformas consistentes son aquellas que logran identificar prioridades sanitarias, con objetivos claros de cambio, a la vez que fomentan la puesta en práctica de las metas planteadas con criterios claros de gestión, distribución de responsabilidades y evaluación de resultados. Por tanto, la propuesta que se presenta, se preocupa por cumplir con los criterios referidos.

SISTEMA DE SALUD EN PERÚ

El sistema de salud peruano se divide en sector público y privado. En lo que respecta a su función, el sector público está dividido en régimen subsidiario y contributivo, correspondiente a la seguridad social. El gobierno entrega servicios de salud a las personas no aseguradas, a través de una cuota de recuperación de saldos inestables condicionados a la discrecionalidad de las organizaciones o mediante el Sistema Integral de Salud (SIS). La afiliación al SIS se lleva a cabo mediante la red de establecimientos del Ministerio de Salud (Minsa), que cuenta con hospitales que se encuentran tanto en la capital como en las regiones de la república (Llanos et al., 2020).

El sistema de seguridad social cuenta con dos subsistemas: un sector con provisión convencional (EsSalud) y otro con provisión privada (EPS). EsSalud entrega sus servicios a los ciudadanos asalariados, junto con sus familias, en sus propias instalaciones, aunque desde la promulgación de la *Ley de Modernización de la Seguridad Social* hacia fines de los años 90, el sector privado ha ofrecido sus servicios individuales a EsSalud mediante Entidades Prestadoras de Salud (EPS). Militares, policías y sus familias forman parte de un subsistema de salud conformado por las Sanidades de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional del Perú (Sánchez-Moreno, 2014).

Asimismo, en el sector privado se puede encontrar el privado lucrativo y el no lucrativo. Se incluyen en el primer grupo las EPS, aseguradoras privadas, consultorios médicos y odontológicos, clínicas privadas especializadas y no especializadas, policlínicos y centros médicos, laboratorios y servicios de diagnóstico por imágenes. Como colaboradores no formales se encuentran los proveedores de medicina tradicional. Por otro lado, el sector privado no lucrativo se representa por una serie de vinculaciones civiles no lucrativas. La mayoría entrega servicios de primer nivel y permanentemente son depositarios de recursos económicos de cooperantes externos, gobierno, donantes internos y hogares.

1.1 Contexto

Hacia el año 2015, Perú contaba con una población de 31 151 643 habitantes, con un 51 % de hombres y un 49 % de mujeres. La población se concentró sobre todo en la costa, luego la sierra y finalmente la selva, en cuanto a regiones. A escala urbana, se concentraba 78.7 % de la población, repartida en 57.8 % en la costa, 14.1 % en la selva, 28.1 % en la sierra (Llanos et al., 2020).

De acuerdo con la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (INEI, 2015), 29.2 % de la población son menores de 15 años; 62.2 % se encuentran en edades entre 15 y 64 años y los adultos mayores representan tan solo un 8.6 %. Se piensa que para 2025 los jóvenes presentarán un equilibrio porcentual, esto es, en 8 millones (24 %), y los mayores de 60 años aumentarán de 3 a 4.3 millones (de 10 a 13 %). Estos puntos revelan que la población, de acuerdo con la edad va cambiando; no obstante, pese al incremento de la población adulta, la población joven continuará revelando un alto porcentaje.

Han contribuido en este ámbito poblacional, hechos relacionados con la fecundidad y la mortalidad, sobresaliendo los siguientes: i) reducción de la tasa de mortalidad infantil, que varió de 21 por mil nacidos vivos (NV) en 2008, a 16.6 por mil NV; ii) la regularidad de la tasa bruta de mortalidad que pasó de 5.5 defunciones por mil en 2008 a 5.7 por mil en 2015; iii) la tasa global de fecundidad, que pasó de 2.41 hijos por mujer, en 2008, a 2,2, en 2015; iv) el incremento de la esperanza de vida al nacer, que cambió de 75 años en mujeres y 70 en hombres, en 2008, a 77.8 en mujeres y 72.5 en hombres hacia 2015 (Lazo et al., 2016).

1.1.1. Contexto político y económico

En los años 80, Perú sufrió el desgaste del esquema desarrollistas entregado por la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), que promovió la industrialización de la República con una severa intervención de índole estatal en la economía. La variación del contexto internacional, como resultado del incesante mecanismo de globalización norte-sur y el predominio global del modelo neoliberal, y los aspectos internos, como gobiernos llamados populistas, corrupción estatal, separación del mundo financiero internacional, manifestación de rechazo social por el aumento de la pobreza y la malversación de las condiciones de vida, condujeron al declive del modelo hacia fines de esta década (Fowks, 2011).

El contexto político y social empeoró notoriamente por la rebeldía de grupos fanatizados, que hicieron guerra al Estado, desatando una etapa de conflicto armado de índole terrorista que comprendió tanto a los grupos insurgentes como a sectores de las fuerzas armadas y policiales. Ello conllevó al país a una severa crisis, comparable solo con la

generada por la Guerra del Pacífico. Al declive económico se sumó la falta de gobernabilidad social y política, que hizo cuestionar la viabilidad del país. Detrás se encontraba la histórica y profunda exclusión social y desigualdad social, económica y ético-cultural de grandes sectores poblacionales, sobre todo andino y amazónico (Taft-Morales, 2012).

En esta situación se inserta el modelo neoliberal impuesto desde inicios de los 90, a través de la cancelación del débil ordenamiento democrático. El nuevo modelo societario se consagra finalmente con la promulgación de la Constitución Política de 1993.

El siglo XXI comienza con un lento mecanismo de recuperación de la vida democrática, en donde el modelo neoliberal se convirtió en hegemónico, tanto en su aspecto económico como sociocultural. La reprimarización de la economía incentivada por el neoliberalismo correspondió, en la primera década del siglo, mediante un proceso de extensión de la economía mundial y el aumento en la demanda de materias primas, que subió los precios internacionales. Se da entonces un periodo de relevante crecimiento económico, que logró disminuir la pobreza y la pobreza extrema (Rodríguez, 2018).

En la primera década del presente siglo, la tasa de crecimiento promedio del PBI peruano ha sido de 5,9 % y la inflación promedio de 2,9 %, conllevando a que el país se constituya en una de las economías con un sólido crecimiento en América Latina y el Caribe (Abraham y Ávila, 2018).

1.1.2. Condiciones de salud

En las últimas décadas se dio una mejora considerable en la salud de la población peruana atribuida al sistema de urbanización, al aumento del nivel de instrucción, a mejoras en el acceso a servicios de saneamiento básico, a modificaciones en los estilos de vida, a variaciones demográficas y a la propagación de servicios de salud de primer nivel de atención. Por ejemplo, los neonatos nacido entre 1950-1955 presentaban una esperanza de vida de 44 años; mientras que hoy en día es de 76 años (Sabastizagal et al., 2020).

La mortalidad presentó modificaciones en las causas de defunción y en la composición etaria. A inicios de los 50, los decesos en menores de 5 años dieron un 56 % del total. Hacia fines de los 80 era de 45 % del total de muertes, siendo las principales causas de defunción las enfermedades respiratorias agudas y las infecciones digestivas. A mediados de la primera década del siglo XXI, la causa de primera muerte continuaba siendo las infecciones respiratorias agudas, ocupando el segundo y tercer lugar las enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebrovasculares (Lazo et al., 2016).

Las primeras causas de defunción entre las mujeres peruanas son las infecciones respiratorias agudas, aunque los males no transmisibles cuentan con una creciente presencia. En realidad, las enfermedades isquémicas del corazón y la enfermedad cerebrovascular son la segunda y tercera causa de fallecimiento en este sector poblacional (Ávila, 2019).

De manera similar, esta situación se nota en los hombres que fallecen por infecciones agudas respiratorias, seguido de enfermedades isquémicas del corazón, cirrosis y

enfermedades cerebrovasculares. Asimismo, en la ciudad de Lima datan las más elevadas tasas de muerte por accidentes de tránsito. En efecto, los perfiles de mortalidad en las diferentes regiones del país son muy diferentes. Los departamentos encontrados en la Sierra Sur tienen las tasas más altas de mortalidad por enfermedades transmisibles, ciertos males generados en el período perinatal (Fernández y Vásquez, 2020).

La tasa de mortalidad infantil ha revelado una propensión a la disminución, aunque se conservan brechas en el seno del país. De acuerdo a la Encuesta Demográfica y de Salud 2000, la tasa de mortalidad infantil en la zona rural fue de 45 defunciones por 1000 nacidos vivos en el espacio rural a diferencia de las 24 en el área urbana (Murillo, 2017).

1.1.3. Años de vida saludable perdidos

Se calcula que en el 2004 se perdió más de 5 millones de años de vida saludables (AVISA); de ese total, el 43,2 % fueron muertes prematuras y el 56,8 % fueron a causa de una discapacidad, y el 52,6 % pertenecía al sector masculino y el 47,4 % a mujeres (Quillas et al., 2017).

Por un lado, se tienen enfermedades no transmisibles (58,5 %) y, por otro lado, enfermedades transmisibles, maternas y perinatales (27,6 %). Asimismo, accidentes y lesiones aportaron con 14,7 % a la carga total de enfermedad (Lazo et al., 2016).

La causa más importante de la pérdida AVISA por enfermedades no transmisibles tuvo que ver con enfermedades neuropsiquiátricas (depresión, alcoholismo y esquizofrenia).

Se ha determinado que, debido a esto, se pierden 36 años de vida saludable por cada millar de habitantes. Los hombres pierden más AVISAS que las mujeres por esta razón (40 contra 31).

1.2. Sistema de beneficiarios

En el año 2009 se promulgó la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, la cual tiene el propósito de desarrollar el marco normativo para el aseguramiento universal en salud con motivo de solventar el derecho progresivo de todo individuo a una serie de intervenciones para diferentes condiciones de salud y enfermedad con independencia de su condición laboral (Solis, 2018).

Los beneficiarios del SIS provienen de estratos rurales y urbanos marginales, donde la pobreza es mayor. A ello se añade que el SIS apoya a mujeres no gestantes y varones mayores de 17 años que se encuentran en condición de pobreza y extrema pobreza, tanto en provincias rurales como urbanas, a la espera de que no cuenten con acceso a EsSalud y otros estándares de seguridad social. Se han introducido a este seguro líderes de comedores populares, madres de beneficiarios del Programa de Alimentación Suplementaria “El Vaso de Leche”, madres que laboran en guarderías de menores (Wawa wasi), mujeres integrantes de los Comités Locales de Administración de Salud (comités de gestión) y limpiabotas (Benítez, 2020). De esta manera, EsSalud se encarga de alrededor 20 % de la población, los trabajadores del sector formal, jubilados y sus familias. Entrega servicios de salud en sus mismas instalaciones ubicadas preferentemente en zonas urbanas.

Por otro lado, los integrantes de las fuerzas armadas y policiales disponen de una red particular de instalaciones de salud junto con un equipo de profesionales. Asimismo, los seguros privados o servicios pre-pagados entregan una cobertura a poco menos del 5 % de la población. Por consiguiente, entre 10 % y 20 % de peruanos se ve excluida por completo del sistema de salud pese a que el Estado ha intentado, mediante el MINSA y los gobiernos regionales, alcanzar a las poblaciones más vulnerables.

Cabe aclarar que los beneficiarios de EsSalud, la Sanidad de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional cuenta con una estrategia de beneficios conocido como plan específico de salud que cubre todas las necesidades de salud. No obstante, de acuerdo a la insuficiente oferta y tediosas listas de espera para la atención, una fracción de los asegurados acude al sector privado lucrativo en zonas urbanas y a los servicios estatales en zonas rurales (Lazo et al., 2016).

Asimismo, EsSalud, a través del progreso tecnológico, centra la atención del mayor volumen de enfermedades crónicas de alto costo, debido a que los individuos con inconvenientes de salud más serios siempre pretenden afiliarse a este seguro. Se calcula que, de la totalidad de pacientes en diálisis, el 95 % se atiende en EsSalud; lo mismo ocurre con el 65 % de los pacientes con sida bajo tratamiento y casi el 100 % de los trasplantados de corazón, médula ósea e hígado (Lazo et al., 2016). De esta manera, la repercusión del SIS se nota en el aumento de la recurrencia hacia servicios de salud por los pobres y el parto institucional, que ha incrementado de 57,9 % en 2000 a 70,4 % en 2004.

1.3 Financiamiento

El gasto de bolsillo continúa considerándose la más importante fuente de financiamiento de los servicios de salud. No obstante, en los últimos años se nota un serio aumento del financiamiento por parte del Estado. El 79 % del financiamiento del MINSA en el año 2007 se derivó de impuestos generales, el 15 % de las cuotas de recuperación y el 6 % de donaciones y transferencias (Cañizares, 2017). Por otro lado, es importante resaltar que el SIS se financia con recursos ordinarios que provienen del presupuesto general, casi en su totalidad. La parte restante (6 %) deriva de donaciones y contribuciones no reembolsables de gobiernos regionales, organismos internacionales, aportes de personas naturales, instituciones públicas y privadas, y transferencias del Fondo Intangible Solidario de Salud (Solis, 2018).

Las prestaciones de EsSalud adquieren financiamiento gracias a aportaciones de los empleadores, que son alrededor de 9 % del salario de trabajadores activos. Mientras que, en los jubilados, el aporte deriva de los asegurados dando un 4 % de remuneración asegurable. Al momento de que un asegurado escoge formar parte de los servicios de EsSalud, el financiamiento total se asigna a esta institución, sin embargo, cuando se elige acceder a servicios mixtos (EsSalud y EPS), el financiamiento se reparte: 6,75 % para EsSalud y 2,25 % para las EPS (Borda, 2018).

Por otra parte, el gasto en salud de Perú es muy bajo en comparación a países desarrollados. Se tiene que, en 2008, por ejemplo, la inversión del Estado fue de apenas 4,5 % del PIB.

Esto es, el gasto por persona en salud es de 385 dólares. El gasto público llega hasta 59,4 % del gasto total y el gasto privado cuenta con el porcentaje restante. Esta determinación entre gasto público y privado no varía desde inicios de siglo (Lazo et al., 2016).

1.4. Cobertura

Producto de la promulgación de la ley de aseguramiento universal en salud (AUS), en Perú se desarrolló un progreso notorio en las coberturas de esta índole. En 2011, 64,5 % de la población tenía un seguro de salud, porcentaje que incrementó a 72,9 % en 2015. El aumento en la cobertura de aseguramiento se notó en muchas regiones del país, sobre todo en aquellas con elevados índices de pobreza, como Huancavelica y Apurímac, que en 2015 consiguieron 94,5 % y 90,6 % de población asegurada, respectivamente. Asimismo, aquellas regiones con índice menores de cobertura fueron Tacna (54,8 %) y Madre de Dios (60,6 %) [Mezones et al., 2019].

El Seguro Integral de Salud (SIS) es la más importante intervención pública para el cuidado personal en salud. Para mejorar sus coberturas de afiliación se suprimieron los impedimentos administrativos, permitiendo la incorporación al SIS cerca de dos millones de personas provenientes de poblados lejanos, indocumentados, presos, niños de albergues e indigentes. En 2015, cerca de 350 mil neonatos se afiliaron, asimismo, 132 mil menores de tres años y cerca de tres millones de escolares provenientes de instituciones educativas públicas de nivel primario y secundario. A ello se suma que el SIS Emprendedor ha conseguido el cuidado a independientes del Nuevo Régimen

Único Simplificado; esto es, en 2015 se aseguraron 257 mil de forma activa, en tanto que 427 mil se registraron (Yábar, 2020).

La Ley Marco de AUS dio el visto bueno al Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), consistente en un sistema integral de atenciones (de prevención, de diagnóstico, de curación y de rehabilitación) que brinda atención a un total de 140 requisitos asegurables durante todo el ciclo de vida y cuenta, a su vez, con una cobertura de 65 % de la carga de enfermedad en el plano nacional. En el periodo 2010-2011, al PEAS se añade la cobertura de estrategias fines para traslado y sepelio; en tanto que, en 2012, la cobertura de enfermedades costosas como las del ámbito oncológico, en el escenario del Plan Esperanza. Por otro lado, entre 2009 y 2016, si bien el PEAS permanece con 140 requisitos asegurables, hubo un cambio de 510 a 676 métodos médicos que consideran 1317 diagnósticos (variantes clínicas) [Mezones et al., 2019].

EVOLUCIÓN DEL SISTEMA DE SALUD PERUANO

El sistema de salud peruano es el producto de la coincidencia de diferentes componentes organizaciones que derivan de distintas condiciones sanitarias, tributarias de diferenciadas concepciones y portadoras de variados intereses, estructuras culturales, medios de financiamiento y modelos de gobierno, de gestión y prestación; reunidos a manera de capas geológicas, provenientes de tiempos coloniales en algunos casos.

Los primeros intentos por acomodar el sistema de salud provienen de los años 70, cuando el Estado, en su afán por poner en marcha una “política de bienestar” en relación a la salud, elige ser responsable de la gestión de la red hospitalaria nacional que se encontraba a cargo de la Beneficencia Pública y planificar el subsistema público estatal, que se consolidó como un elemento clave del sistema de salud. No se habla de un sistema estatal benefactor de manera particular, sino de un sistema populista de Estado, debido a que se particulariza por su severa apropiación de bienes de orden público, sobre todo de los grandes hospitales, por diferentes motivos económicos, corporativos y gremiales que hasta hoy atentan contra su forma de gobierno.

En los años 30, el Seguro Social apareció como una manera de protección social asociada al campo laboral. Luego pasó a conformar el baluarte social de la pálida etapa de industrialización nacional sucedida tres y cuatro décadas más tarde. Una entidad pionera en

aparecer en el año 1933 fue la Caja Nacional de Seguro Social Obrero, que se financió por el Seguro Social. Esta institución, dirigida a la entrega de servicios de salud, se inclinó por elaborar su red personal de establecimientos, probablemente, de acuerdo a inclinaciones políticas y económicas de diferente orden. De esa forma se perdió la probabilidad de asentar un fuerte subsistema público apto de posicionarse en el instrumento institucional del progreso de la conciencia y el quehacer ciudadano en la atención de la salud.

La creación de Seguro Social del Empleado, en 1948, como organismo propio de la Caja, amenazó con una más intensa segmentación del sistema. Ello se revirtió 25 años más tarde gracias a la aleación de dichas organizaciones para conformar el Seguro Social del Perú y más adelante, en 1980, el Instituto Peruano de Seguridad Social como entidad autónoma (Velapatiño, 2017). Además, es importante resaltar que las redes de servicios de los institutos militares y policiales conforman, en la praxis, mecanismos de seguro social para estratos poblacionales concretos, a la espera de políticas de defensa nacional y de índole interna.

El subsector privado proviene de la práctica liberal del doctor que data de prácticas que se establecieron en el siglo XIX. Además, resulta diferenciado y difícil de comprender, pues toma en cuenta el ámbito empresarial-corporativo, el cual se encuentra en emergente progreso, consecuencia del dinamismo y la propagación del mercado sanitario; y el quehacer privado del colaborador individual, el cual se encuentra en constante retracción, gracias a la atención tecnológica que apela a que el médico se incorpore a una entidad de salud que le brinda este servicio (Tuya et al., 2016).

2.1. Vía hacia la reforma del sistema de salud

Las primeras actitudes acerca de la necesidad de cambiar el sistema de salud aparecieron hacia fines de los sesenta; los pronunciamientos se dieron fundamentalmente por funcionarios e integrantes de la Sociedad Peruana de Salud Pública. La creación de la comisión para la conformación del proyecto de la Ley general de salud, a mediados de los setenta, fue la oportunidad para conformar una iniciativa de reforma. Sin embargo, las severas diferencias de concepto y de ideología de sus integrantes no hicieron posible determinar un acuerdo. Por último, en 1975, se aprobó la creación del Sistema Nacional Coordinado de Salud, y se dejó de lado la iniciativa que proponía la instauración del Servicio Nacional Participativo de Salud (Lazo et al., 2016).

Una década más adelante, se dio un nuevo afán por integrar el subsector público, a través de la conducción del entonces ministro de Salud, médico reconocido a nivel mundial en razón a su compromiso con la implementación de la atención primaria de salud (APS), al ser uno de los encargados de organizar la Conferencia Internacional sobre Atención primaria de salud en 1978. Su iniciativa, dirigida a poner en marcha la APS como pieza de reorientación del sistema de salud, no consiguió la ayuda de los responsables socio-sanitarios y, además, aparecieron inconvenientes de índole legal que lo volvieron inviable (Gutiérrez et al., 2018).

Hacia fines de los noventa, con la aprobación de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, se estableció una reforma en el Instituto Peruano de Seguridad

Social para crearse el Seguro Social de Salud. Abarcaría dos modalidades: la convencional, que modifica su denominación a EsSalud, y la privada, mediante entidades prestadoras de salud (EPS), que otorga beneficios de disminuida complejidad mediante redes de establecimientos de índole particular. A la misma vez, se implementó la Superintendencia de EPS (SEPS) como entidad supervisora de este mecanismo de prestación de servicios.

2.2. Descentralización de la salud

La descentralización política es una pretensión que añoraban las provincias y pueblos alejadas de la capital peruana y es entendida como una buena ocasión de mejorar en vista al progreso de la república, de acuerdo a un afán armónico y sostenible. En 2001, al recuperarse la democracia, esta iniciativa cobró fuerza en la agenda política nacional dando como resultado la promulgación de una serie de leyes que impulsaron y regularon el sistema de descentralización. Ahora bien, dado que el Estado mantiene su esencia unitaria, se divide en tres niveles de gobierno: nacional, regional y local (Cosavalente et al., 2019).

La descentralización de la salud desde plano central hasta contextos subnacionales presentó distintos compromisos y, a pesar de los años que transcurrieron, no se conoce sus progresos como elemento de democratización de las decisiones y el desarrollo sanitario de los contextos descentralizados. Los primeros acercamientos enseñan situaciones muy distintas. Se entiende que los gobiernos regionales, después de un complicado período de adaptación, asumen con responsabilidad el reto de la salud en sus contextos, consiguiendo objetivos sanitarios de importancia. En cambio, otros gobiernos regionales no consiguieron

obtener las competencias necesarias o prestan poca importancia a sus funciones en materia de salud, sobre todo con respecto a las intervenciones en salud pública, con el inmediato riesgo de que suceda alguna emergencia sanitaria (Llanos et al., 2020).

Este panorama proporciona distintas reacciones entre los responsables de la descentralización. Hay quienes manifiestan que lo ocurrido es parte de lo que se esperaba, debido a que los tiempos no son necesariamente prolongados como para notar cambios importantes. Asimismo, hay quienes defienden la revisión integral del proceso, incluida la conveniencia de precisar las condiciones en las cuales el Estado exige intervenir en los contextos regionales para proteger la salud de la población.

2.3. De la asistencia sanitaria estatal al aseguramiento universal

En los años noventa, se comienza a considerar poco a poco el concepto de aseguramiento en salud, el cual manifiesta operativamente la supuesta conveniencia de diferenciar, en los sistemas de salud, la función de compra de la función de venta de servicios, con el objetivo de lograr una mejor atención. En la praxis, este inconveniente de índole financiero no estima la entrega de servicios de salud, en donde se centra la misión del sistema. De esta propuesta subyace el concepto de “mercado interno”, incentivado por neoliberalismo y entendido como una herramienta de eficiencia en la producción y repartición de los bienes sanitarios (Mezones et al., 2019).

En esta propensión, hacia fines de los noventa, se crearon las primeras experiencias de seguro público peruano. Ello hace referencia a dos programas creados para superar

la traba económica de acceso a los servicios de salud de poblaciones vulnerables: el Seguro Escolar Gratuito (SEG), para menores de 3 a 17 años, y el Seguro Materno Infantil (SMI), que proporcionaba cobertura a las madres gestantes y a los niños de menos de 5 años. Cabe aclarar que ambos programas ofrecían paquetes básicos de atención (Velásquez et al., 2016).

En 2002, en referencia a experiencias previas, se implementó el Seguro Integral de Salud (SIS) como un programa que se financia parcialmente al requerimiento de salud, mediante la modalidad de reembolso. La consolidación de este servicio público se consiguió gracias a las gestiones gerenciales de sus responsables, a lo que se suma una conveniente suficiencia administrativa. Los beneficiarios, las estrategias de beneficios, los esquemas de financiamiento y los medios de pago a los prestadores cambiaron al pasar los años (Cosavalente et al., 2019).

Al comenzar el siglo XXI, en distintos países de Latinoamérica, se incentivó el aseguramiento universal en salud (AUS) en sus múltiples variantes. Esta propuesta apareció en el policy network de índole mundial y su aplicación es propia de la globalización norteamericana. Instaure un esquema de modificación del sistema de salud que pone por encima a la intermediación financiera (aseguramiento) a la categoría de elemento indispensable del sistema, en aras de que se incluya en todo estrato del mismo (Sen, 2008).

En Perú, los organismos aseguradores adquieren la denominación de Instituciones Administradoras de Fondos del Aseguramiento en Salud (IAFAS). De todas formas, en teoría,

cada núcleo familiar elegiría una de las entidades referidas, a pesar de que la segmentación se conserva intacta. El AUS es visto, por un sector especializado internacional, como una de las formas de lograr la cobertura universal en la atención de salud, además de provocar cuidado financiero en el ámbito y amenguar la fragmentación del sistema. Mientras que los otros sectores muestran sus serias limitaciones para la consecución de estos objetivos.

En 2009, Perú consiguió la implementación del AUS, a pesar de no tener la aprobación de ciertos responsables socio-sanitarios de importancia. Se afirma, pues, que se implementó con firme oposición de serios colegios profesionales, entidades de la sociedad civil y gremios laborales. Esta condición se manifestó en controversias sindicales y diferentes cuestionamientos, que condicionaron a las autoridades sanitarias a proporcionar acuerdos mínimos para su accionar mediante el Foro por el Acuerdo Nacional (Lazo et al., 2016).

Por otro lado, el AUS comenzó a operar desde la promulgación de la Ley marco N.º 29344 y su reglamento, D.S. N.º 008-2010-SA. Este mecanismo legal implementó la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud (SUNASA) como entidad supervisora del accionar del sistema. Luego, a través del Decreto Legislativo N.º 1158, la SUNASA, ya establecidas sus competencias, modificó su denominación a Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD). En conclusión, se trasladó a SUSALUD la regulación de la administración financiera y el control de los organismos prestaciones de orden público y privado, los dos elementos de política de primer orden (Petrera, 2018).

PARTICIPACIÓN DE LA CIUDADANÍA EN LA SALUD PERUANA

El derecho a la salud se establece de manera formal en la Constitución Política y en la Ley General de Salud. Además, ciertos aspectos de características jurídicas se precisaron en la Ley N.º 29414, que determina los derechos de los usuarios de los servicios de salud. El acceso a esta avizora libertades y derecho, o sea, el Estado obliga al cumplimiento de ciertas obligaciones ya sean positivas o negativas. En tanto las primeras, la puesta en marcha del derecho a la salud determina que al poder público se le adicionen recursos y políticas públicas; en cambio, para las segundas, es suficiente que las autoridades públicas se contengan de dañar dimensiones determinadas del derecho a la salud (Petrera, 2018). No obstante, la experiencia permite notar los permanentes inconvenientes que afrontan los estratos más vulnerables en lo que respecta al derecho a la salud. En las poblaciones indígenas, la atención de la salud es de especial gravedad debido a que confluyen problemas geográficos, económicos, organizacionales y culturales (Chacaltana y Ruiz, 2017).

Últimamente se han generado ciertos progresos del Centro Nacional de Salud Intercultural (Censi) del Instituto Nacional de Salud (INS). Se ha incentivado y, luego de un procedimiento de elaboración de acuerdos con colaboración de representantes de estas poblaciones indígenas tanto andinas como amazónicas, con el seguimiento de la Defensoría del Pueblo, se consiguió la aprobación de la Política Sectorial de Salud Intercultural en 2016. Asimismo, el Minsa ha generado normatividad técnica para la correspondencia cultural,

sobre todo de la atención del parto, que, a pesar de expresar una concepción particular de la salud intercultural, conforma un avance en la materia. Similares problemas de exclusión y discriminación se evidencian en la atención de salud de distintos grupos vulnerables en términos sociales, como los que sufren alguna discapacidad, integrantes de la comunidad LGTB o enfermos de tuberculosis y enfermedades por VIH, entre otros.

3.1 Colaboración ciudadana en la gestión de salud

La colaboración ciudadana en la formación, manejo y control de las políticas públicas en salud es cerrada y variada. Por una parte, se encuentran las convencionales propuestas de participación social en salud, sobre todo rurales o urbano populares y, por otra, las experiencias institucionales acaecidas desde una entidad del Estado ante la conveniencia de aplicar políticas públicas que incentiven la colaboración ciudadana o el cuidado de los derechos de los usuarios (Mezones et al., 2016). Además, la colaboración social se encuentra poco institucionalizada, es variada y fragmentada, generalmente influenciada por organizaciones gubernamentales o iglesias, con preferencia de la iglesia católica, como es el caso de las organizaciones de agentes comunitarios de salud (Apromsa), los comités de desarrollo comuna (Codeco), entre otras.

Asimismo, en zonas urbanas se ha conseguido conformar ciertas propuestas de gran repercusión e importancia política entre las que sobresale Foro Salud, asociación no gubernamental que integra el afán de colaboración en la formación y vigilancia de la política de salud de distintos colectivos sociales, y enseñan constante iniciativa y presencia nacional.

Además, se han estructurado colectivos de pacientes afectados por males de gran impacto sanitario y social. Dicho sea de paso, se da una gran diversidad de organizaciones sociales que desempeñan labores en cuidado de la salud, no obstante, en muy pocas ocasiones consiguen incidir en políticas de salud (Cetrángolo, 2013).

Entre los conocimientos institucionales acaecidos desde organismos oficiales destacan los comités locales de administración de salud (CLAS). A pesar de que aparecieron hace más de dos décadas, no han conseguido propagarse como mecanismo de congestión social de los establecimientos de salud más especializados y mejor preparados. En líneas generales, se piensa que apenas un tercio de las instalaciones sanitarias de baja complejidad son manejados mediante esta modalidad, aunque su repartición nacional es evidentemente diferenciada (Lazo et al., 2016).

3.2. Colaboración académica (universidades y colegios profesionales)

El vínculo entre el Minsa, los colegios profesionales, las organizaciones sociales y las universidades, excepto ciertos casos, se restringe a lo determinado en la regularidad. Tal vez, el conocimiento permanente e institucional de colaboración de estos actores sea su existencia en los consejos de salud. Sin embargo, sus contribuciones son restringidas y, antes de ajustar políticas y procedimientos sectoriales en el afán por amenguar la fragmentación y segmentación del sistema, se destacan intereses particulares; condición que debilita el papel de los consejos de salud como organismos de gobernanza de sistema. Cabe precisar la colaboración de las casas de estudio de nivel superior en los consejos que determinan la

formación de especialistas en salud, resaltando el Comité Nacional de Residencia Médica (Conareme) [Sánchez-Moreno, 2014].

De forma contraria, la colaboración de la universidad en las políticas y los temas nacionales de investigación y establecimiento de tecnologías en salud se encuentra poco desarrollada. Ello, en parte, se determina por la falta de canales constantes de vínculo entre la academia y los responsables de elaborar políticas. Es poco común que la investigación generada en las universidades entregue resultados que aporten resultados convenientes a las políticas públicas de salud. En 2009, la INS convocó a un sistema colaborativo para precisar los objetivos de estudio de carácter nacional, según los requerimientos de conocimiento de los más importantes problemas de salud y del sistema mismo (Alcalde-Rabanal, 2011).

Por otro lado, el Colegio Médico del Perú (CMP), de acuerdo al reglamento, se ve obligado a prevalecer la mejora de la salud individual y colectiva y a adecuarse como una entidad participativa de los poderes públicos en la defensa de la salud. Es conveniente tener en cuenta que el CMP, a la misma vez que otros colegios profesionales, cuenta con derecho constitucional. No obstante, esta atribución se da de manera inusual e ineficaz, a pesar de que pudiese canalizar serias intervenciones en provecho de la salud de la población.

Eventualmente, con la creación del Sistema Nacional de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad Educativa (Sineace), en el año 2006, los colegios profesionales tomaron la responsabilidad de certificar las competencias de sus colegiados. No obstante, los puntos de vista para el avance de este proceso no resultan alentadores (Mezones et al., 2019).

3.3. Desafíos y perspectivas

Sin lugar a dudas, Perú es un país con un notorio crecimiento económico en Latinoamérica, debido a que se ha notado una reducción permanente de la pobreza y una mejora considerable de la salud de la población, más aún en lo concerniente a la salud materno-infantil. Sin embargo, para seguir con dicha situación se debe conservar el empeño sostenido para lograr el acceso y la cobertura universal en salud, es decir, que esta se note no solo en la cantidad de afiliados a una aseguradora pública o privada, sino en la cobertura universal objetiva para los peruanos.

Un desarrollo que apunta a la superación de la fragmentación del sistema, por medio de la consideración del financiamiento que deriva de distintas fuentes públicas y la garantía de su correcta administración. Desde esta perspectiva, adquiere interés circunstancial el intercambio prestacional entre aseguradoras, cuyo progreso luego de mucho tiempo de implementación es mínimo. A la misma vez, es conveniente incentivar las redes integradas de salud como procedimiento de acoplamiento en la entrega de servicios, siempre que respondan con similitud de oportunidades para que la población acceda a una atención de salud eficaz, de calidad y culturalmente adecuada.

Se afianza el Seguro Integral de Salud como el organismo asegurador del subsector público, que materialice el accionar del acceso a la atención de salud de los peruanos y se conforme como el engranaje de desarrollo de la política de aseguramiento con sentido público. La tecnificación de sus sistemas de información, la modernización y el mejoramiento

de los procedimientos de pago y, sobre todo, la seguridad de un financiamiento constante, emergente y contracíclico son requisitos indispensables para su fortalecimiento.

Para ello se debe aumentar la inversión en salud hasta alcanzar la regularidad dada en la región de las Américas, o sea, un incremento de 1,7 % en el PBI para la salud, aproximadamente. En la conveniencia de extender el espacio fiscal, se consolidan diferentes normas recomendadas por entidades internacionales. La ejecución, asimismo, de impuestos dirigidos a la salud (earmarking for health) no se debe dejar de lado por motivos ideológicos. Así, es obligatorio solventar la falta reversibilidad de las cantidades y las ratios de financiamiento conseguidas, en cuidado del peligro que se quiere disminuir el financiamiento público. El aumento de recursos debe dirigirse con preponderancia al fortalecimiento de las intervenciones integrales en salud colectiva, que conformen objetivos sanitarios, y a la reestructuración y el establecimiento del mejor nivel de atención.

Volver más fuerte al Minsa como organismo rector del sistema de salud, por medio de la optimización de sus destrezas de gobierno, con el objetivo de asegurar una dirección democrática. Para ello es necesario conseguir legitimidad social que vaya en torno a una gran habilidad de negociación en el impulso distributivo. Asimismo, es conveniente volver a diseñar las instancias de gobernanza sectorial-social e intergubernamental.

También es conveniente ahondar en el procedimiento de descentralización en salud en lo que respecta a la representación de la política nacional de salud y sus mecanismos de implementación. Asimismo, se deben volver más fuertes los procesos de democratización

administrativa en los gobiernos regionales y sus dependencias en salud con el fin de eludir el centralismo en las capitales de las regiones de Perú. Es necesario solventar el control transparente de los recursos y bienes públicos, a través de solventes medidas preventivas.

Por su parte, para poner en marcha una política de recursos humanos que tenga en cuenta su formación y su desarrollo, se requiere considerar que la producción de los servicios de salud es, por esencia, talento-intensiva. Además, esta área de acción es imprescindible y, probablemente, la del más dificultoso tratamiento, en razón de la gran variedad de responsables, intereses y puntos de vista.

Concebir al medicamento como bien público es imprescindible, ya que solo desde este abordaje se puede solventar su acceso seguro, conveniente y de calidad a toda la población. El Estado se ve apelado a utilizar todos los procedimientos que le entregan los reglamentos nacional e internacional para conseguir este objetivo. De esta manera, al darse cierto perjuicio en la población, se deben ejecutar medidas remediales del mismo tamaño que los daños producidos, los cuales se financiarán por los sectores beneficiados por estos tratos.

ESTUDIOS DE UN NUEVO MODELO DEL SISTEMA DE SALUD PERUANO

En Perú, así como en la mayoría de los países de Latinoamérica, el enfoque actual aún sigue siendo mayoritariamente el asistencialista, y se maneja dentro de un sistema con deficientes procesos de planificación, organización y control, y donde pululan sólidos grupos de poder. El ánimo de cambiar esta realidad es uno de los argumentos que acreditan la propuesta que derivará del presente libro.

A pesar del crecimiento económico sostenido que el país ha vivido en los últimos años, la salud no tuvo el desarrollo esperado. Los intentos de reforma de los últimos años no han trascendido, en realidad, no fueron ni de cerca reformas; las mismas han sobrevalorado la importancia del mercado y no al derecho a la salud, y eluden los problemas esenciales del sector, como son la gravísima ineficiencia del sistema nacional de salud, el desfasado financiamiento y la insuficiente valoración de los recursos humanos. De ahí que la propuesta de reformar el actual modelo de sistema de salud peruano encuentre notable justificación.

De esta manera, la inequidad y las frustraciones de la población son crecientes por el desamparo en el primer nivel del sistema nacional de salud, la insuficiente y demorada atención en los otros niveles, la sobresaturación desesperada en emergencias y hospitales, entre otros problemas, conlleva a graves consecuencias. Esta situación más que por deficiencias técnicas se debe a deficiencias sistémicas, por tanto, con la propuesta de estudio se pretende corregir el modelo actual de sistema de salud.

Los organismos internacionales conminan a los países a cumplir exigencias mínimas en temas de salud, y el desarrollo de las clases medias ejerce mayor presión sobre las autoridades competentes para realizar los anhelados cambios. Se está ante una ocasión insuperable para proponer y realizar los cambios tan esperados y necesarios al modelo de sistema de salud.

Para terminar, un país con altas tasas de morbilidad quiere decir que es improductivo porque la salud es fuente también de riqueza. Hoy más que nunca, en esta coyuntura de pandemia mundial por el covid-19, donde a pesar de haber tomado algunas acertadas medidas de salubridad en el momento oportuno, no se obtuvieron los resultados esperados, siendo uno de los principales motivos el deficiente y desfasado modelo de sistema de salud; quedando demostrado que la falta de salud puede llevar a un país a situaciones caóticas. Por tanto, deben buscarse políticas de Estado que generen prevención de la enfermedad e incremento de la calidad de vida, dándole justificación desde la económica a la propuesta de estudio.

4.1. Objetivo general

Proponer un nuevo modelo de sistema de salud fundamentado en la praxeología de los actores participantes del sistema de salud peruano, en el periodo abril-diciembre 2019.

4.2. Objetivos específicos

- Analizar el modelo de sistema de salud peruano desde las subjetividades de sus actores en el periodo abril-diciembre 2019.
- Contrastar conjuntamente con los actores los modelos de los sistemas de salud de Latinoamérica con el modelo de sistema de salud peruano en el periodo abril-diciembre 2019.
- Diseñar el modelo de sistema de salud para Perú desde la perspectiva de los actores en el periodo abril-diciembre 2019.
- Validar el modelo de sistema de salud propuesto para Perú en el periodo abril-diciembre 2019.

4.3. Tipo y diseño de investigación

Este estudio se realizó contemplando los alcances de la investigación transdisciplinaria y proyectiva. Para ello se utilizó la metodología complementaria y se aplicó la triangulación múltiple.

El equipo transdisciplinario quedó constituido de la siguiente forma: tres profesionales de distintas ramas, incluido el investigador principal, y una persona sin formación

profesional, pero interesado en el tema de investigación abordado. Se utilizó la investigación proyectiva al tener como fin la propuesta de un modelo de sistema de salud que conlleve a mejoras en la práctica; se respetó y consideró, asimismo, los pasos principales de este tipo de investigación, los cuales son a saber: diagnóstico de las necesidades del momento, procesos explicativos y las tendencias futuras.

Dentro de los tipos de diseños complementarios, se eligió el exploratorio. La idea es indagar en conjunto sobre cómo se debe plantear el problema con el fin de poder ampliar su comprensión en una muestra poblacional mayor y de esta forma poder extrapolar los resultados obtenidos (Creswell, 2013).

En el mismo sentido, Hernández et al. (2014) plantean el diseño exploratorio secuencial (DEXPLOS) en dos modalidades: derivativa y comparativa. Se decidió utilizar la derivativa, ya que se buscó probar elementos de una teoría emergente producto de la fase cualitativa y se pretendió generalizarla a diferentes muestras. Además, porque permite formar un instrumento estandarizado; en vista de que no existe, son inadecuados o no se puede disponer de ellos. Lo que se ajusta a cabalidad a este estudio. Por consiguiente, el diseño de este trabajo se estableció de la siguiente forma: diseño exploratorio secuencial derivativo.

En lo que respecta a la fase cualitativa (primera fase), se optó por escoger a la teoría fundamentada como método de investigación, pues se buscó conocer las opiniones y aportes de los diversos actores del sistema de salud peruano. Mientras que, en la fase cuantitativa

(segunda fase), se eligió el método de investigación exploratorio. Estos aspectos, según Hernández et al. (2014) “investigan problemas poco estudiados, indagan desde una perspectiva innovadora, ayudan a identificar conceptos promisorios y preparan el terreno para nuevos estudios” (p.89).

En el actual estudio se aplicó la triangulación múltiple, la cual es la unión de dos o más tipos de triangulación en una investigación. Se utilizó la triangulación del investigador, al haber empleado múltiples observadores, opuestos a uno singular. Denzin (1989) señala que este tipo de triangulación se cumple cuando dos o más investigadores preparados con distintas experiencias examinan el mismo problema de investigación (como es citado en Arias, 1999). Lo importante de la triangulación del investigador es que diferentes sesgos disciplinares se comparan o se neutralizan a través de este tipo de estudio. Al mismo tiempo, se empleó la triangulación entre métodos, al utilizar métodos cualitativos y cuantitativos, para aumentar la validez y fiabilidad de los resultados.

4.4. Población

Los participantes de este estudio lo constituyeron los actores del modelo de sistema de salud peruano, es decir, los pacientes, personal asistencial y administrativo del Ministerio de Salud (MINSA), Seguro Social de salud (ESSALUD), Fuerzas Armadas y policiales, además de las entidades privadas de salud. Asimismo, se tomó en cuenta al personal que labora en universidades o similares, compañías farmacéuticas, gestores en salud, profesionales de otros sectores del Estado, autoridades y políticos.

4.5. Muestra

En la fase cualitativa, se utilizó una muestra no probabilística. Se aplicó un muestreo por conveniencia para obtener una muestra de acuerdo al interés del equipo de investigación, entrevistándose a 40 participantes. En la fase cuantitativa, se tuvo en cuenta que al ser una muestra probabilística se necesitaba cumplir dos requisitos fundamentales: 1) establecer el tamaño de la muestra y 2) elección al azar de los sujetos de la muestra (Hernández et al. 2014).

Para el tamaño de la muestra se utilizó la fórmula con población infinita o desconocida:

Donde:

n = muestra

Z = nivel de confianza

p = probabilidad a favor

q = probabilidad en contra

E = error de la muestra

El nivel de confianza se fijó en 97 %, la probabilidad a favor y en contra en 50 % y el error de la muestra en 3 %.

Remplazando la fórmula:

Entonces se fija la cuota de participantes en 1308.

4.6. Muestreo

Para la elección al azar de los sujetos de la muestra, se realizó un muestreo por conglomerados en 4 etapas, los cuales fueron constituidos por establecimientos de salud y centros de educación superior.

Para asegurar que la muestra sea representativa, en las primeras tres etapas de los conglomerados se usó entre cada una de ellas el muestreo aleatorio simple (MAS); y en la última, el muestreo sistemático. Así, en la primera etapa se eligieron las regiones donde se aplicaría el cuestionario, resultando ser las siguientes: Amazonas, Cajamarca, Ica, Lima, Lambayeque y Piura. En la segunda, se seleccionó la provincia, siendo elegidas las siguientes: Bagua, Jaén, Pisco, Lima, Chiclayo y Piura, respectivamente. En la tercera etapa se seleccionaron los conglomerados que iban a constituir la unidad de análisis, resultando ser el Hospital “Gustavo Lannata Luján”, Instituto Superior Pedagógico “Víctor Andrés Belaunde”, Institución Educativa “Bandera del Perú”, “Universidad Privada del Norte”, Hospital “Luis Heysen Incháustegui” y Hospital “Jorge Reátegui Delgado” respectivamente. En la cuarta etapa se seleccionó la unidad muestral, es decir, los participantes, a quienes se les aplicó el instrumento de recolección de datos.

4.7. Criterio de inclusión

El criterio de inclusión para la muestra en ambas fases de este estudio fue: personas mayores de 18 años que pertenezcan al modelo de sistema de salud del Perú y accedan voluntariamente a participar en el presente trabajo. Se excluirá a todas las personas que no cumplan con los requisitos antes mencionados.

4.8. Escenario de estudio

El lugar donde se obtuvo la información en la primera fase de esta investigación, fase cualitativa, fue el acordado previamente con los entrevistados; pudiendo ser su domicilio, oficinas privadas, lugares de trabajo o estudio, cafeterías y otros ambientes que cumplieran los requisitos de clima y ambiente necesarios para la eficaz aplicación del instrumento de recolección de información, la entrevista. En la segunda fase, fase cuantitativa, la información se obtuvo de los conglomerados elegidos.

4.9. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica utilizada en la primera fase de investigación fue la entrevista a profundidad semi estructurada y el instrumento consistió en la confección y aplicación de un video, abarcando los tres primeros objetivos específicos del presente estudio. Para la segunda fase, la técnica elegida fue la encuesta y se optó por el cuestionario como instrumento de recojo de información, con el que se abarcó el cuarto objetivo específico. Se utilizó solo preguntas cerradas, de tipo: 4 dicotómicas, 78 escala y 1 semicerrada.

Previo a la aplicación del cuestionario, este estudio aplicó una Encuesta Piloto para conocer si lo que se pretende investigar es así entendido y respondido por los participantes del estudio.

La confiabilidad y validez son condiciones que todo instrumento de recolección de datos debe cumplir. En consecuencia, para la confiabilidad se utilizó el coeficiente alfa de Cronbach aplicándolo a 50 cuestionarios, cuyo resultado fue 0.87, considerado bueno; y la validez del instrumento se obtuvo a través de juicio de expertos. Además, se realizó una validación de respuesta o de aproximación a la población al haberse aplicado una entrevista a profundidad en la primera fase de investigación.

4.10. Procedimiento

En la primera fase se obtuvo el consentimiento informado, luego se aplicó una entrevista a profundidad semiestructurada, utilizando para este propósito un video donde se explicaba la finalidad y objetivos del trabajo de investigación. La entrevista se realizó con la precaución de no influenciar los comentarios y sugerencias de los participantes, de tal forma que los subtemas fueron emergiendo espontáneamente, los mismos fueron modificándose según se avanzaba el desarrollo de la investigación. Se realizaron a nivel nacional 40 entrevistas individuales, las cuales fueron de dos tipos y corresponden a fases sucesivas del estudio: 34 entrevistas a profundidad semiestructuras y 06 entrevistas focalizadas. Las entrevistas permitieron conocer los principales contenidos, las mismas que al ser contrastadas una a una y entre ellas, conforme se avanzaba en el estudio, produjeron

una precisión temática superior. El número total de entrevistas dependió del momento que se alcanzó la saturación de los datos.

En la segunda fase, con base en la información recogida y analizada en la fase anterior, se confeccionó y aplicó un cuestionario a los participantes de este estudio, con la intención de validar la información obtenida. Se realizaron los sorteos para la elección de los conglomerados donde se aplicaría el cuestionario; y luego, previa coordinación con los colaboradores de las regiones elegidas para la aplicación del cuestionario, se procedió a la aplicación misma, siempre en estrecha coordinación con los responsables por regiones y con el investigador principal. Concluido el período de estudio se procedió a la tabulación y análisis de los datos.

4.11. Método de análisis de información

En esta investigación, en la fase cualitativa se utilizó la teoría fundamentada, la cual tiene su propia lógica de análisis. Luego de realizadas las primeras entrevistas, se procedió a la transcripción de las mismas. Se realizó entonces la codificación sustantiva, teórica y en vivo de cada párrafo transcrito; luego se relacionaron entre sí y se produjeron las categorías emergentes iniciales. Posteriormente estas categorías fueron contrastadas con las nuevas entrevistas realizadas, resultando en categorías que sirvieron de guía al muestreo y al análisis respectivo. Se continuó así sucesivamente hasta lograr la saturación de los datos. Finalmente, se obtuvieron las categorías emergentes definitivas, sobre las cuales se construyó el instrumento cuantitativo de recolección de información para la segunda fase de investigación.

En la fase cuantitativa, se confeccionó y aplicó un cuestionario; los datos fueron consolidados en tablas estadísticas unidimensionales y bidimensionales, y gráficos para una mejor interpretación. La estadística descriptiva e inferencial se realizó con el apoyo del paquete estadístico SPSS versión 25.0 para Windows, mediante el cual se construyó la base de datos.

4.12. Análisis e interpretación de resultados

Tabla 1. *Región de residencia de los encuestados*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Amazonas	218	16,7	16,7	16,7
	Cajamarca	218	16,7	16,7	33,3
	Ica	218	16,7	16,7	50,0
	Lambayeque	218	16,7	16,7	66,7
	Lima	218	16,7	16,7	83,3
	Piura	218	16,7	16,7	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

En la tabla 1 se aprecian las 6 regiones de residencia de los 1308 encuestados: Amazonas, Cajamarca, Ica, Lambayeque, Lima y Piura en las que se encuestaron a 218 actores del sistema de salud peruano, es decir, al 16,7 % en cada región.

Tabla 2. *Sexo de los encuestados*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Femenino	768	58,7	58,7	58,7
	Masculino	540	41,3	41,3	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

En la tabla 2 se observa que el 58,7 % son mujeres y el 41,3 % son varones.

Tabla 3. *Grupos etarios de los encuestados*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	18 a 26	469	35,9	35,9	35,9
	27 a 59	776	59,3	59,3	95,2
	60 a más	63	4,8	4,8	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

En la tabla 3 se aprecia que el 59,3 % de los encuestados comprenden las edades entre 27 a 59 años; el 35,9 % cuenta con edades entre 18 a 26 años y solo el 4,8 % tiene 60 años a más.

Tabla 4. *Profesión u oficio de los encuestados*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Profesional	672	51,4	51,4	51,4
	Técnico	134	10,2	10,2	61,6
	Oficio	247	18,9	18,9	80,5
	Estudiante	255	19,5	19,5	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

La tabla 4 muestra que el 51,4 % de los encuestados son profesionales; el 19,5 %, estudiantes de educación superior; el 18,9 % tiene algún oficio y el 10,2 % son técnicos.

Tabla 5. *Institución de la que son usuarios los encuestados*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	MINSA	413	31,6	31,6	31,6
	ESSALUD	584	44,6	44,6	76,2
	Fuerzas Armadas y Policiales	36	2,8	2,8	79,0
	Entidades privadas	275	21,0	21,0	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

La tabla 5 muestra que el 44,6 % de los encuestados son usuarios de Essalud; el 31,6%, de Minsa; el 21 % de entidades privadas y el 2,8 % de las Fuerzas Armadas y policiales.

- Objetivo específico 1

Analizar el modelo de sistema de salud peruano desde las subjetividades de sus actores en el período abril-diciembre 2019.

Tabla 6. *Modelo de administración muy centralizado*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	73	5,6	5,6	5,6
	ED	170	13,0	13,0	18,6
	NDA/NED	212	16,2	16,2	34,8
	DA	636	48,6	48,6	83,4
	TDA	217	16,6	16,6	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

En la tabla 6 se aprecia que el 48,6 % está “De acuerdo” que el modelo de sistema de salud peruano es un modelo muy centralizado, el 16,6 % está “Totalmente de acuerdo”, el 16,2 % no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 13 % está “En desacuerdo” y el 5,6 % está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 7. *Modelo de sistema de salud desactualizado*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	38	2,9	2,9	2,9
	ED	112	8,6	8,6	11,5
	NDA/NED	158	12,1	12,1	23,5
	DA	651	49,8	49,8	73,3
	TDA	349	26,7	26,7	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

En la tabla 7 se observa que el 49,8 % está “De acuerdo” que el modelo de sistema de salud peruano es un modelo de salud desactualizado, el 26,7 % está “Totalmente de acuerdo”, el 12,1 % no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 8,6 % está “En desacuerdo” y el 2,9 % está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 8. *Modelo que hace diferencia en su atención a ricos y pobres*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	79	6,0	6,0	6,0
	ED	128	9,8	9,8	15,8
	NDA/NED	193	14,8	14,8	30,6
	DA	582	44,5	44,5	75,1
	TDA	326	24,9	24,9	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

En la tabla 8 se observa que el 44,5 % está “De acuerdo” que el modelo de sistema de salud peruano hace diferencia en su atención a ricos y pobres, el 24,9 % está “Totalmente de acuerdo”, el 14,8 % no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 9,8 % está “En desacuerdo” y el 6 % está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 9. *Modelo que considera las distintas realidades de las regiones del país*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	180	13,8	13,8	13,8
	ED	318	24,3	24,3	38,1
	NDA/NED	187	14,3	14,3	52,4
	DA	401	30,7	30,7	83,0
	TDA	222	17,0	17,0	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

En la tabla 9 se observa que el 30,7 % está “De acuerdo” que el modelo de sistema de salud peruano es un modelo que considera las distintas realidades de las regiones del país, el 24,3 % está “En desacuerdo”, el 17 % “Totalmente de acuerdo”, el 14,3 % no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo” y el 13,8 % está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 10. *Remuneración no acorde con las capacitaciones y competencias*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	48	3,7	3,7	3,7
	ED	117	8,9	8,9	12,6
	NDA/NED	228	17,4	17,4	30,0
	DA	544	41,6	41,6	71,6
	TDA	371	28,4	28,4	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

La tabla 10 muestra que el 41,6 % está “De acuerdo” que la remuneración que recibe el personal de salud no está acorde con las capacitaciones y competencias, el 28,4 % está “Totalmente de acuerdo”, el 17,4 % no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 8,9 % está “En desacuerdo” y el 3,7 % está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 11. *Remuneración no estandarizada*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	34	2,6	2,6	2,6
	ED	96	7,3	7,3	9,9
	NDA/NED	260	19,9	19,9	29,8
	DA	598	45,7	45,7	75,5
	TDA	320	24,5	24,5	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

En la tabla 11 se observa que el 45,7 % está “De acuerdo” que la remuneración que recibe el personal de salud no está estandarizada, el 24,5 % está “Totalmente de acuerdo”, el 19,9 % no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 7,3 % está “En desacuerdo” y el 2,6 % está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 12. Remuneración no adecuada de acuerdo al ámbito geográfico

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	46	3,5	3,5	3,5
	ED	113	8,6	8,6	12,2
	NDA/NED	225	17,2	17,2	29,4
	DA	582	44,5	44,5	73,9
	TDA	342	26,1	26,1	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

En la tabla 12 se observa que el 44,5 % está “De acuerdo” que la remuneración que recibe el personal de salud no es adecuada de acuerdo al ámbito geográfico, el 26,1 % está “Totalmente de acuerdo”, el 17,2 % no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 8,6 % está “En desacuerdo” y el 3,5 % está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 13. Remuneración muy baja

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	45	3,4	3,4	3,4
	ED	104	8,0	8,0	11,4
	NDA/NED	209	16,0	16,0	27,4
	DA	567	43,3	43,3	70,7
	TDA	383	29,3	29,3	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

En la tabla 13 se observa que el 43,3 % está “De acuerdo” que la remuneración que recibe el personal de salud es muy baja, el 29,3 % está “Totalmente de acuerdo”, el 16 % no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 8 % está “En desacuerdo” y el 3,4 % está “Totalmente en desacuerdo”.

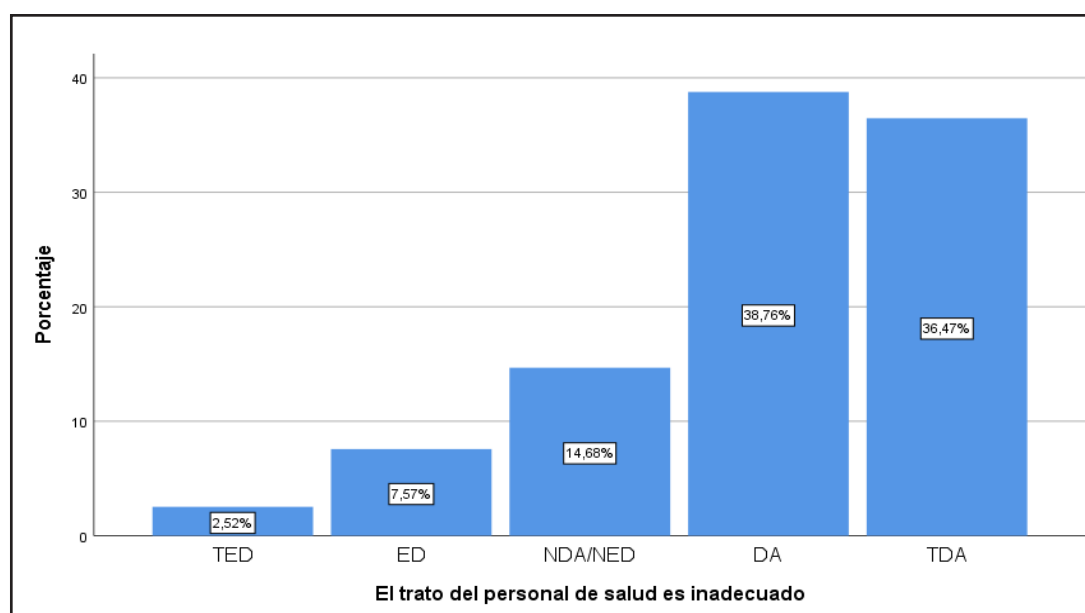
Tabla 14. *Recursos humanos inadecuadamente distribuidos*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	38	2,9	2,9	2,9
	ED	60	4,6	4,6	7,5
	NDA/NED	158	12,1	12,1	19,6
	DA	622	47,6	47,6	67,1
	TDA	430	32,9	32,9	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

En la tabla 14 se observa que el 47,6 % está “De acuerdo” que los recursos humanos en salud están inadecuadamente distribuidos, el 32,9 % está “Totalmente de acuerdo”, el 12,1 % no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 4,6 % está “En desacuerdo” y el 2,9 % está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 15. *Trato inapropiado del personal de salud*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	33	2,5	2,5	2,5
	ED	99	7,6	7,6	10,1
	NDA/NED	192	14,7	14,7	24,8
	DA	507	38,8	38,8	63,5
	TDA	477	36,5	36,5	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

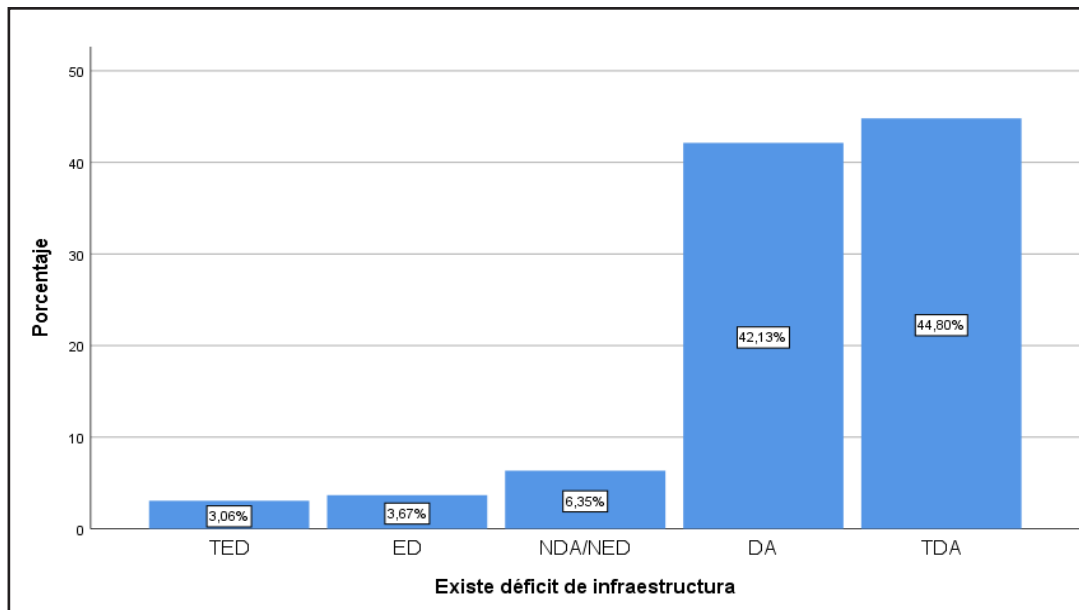
Figura 1. *Trato inapropiado del personal de salud*

En la tabla 15 y figura 1 se observa que el 38,8 % está “De acuerdo” que le parece inapropiado el trato que recibe del personal de salud en su atención médica, el 36,5 % está “Totalmente de acuerdo”, el 14,7 % no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 7,6 % está “En desacuerdo” y el 2,5 % está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 16. *Déficit de infraestructura*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	40	3,1	3,1	3,1
	ED	48	3,7	3,7	6,7
	NDA/NED	83	6,3	6,3	13,1
	DA	551	42,1	42,1	55,2
	TDA	586	44,8	44,8	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

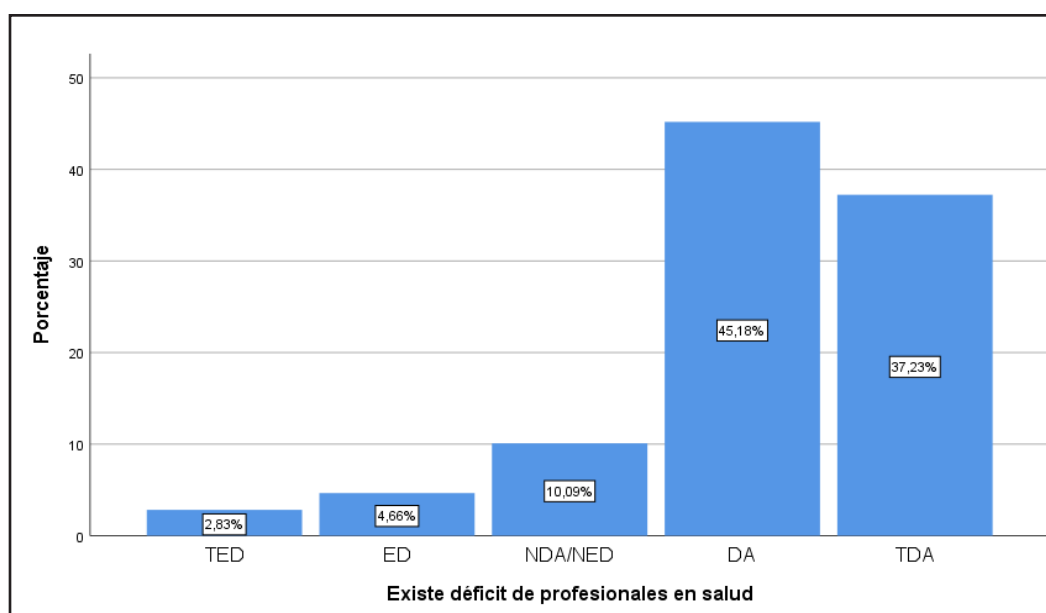
Figura 2. *Déficit de infraestructura*



En la tabla 16 y figura 2 se observa que el 44,8 % está “Totalmente de acuerdo” que existe déficit de infraestructura, el 42,1 % está “De acuerdo”, el 6,3 % no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 3,7 % está “En desacuerdo” y el 3,1 % está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 17. *Déficit de profesionales en salud*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	37	2,8	2,8	2,8
	ED	61	4,7	4,7	7,5
	NDA/NED	132	10,1	10,1	17,6
	DA	591	45,2	45,2	62,8
	TDA	487	37,2	37,2	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

Figura 3. *Déficit de profesionales*

En la tabla 17 y figura 3 se observa que el 45,2 % está “De acuerdo” que existe déficit de profesionales en salud, el 37,2 % está “Totalmente de acuerdo”, el 10,1 % no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 4,7 % está “En desacuerdo” y el 2,8 % está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 18. *Control inadecuado al personal de salud*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	22	1,7	1,7	1,7
	ED	71	5,4	5,4	7,1
	NDA/NED	170	13,0	13,0	20,1
	DA	635	48,5	48,5	68,7
	TDA	410	31,3	31,3	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

En la tabla 18 se observa que el 48,5 % está “De acuerdo” que el control al personal de salud es inadecuado, el 31,3 % está “Totalmente de acuerdo”, el 13 % no

está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 5,4 % está “En desacuerdo” y el 1,7 % está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 19. *Inequidad en la distribución de recursos*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	15	1,1	1,1	1,1
	ED	52	4,0	4,0	5,1
	NDA/NED	145	11,1	11,1	16,2
	DA	670	51,2	51,2	67,4
	TDA	426	32,6	32,6	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

En la tabla 19 se observa que el 51,2 % está “De acuerdo” que existe inequidad en la distribución de recursos, el 32,6 % está “Totalmente de acuerdo”, el 11,1 % no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 4 % está “En desacuerdo” y el 1,1 % está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 20. *Influencia de los laboratorios farmacéuticos en la prescripción médica*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	28	2,1	2,1	2,1
	ED	82	6,3	6,3	8,4
	NDA/NED	244	18,7	18,7	27,1
	DA	587	44,9	44,9	71,9
	TDA	367	28,1	28,1	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

En la tabla 20 se observa que el 44,9 % está “De acuerdo” que existe influencia de los laboratorios farmacéuticos en la prescripción médica, el 28,1 % está “Totalmente

de acuerdo”, el 18,7 % no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 6,3 % está “En desacuerdo” y el 2,1 % está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 21. *Medicamentos que se expenden sin receta médica*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	32	2,4	2,4	2,4
	ED	85	6,5	6,5	8,9
	NDA/NED	186	14,2	14,2	23,2
	DA	612	46,8	46,8	70,0
	TDA	393	30,0	30,0	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

En la tabla 21 se observa que el 46,8 % está “De acuerdo” que existe una gran proporción de medicamentos que se expenden sin receta médica, el 30 % está “Totalmente de acuerdo”, el 14,2 % no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 6,5 % está “En desacuerdo” y el 2,4 % está “Totalmente en desacuerdo”.

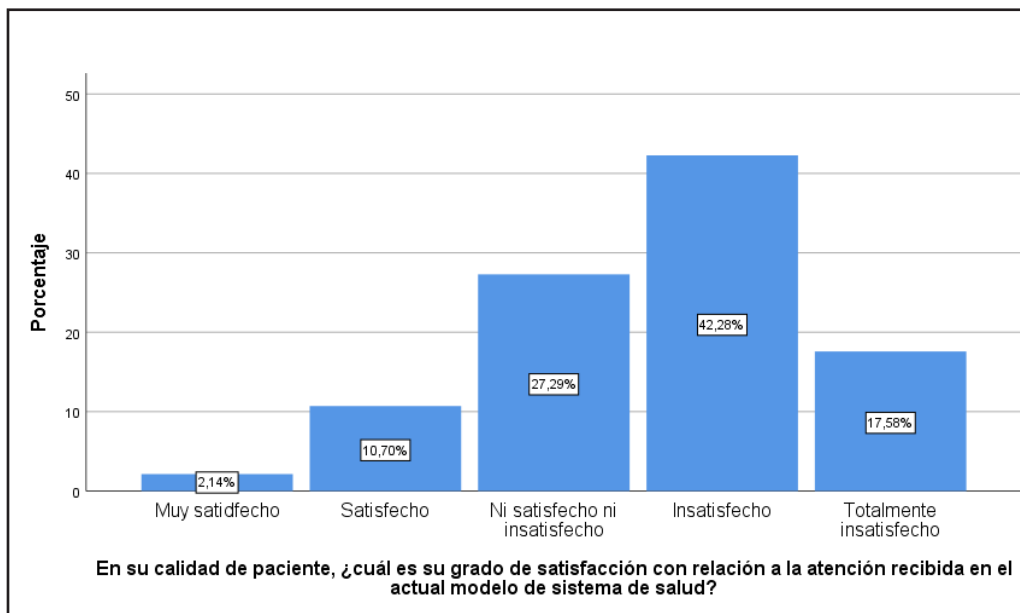
Tabla 22. *Deficiente regulación de los seguros privados por parte del estado*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	27	2,1	2,1	2,1
	ED	54	4,1	4,1	6,2
	NDA/NED	208	15,9	15,9	22,1
	DA	645	49,3	49,3	71,4
	TDA	374	28,6	28,6	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

En la tabla 22 se observa que el 49,3 % está “De acuerdo” que existe una deficiente regulación de los seguros privados por parte del estado, el 28,6 % está “Totalmente de

acuerdo”, el 15,9 % no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 4,1 % está “En desacuerdo” y el 2,1 % está “Totalmente en desacuerdo”.

Figura 4. *Grado de satisfacción del paciente en el actual modelo de sistema de salud*

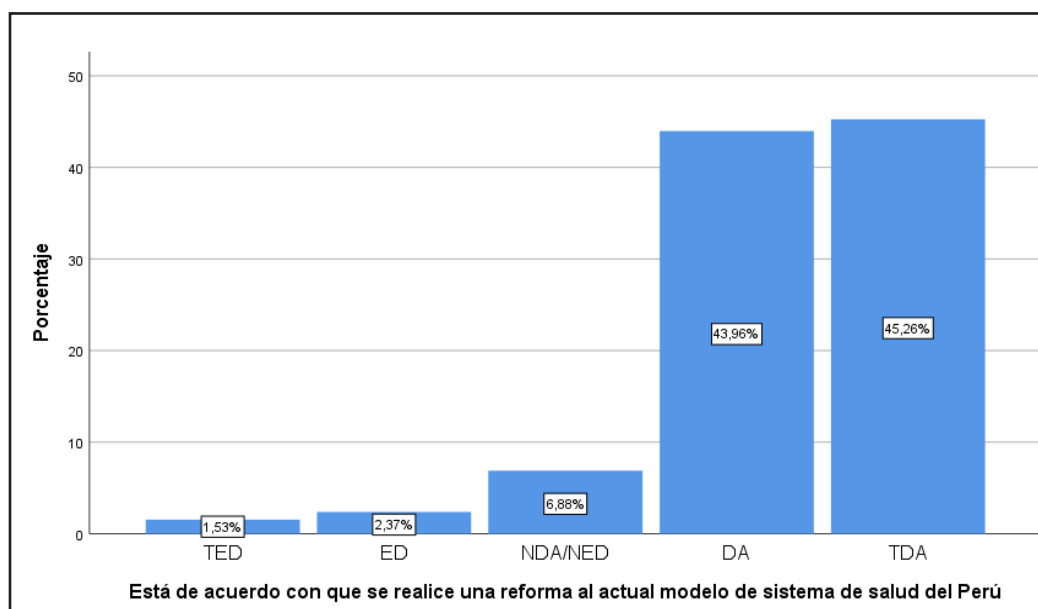


La figura 4 muestra que el 42,3 % se siente “Insatisfecho” con la atención recibida en su calidad de paciente, seguido por el 27,3 % que no se siente “Ni satisfecho ni insatisfecho”, el 17,6 % “Totalmente insatisfecho”, el 10,7 % “Satisfecho”, y solamente el 2,1 % se siente “Muy satisfecho”. En efecto, se aprecia un porcentaje sumamente bajo en relación a la satisfacción del paciente, debido a las múltiples deficiencias que presenta el actual modelo del sistema de salud.

Tabla 23. *La atención de la salud es considerada actualmente como un comercio*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	31	2,4	2,4	2,4
	ED	80	6,1	6,1	8,5
	NDA/NED	177	13,5	13,5	22,0
	DA	587	44,9	44,9	66,9
	TDA	433	33,1	33,1	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

En la tabla 23 se observa que el 44,9 % está “De acuerdo” que la atención de la salud es considerada actualmente como un comercio, el 33,1 % está “Totalmente de acuerdo”, el 13,5 % no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 6,1 % está “En desacuerdo” y el 2,4 % está “Totalmente en desacuerdo”.

Figura 5. *Necesidad de reforma al actual modelo de sistema de salud*

La figura 5 muestra que el 45,3 % está “Totalmente de acuerdo” en que se realice una reforma al actual modelo de sistema de salud peruano, el 44 % está “De acuerdo”, el

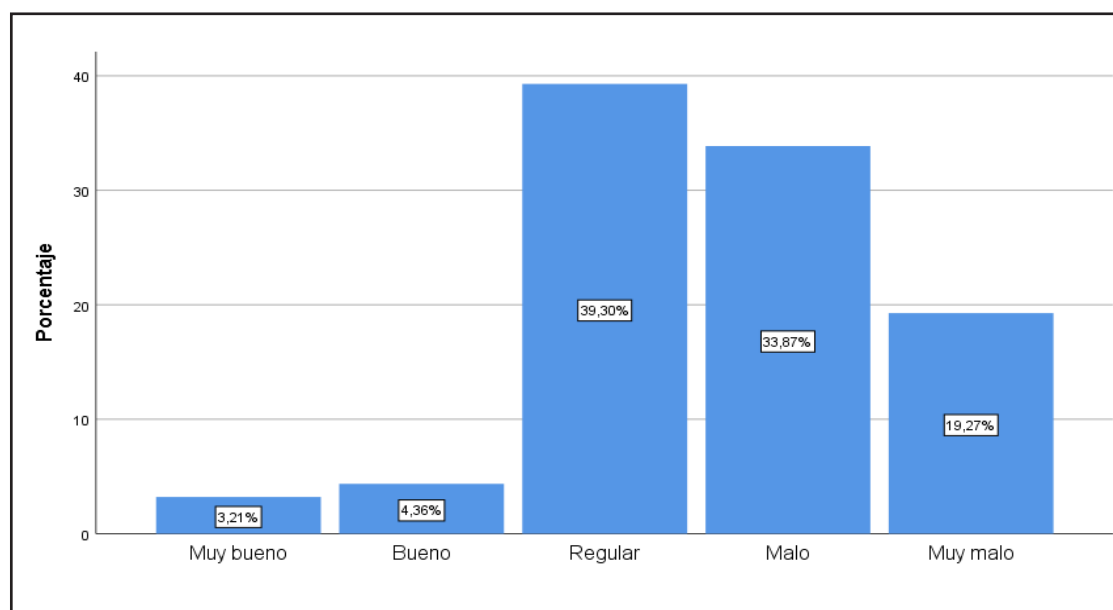
6,9 % no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 2,4 % “En desacuerdo” y solo el 1,5 % está “Totalmente en desacuerdo”. Se evidencia que los actores del sistema de salud en Perú expresan en forma contundente la necesidad de reforma.

Tabla 24. *Calidad de atención*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	218	16,7	16,7	16,7
	ED	402	30,7	30,7	47,4
	NDA/NED	199	15,2	15,2	62,6
	DA	316	24,2	24,2	86,8
	TDA	173	13,2	13,2	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

En la tabla 24 se observa que el 30,7 % está “En desacuerdo” que se cuenta con la calidad debida de atención, el 24,2 % está “De acuerdo”, el 16,7 % está “Totalmente en desacuerdo”, el 15,2 % no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 13,2 % está “Totalmente en desacuerdo”.

Figura 6. *Calificación al actual modelo de sistema de salud en el Perú*



La figura 6 muestra que el 39,3 % calificó como “Regular” al actual modelo de sistema de salud en Perú, el 33,9 % lo calificó como “Malo”, el 19,3 % como “Muy malo”, el 4,4 % como “Bueno” y solamente el 3,2 % como “Muy bueno”.

Tabla 25. *Gasto excesivo de bolsillo*

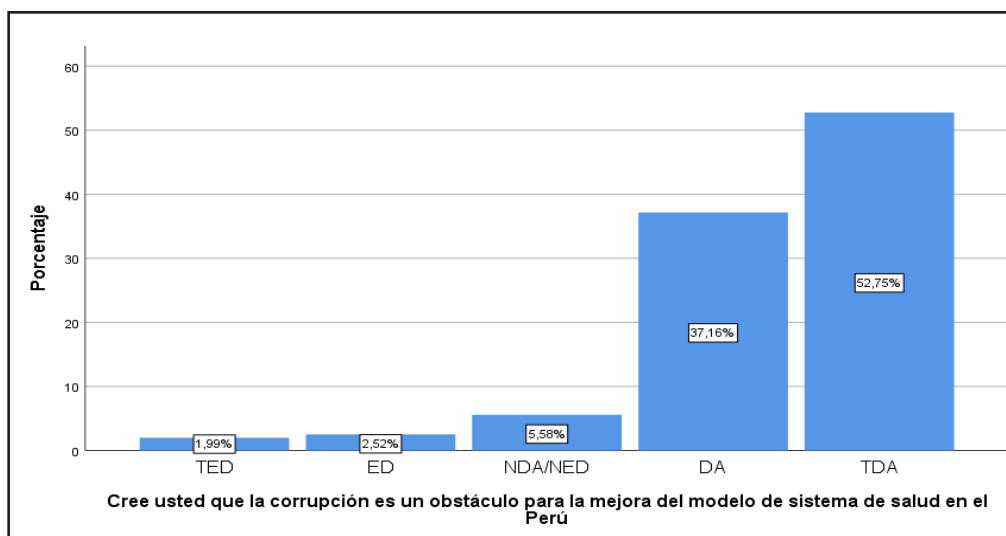
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	44	3,4	3,4	3,4
	ED	97	7,4	7,4	10,8
	NDA/NED	185	14,1	14,1	24,9
	DA	576	44,0	44,0	69,0
	TDA	406	31,0	31,0	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

En la tabla 25 se observa que el 44 % está “De acuerdo” que existe un gasto excesivo de bolsillo del paciente, el 31 % está “Totalmente de acuerdo”, el 14,1 % no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 7,4 % está “En desacuerdo” y el 3,4 % está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 26. *La corrupción es un obstáculo para la mejora del modelo de sistema de salud en Perú*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	26	2,0	2,0	2,0
	ED	33	2,5	2,5	4,5
	NDA/NED	73	5,6	5,6	10,1
	DA	486	37,2	37,2	47,2
	TDA	690	52,8	52,8	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

Figura 7. *La corrupción es un obstáculo para la mejora del modelo de sistema de salud en Perú*



En la tabla 26 y figura 7 se observa que el 52,8 % está “Totalmente de acuerdo” en que la corrupción es un obstáculo para la mejora del modelo de sistema de salud en Perú, el 37,2 % está “De acuerdo”, el 5,6 % no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 2,5 % está “En desacuerdo” y el 2 % está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 27. *Sin realizar la reforma y solamente mejorando la organización y planificación en salud, la atención al usuario podría mejorar*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	100	7,6	7,6	7,6
	ED	164	12,5	12,5	20,2
	NDA/NED	145	11,1	11,1	31,3
	DA	513	39,2	39,2	70,5
	TDA	386	29,5	29,5	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

En la tabla 27 se observa que el 39,2 % está “De acuerdo” en que la atención al usuario podría mejorar sin la reforma y solamente mejorando la organización y planificación en salud, el 29,5 % está “Totalmente de acuerdo”, el 12,5 % está “En desacuerdo”, el 11,1 % no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo” y el 7,6 % está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 28. *Necesidad de reforma al actual modelo de sistema de salud de Perú*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	20	1,5	1,5	1,5
	ED	31	2,4	2,4	3,9
	NDA/NED	90	6,9	6,9	10,8
	DA	575	44,0	44,0	54,7
	TDA	592	45,3	45,3	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

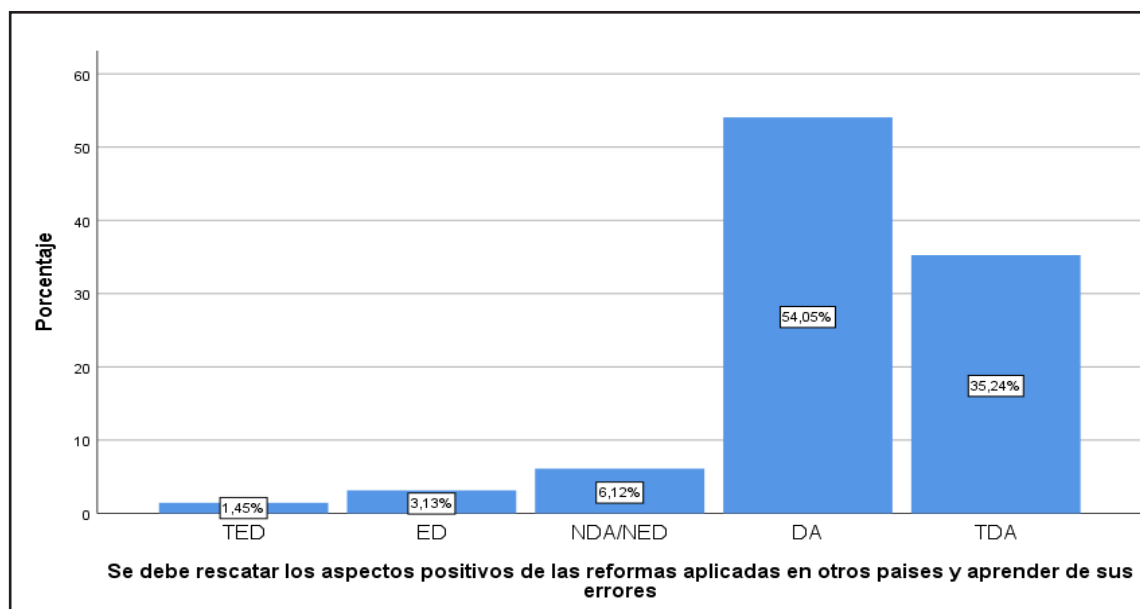
En la tabla 28 se observa que el 45,3 % está “Totalmente de acuerdo” con que se realice una reforma al actual modelo de sistema de salud de Perú, el 44 % está “De acuerdo”, el 6,9 % no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 2,4 % está “En desacuerdo” y el 1,5 % está “Totalmente en desacuerdo”. Se evidencia que los actores del sistema de salud en Perú expresan en forma contundente la necesidad de reforma.

- Objetivo específico 2: Contrastar conjuntamente con los actores los modelos de los sistemas de salud de Latinoamérica con el Modelo de Sistema de Salud peruano en el período abril-diciembre 2019.

Tabla 29. *Las reformas realizadas en otros países podrían implementarse en Perú*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	19	1,5	1,5	1,5
	ED	41	3,1	3,1	4,6
	NDA/NED	80	6,1	6,1	10,7
	DA	707	54,1	54,1	64,8
	TDA	461	35,2	35,2	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

Figura 8. *Implementación en Perú de las reformas realizadas en otros países*



En la tabla 29 y figura 8 se observa que el 54,1 % está “De acuerdo” en que las reformas realizadas en otros países podrían implementarse en Perú, el 35,2 % está “Totalmente de acuerdo”, el 6,1 % no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 3,1 % está “En desacuerdo” y el 1,5 % está “Totalmente en desacuerdo”. Los actores opinan que las experiencias internacionales podrían ser aprovechadas rescatando los aspectos positivos de las mismas y aprendiendo de sus errores.

Tabla 30. *Las reformas siempre están sujetas a mejoras, en la práctica se irán mejorando las falencias*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	13	1,0	1,0	1,0
	ED	55	4,2	4,2	5,2
	NDA/NED	125	9,6	9,6	14,8
	DA	747	57,1	57,1	71,9
	TDA	368	28,1	28,1	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

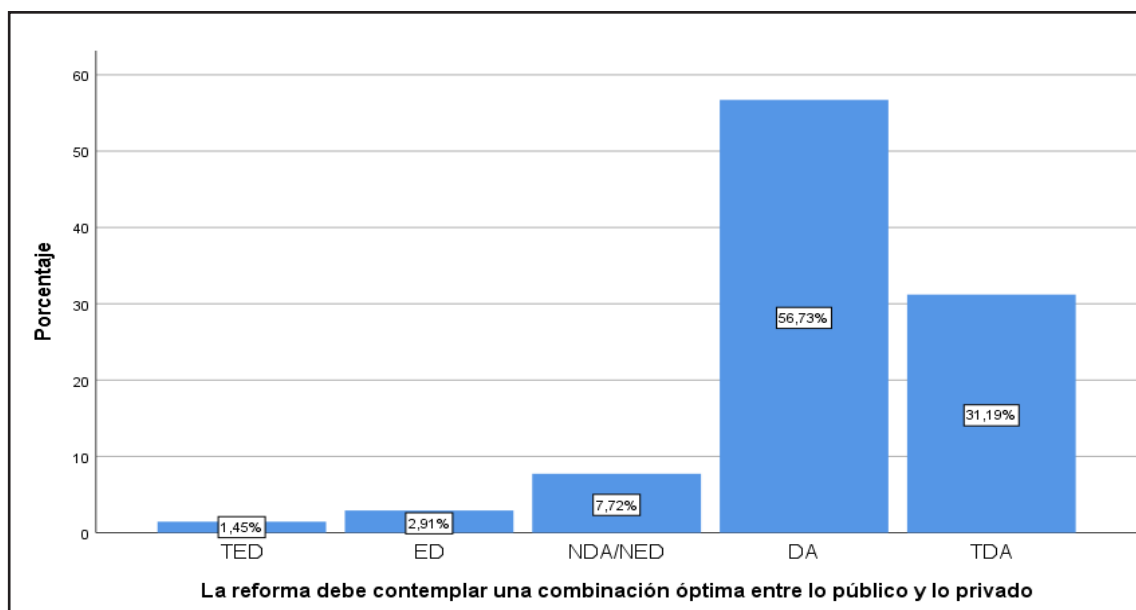
En la tabla 30 se observa que el 57,1 % está “De acuerdo” con que las reformas siempre están sujetas a mejoras y en la práctica se irán mejorando las falencias, el 28,1 % está “Totalmente de acuerdo”, el 9,6 % no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 4,2 % está “En desacuerdo” y el 1 % está “Totalmente en desacuerdo”.

- Objetivo específico 3: Diseñar el modelo de sistema de salud para Perú desde la perspectiva de los actores en el período abril-diciembre 2019

Tabla 31. *La reforma debe contemplar una combinación entre lo público y lo privado*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	19	1,5	1,5	1,5
	ED	38	2,9	2,9	4,4
	NDA/NED	101	7,7	7,7	12,1
	DA	742	56,7	56,7	68,8
	TDA	408	31,2	31,2	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

Figura 9. *La reforma debe contemplar una combinación entre lo público y lo privado*



En la tabla 31 y figura 9 se observa que el 56,7 % está “De acuerdo” en que la reforma debe contemplar una combinación entre lo público y lo privado, el 31,2 % está “Totalmente de acuerdo”, el 7,7 % no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 2,9 % está “En desacuerdo” y el 1,5 % está “Totalmente en desacuerdo”. El anhelo de los actores del sistema de salud peruano es que exista una combinación óptima entre los servicios que ofrecen los establecimientos de salud públicos y privados.

Tabla 32. *La reforma debe abarcar a todos los estratos sociales, sin discriminaciones*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	17	1,3	1,3	1,3
	ED	26	2,0	2,0	3,3
	NDA/NED	65	5,0	5,0	8,3
	DA	490	37,5	37,5	45,7
	TDA	710	54,3	54,3	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

En la tabla 32 se observa que el 54,3 % está “Totalmente de acuerdo” que la reforma debe abarcar a todos los estratos sociales, sin discriminaciones, el 37,5 % está “De acuerdo”, el 5 % no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 2 % está “En desacuerdo” y el 1,3 % está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 33. *El personal médico debe dedicarse en forma exclusiva a un solo tipo de prestación (pública o privada)*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	102	7,8	7,8	7,8
	ED	246	18,8	18,8	26,6
	NDA/NED	166	12,7	12,7	39,3
	DA	460	35,2	35,2	74,5
	TDA	334	25,5	25,5	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

En la tabla 33 se observa que el 35,2 % está “De acuerdo” que el personal médico debe dedicarse en forma exclusiva a un solo tipo de prestación, el 25,5 % está “Totalmente de acuerdo”, el 18,8 % está “En desacuerdo”, el 12,7 % no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo” y el 7,8 % está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 34. *El personal de salud debe cesarse antes de los 70 años, y de esa forma ofrecer al usuario un personal motivado, enérgico y eficaz*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	64	4,9	4,9	4,9
	ED	131	10,0	10,0	14,9
	NDA/NED	147	11,2	11,2	26,1
	DA	529	40,4	40,4	66,6
	TDA	437	33,4	33,4	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

En la tabla 34 se observa que el 40,4 % está “De acuerdo” que el personal de salud debe cesarse antes de los 70 años, y de esa forma ofrecer al usuario un personal motivado, enérgico y eficaz, el 33,4 % está “Totalmente de acuerdo”, el 11,2 % no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 10 % está “En desacuerdo” y el 4,9 % está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 35. *Sensibilización al personal de salud para la mejora de la atención de salud al usuario*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	12	,9	,9	,9
	ED	24	1,8	1,8	2,8
	NDA/NED	66	5,0	5,0	7,8
	DA	591	45,2	45,2	53,0
	TDA	615	47,0	47,0	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

En la tabla 35 se observa que el 47 % está “Totalmente de acuerdo” que se debe sensibilizar al personal de salud para la mejora de la atención de salud al usuario, el 45,2 % está “De acuerdo”, el 5 % no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 1,8 % está “En desacuerdo” y el 0,9 % está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 36. *Control estricto de la normatividad con respecto al cumplimiento de la jornada laboral*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	16	1,2	1,2	1,2
	ED	19	1,5	1,5	2,7
	NDA/NED	66	5,0	5,0	7,7
	DA	661	50,5	50,5	58,3
	TDA	546	41,7	41,7	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

En la tabla 36 se observa que el 50,5 % está “De acuerdo” que se debe realizar un control estricto de la normatividad con respecto al cumplimiento de la jornada laboral, 41,7 % está “Totalmente de acuerdo”, el 5 % no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 1,5 % está “En desacuerdo” y el 1,2 % está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 37. *Adecuación de la reforma a las realidades de cada región del país*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	13	1,0	1,0	1,0
	ED	25	1,9	1,9	2,9
	NDA/NED	73	5,6	5,6	8,5
	DA	589	45,0	45,0	53,5
	TDA	608	46,5	46,5	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

En la tabla 37 se observa que el 46,5 % está “Totalmente de acuerdo” que el nuevo modelo de sistema de salud debe adecuarse según las realidades de cada región del país, el 45 % está “De acuerdo”, el 5,6 % no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 1,9 % está “En desacuerdo” y el 1 % está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 38. *Descentralización administrativa y presupuestal*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	18	1,4	1,4	1,4
	ED	28	2,1	2,1	3,5
	NDA/NED	122	9,3	9,3	12,8
	DA	623	47,6	47,6	60,5
	TDA	517	39,5	39,5	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

En la tabla 38 se observa que el 47,6 % está “De acuerdo” que se debe realizar una real descentralización administrativa y presupuestal, el 39,5 % está “Totalmente de acuerdo”, el 9,3 % no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 2,1 % está “En desacuerdo” y el 1,4 % está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 39. Fortalecimiento a las regiones con personal especializado y con experiencia en temas de gestión pública en salud

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	15	1,1	1,1	1,1
	ED	23	1,8	1,8	2,9
	NDA/NED	70	5,4	5,4	8,3
	DA	570	43,6	43,6	51,8
	TDA	630	48,2	48,2	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

En la tabla 39 se observa que el 48,2 % está “Totalmente de acuerdo” que se debe fortalecer a las regiones con personal especializado y con experiencia en temas de gestión pública en salud, el 43,6 % está “De acuerdo”, el 5,4 % no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 1,8 % está “En desacuerdo” y el 1,1 % está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 40. Redistribución de los recursos adecuándolos a las realidades actuales y a las necesidades específicas de cada región

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	19	1,5	1,5	1,5
	ED	19	1,5	1,5	2,9
	NDA/NED	85	6,5	6,5	9,4
	DA	602	46,0	46,0	55,4
	TDA	583	44,6	44,6	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

En la tabla 40 se observa que el 46 % está “De acuerdo” que se debe realizar una redistribución de los recursos adecuándolos a las realidades actuales y a las necesidades específicas de cada región, el 44,6 % está “Totalmente de acuerdo”, el 6,5 % no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 1,5 % está “En desacuerdo” y el 1,5 % está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 41. *Mejorar la evaluación de las personas pobres y muy pobres, beneficiarias de exoneraciones*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	16	1,2	1,2	1,2
	ED	29	2,2	2,2	3,4
	NDA/NED	105	8,0	8,0	11,5
	DA	576	44,0	44,0	55,5
	TDA	582	44,5	44,5	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

En la tabla 41 se observa que el 44,5 % está “Totalmente de acuerdo” en que el estado debería mejorar la evaluación de las personas pobres y muy pobres, beneficiarias de exoneraciones, el 44 % está “De acuerdo”, el 8 % no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 2,2 % está “En desacuerdo” y el 1,2 % está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 42. *Continuación de las subvenciones entre asegurados*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	49	3,7	3,7	3,7
	ED	157	12,0	12,0	15,7
	NDA/NED	257	19,6	19,6	35,4
	DA	564	43,1	43,1	78,5
	TDA	281	21,5	21,5	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

En la tabla 42 se observa que el 43,1 % está “De acuerdo” que se debe continuar con las subvenciones entre asegurados, el 21,5 % está “Totalmente de acuerdo”, el 19,6 % no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 12 % está “En desacuerdo” y el 3,7 % está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 43. *Incorporación de las personas extranjeras, al sistema nacional de salud*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	161	12,3	12,3	12,3
	ED	251	19,2	19,2	31,5
	NDA/NED	313	23,9	23,9	55,4
	DA	378	28,9	28,9	84,3
	TDA	205	15,7	15,7	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

En la tabla 43 se observa que el 28,9 % está “De acuerdo” que se debería incorporar a las personas extranjeras, al sistema nacional de salud, el 23,9 % no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 19,2 % está “En desacuerdo”, el 15,7 % está “Totalmente de acuerdo”, y el 12,3 % está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 44. *Atención de salud en cualquier establecimiento del país, sin distinciones de ningún tipo*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	20	1,5	1,5	1,5
	ED	23	1,8	1,8	3,3
	NDA/NED	84	6,4	6,4	9,7
	DA	513	39,2	39,2	48,9
	TDA	668	51,1	51,1	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

En la tabla 44 se observa que el 51,1 % está “Totalmente de acuerdo” que desearían poder atenderse en cualquier establecimiento de salud del país, sin distinciones de ningún tipo, en forma regular y oportuna, el 39,2 % está “De acuerdo”, el 6,4 % no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 1,8 % está “En desacuerdo” y el 1,5 % está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 45. *Incorporación y utilización masiva de las EPSS, con cumplimiento de requisitos mínimos, podrían ser una alternativa de solución para mejorar el sistema de salud*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	27	2,1	2,1	2,1
	ED	82	6,3	6,3	8,3
	NDA/NED	269	20,6	20,6	28,9
	DA	599	45,8	45,8	74,7
	TDA	331	25,3	25,3	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

En la tabla 45 se observa que el 45,8 % está “De acuerdo” que la incorporación y utilización masiva de las EPSS, con cumplimiento de requisitos mínimos, podrían ser una alternativa de solución para mejorar el sistema de salud, el 25,3 % está “Totalmente de acuerdo”, el 20,6 % no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 6,3 % está “En desacuerdo” y el 2,1 % está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 46. *Como medio de financiamiento, es necesario aplicar impuestos a la empresa privada*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	26	2,0	2,0	2,0
	ED	54	4,1	4,1	6,1
	NDA/NED	224	17,1	17,1	23,2
	DA	609	46,6	46,6	69,8
	TDA	395	30,2	30,2	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

En la tabla 46 se observa que el 46,6 % está “De acuerdo” que, como medio de financiamiento, es necesario aplicar impuestos a la empresa privada, el 30,2 % está “Totalmente de acuerdo”, el 17,1 % no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 4,1 % está “En desacuerdo” y el 2 % está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 47. *Utilización de métodos auxiliares de financiamiento a nivel provincial para la mejora del sistema de salud local*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	18	1,4	1,4	1,4
	ED	40	3,1	3,1	4,4
	NDA/NED	185	14,1	14,1	18,6
	DA	687	52,5	52,5	71,1
	TDA	378	28,9	28,9	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

En la tabla 47 se observa que de los 1308 encuestados el 52,5% está “De acuerdo” que es necesario permitir la utilización de métodos auxiliares de financiamiento a nivel provincial para la mejora del sistema de salud local, el 28,9% está “Totalmente

de acuerdo”, el 14,1% no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 3,1% está “En desacuerdo” y el 1,4% está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 48. *Monto especial del presupuesto nacional destinado únicamente a la mejora del sistema de salud*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	11	,8	,8	,8
	ED	24	1,8	1,8	2,7
	NDA/NED	99	7,6	7,6	10,2
	DA	619	47,3	47,3	57,6
	TDA	555	42,4	42,4	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

En la tabla 48 se observa que el 47,3 % está “De acuerdo” que se debe destinar un monto especial del presupuesto nacional destinado únicamente a la mejora del sistema de salud, el 42,4 % está “Totalmente de acuerdo”, el 7,6 % no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 1,8% está “En desacuerdo” y el 0,8 % está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 49. *El financiamiento podría ser compartido entre el estado, empresas privadas, e inclusive con un porcentaje mínimo del usuario*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	52	4,0	4,0	4,0
	ED	93	7,1	7,1	11,1
	NDA/NED	202	15,4	15,4	26,5
	DA	617	47,2	47,2	73,7
	TDA	344	26,3	26,3	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

En la tabla 49 se observa que el 47,2 % está “De acuerdo” que el financiamiento podría ser compartido entre el estado, empresas privadas, e inclusive con un porcentaje mínimo del usuario, el 26,3 % está “Totalmente de acuerdo”, el 15,4 % no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 7,1 % está “En desacuerdo” y el 4 % está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 50. *Estaría dispuesto a aumentar el gasto que realiza usted directamente de su bolsillo en un porcentaje mínimo en aras de mejorar muy significativamente la calidad del servicio de salud que recibe actualmente*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	98	7,5	7,5	7,5
	ED	168	12,8	12,8	20,3
	NDA/NED	214	16,4	16,4	36,7
	DA	543	41,5	41,5	78,2
	TDA	285	21,8	21,8	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

En la tabla 50 se observa que el 41,5 % está “De acuerdo” que estaría dispuesto a aumentar el gasto que realiza usted directamente de su bolsillo en un porcentaje mínimo en aras de mejorar muy significativamente la calidad del servicio de salud que recibe actualmente, el 21,8 % está “Totalmente de acuerdo”, el 16,4 % no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 12,8 % está “En desacuerdo” y el 7,5 % está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 51. *Capacitaciones deben ser constantes a todo el personal de salud*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	12	,9	,9	,9
	ED	17	1,3	1,3	2,2
	NDA/NED	70	5,4	5,4	7,6
	DA	495	37,8	37,8	45,4
	TDA	714	54,6	54,6	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

En la tabla 51 se observa que el 54,6 % está “Totalmente de acuerdo” que las capacitaciones deben ser constantes a todo el personal de salud, el 37,8 % está “De acuerdo”, el 5,4 % no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 1,3 % está “En desacuerdo” y el 0,9 % está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 52. *Capacitaciones al personal de salud deben ser costeadas en su mayor parte por el Estado*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	30	2,3	2,3	2,3
	ED	58	4,4	4,4	6,7
	NDA/NED	123	9,4	9,4	16,1
	DA	704	53,8	53,8	70,0
	TDA	393	30,0	30,0	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

En la tabla 52 se observa que el 53,8 % está “De acuerdo” que las capacitaciones al personal de salud deben ser costeadas en su mayor parte por el estado, el 30 % está “Totalmente de acuerdo”, el 9,4 % no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 4,4 % está “En desacuerdo” y el 2,3 % está “Totalmente en desacuerdo”.

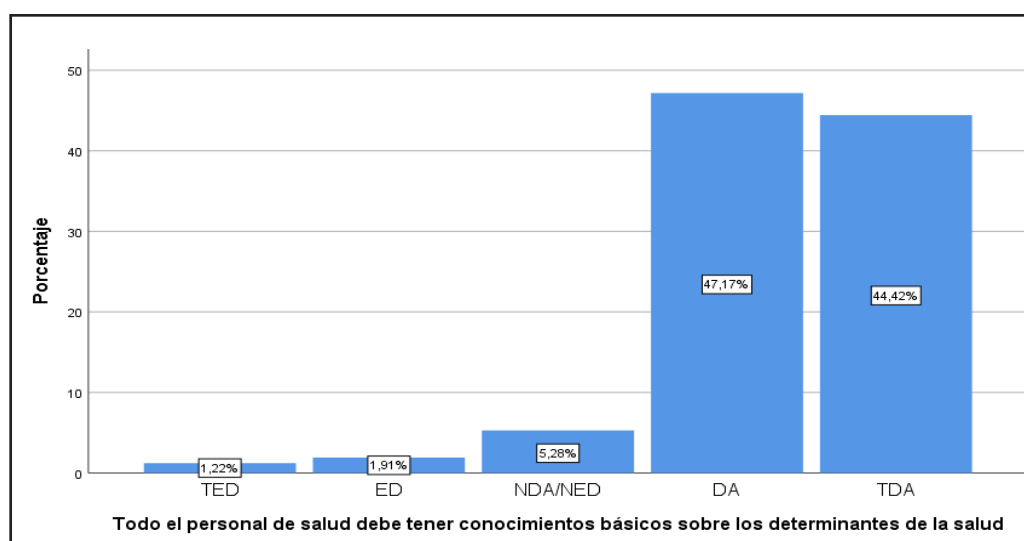
Tabla 53. *Creación de capacitaciones específicas para autoridades locales, con el fin de brindarles conocimientos básicos y sensibilizarlos en los temas de salud*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	12	,9	,9	,9
	ED	31	2,4	2,4	3,3
	NDA/NED	87	6,7	6,7	9,9
	DA	759	58,0	58,0	68,0
	TDA	419	32,0	32,0	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

En la tabla 53 se observa que el 58 % está “De acuerdo” que se debe crear capacitaciones específicas para autoridades locales, con el fin de brindarles conocimientos básicos y sensibilizarlos en los temas de salud, el 32 % está “Totalmente de acuerdo”, el 6,7 % no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 2,4 % está “En desacuerdo” y el 0,9 % está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 54. *En la reforma, los gestores en salud deben enfatizar en la implementación de los determinantes de la salud (biología humana, medio ambiente, estilo de vida y sistema sanitario)*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	16	1,2	1,2	1,2
	ED	25	1,9	1,9	3,1
	NDA/NED	69	5,3	5,3	8,4
	DA	617	47,2	47,2	55,6
	TDA	581	44,4	44,4	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

Figura 10. *Implementación integral de los Determinantes de la Salud*

En la tabla 54 y figura 10 se observa que de los 1308 encuestados el 47,2% está “De acuerdo” que, en la reforma, los gestores en salud deben enfatizar en la implementación de los determinantes de la salud, el 44,4% está “Totalmente de acuerdo”, el 5,3% no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 1,9% está “En desacuerdo” y el 1,2% está “Totalmente en desacuerdo”. Conviene subrayar que el intervenir integralmente en los determinantes de la salud sería beneficioso para la población en general. Por consiguiente, la inversión y las estrategias de salud no solo estarían dirigidas hacia el mejoramiento del sistema de salud, si no que abarcarían otros aspectos aún más importantes, como son el entorno, los estilos de vida saludable y la genética.

Tabla 55. *Los gestores en salud deberían, obligatoriamente, tener estudios de administración en salud, gestión pública o similares*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	9	,7	,7	,7
	ED	29	2,2	2,2	2,9
	NDA/NED	81	6,2	6,2	9,1
	DA	555	42,4	42,4	51,5
	TDA	634	48,5	48,5	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

En la tabla 55 se observa que el 48,5 % está “Totalmente de acuerdo” que los gestores en salud deberían, obligatoriamente, tener estudios de administración en salud, gestión pública o similares, el 42,4 % está “De acuerdo”, el 6,2 % no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 2,2 % está “En desacuerdo” y el 0,7 % está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 56. *Los gestores en salud deberían, obligatoriamente, tener conocimiento de la realidad nacional, habiendo laborado en la parte asistencial y/o administrativa en los primeros niveles de atención*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	11	,8	,8	,8
	ED	18	1,4	1,4	2,2
	NDA/NED	83	6,3	6,3	8,6
	DA	610	46,6	46,6	55,2
	TDA	586	44,8	44,8	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

En la tabla 56 se observa que el 46,6 % está “De acuerdo” que los gestores en salud deberían, obligatoriamente, tener conocimiento de la realidad nacional, habiendo laborado

en la parte asistencial y/o administrativa en los primeros niveles de atención, el 44,8 % está “Totalmente de acuerdo”, el 6,3 % no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 1,4 % está “En desacuerdo” y el 0,8 % está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 57. *Los gestores en salud deberían, obligatoriamente, tener conocida solvencia ética y de valores*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	13	1,0	1,0	1,0
	ED	19	1,5	1,5	2,4
	NDA/NED	57	4,4	4,4	6,8
	DA	521	39,8	39,8	46,6
	TDA	698	53,4	53,4	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

En la tabla 57 se observa que el 53,4 % está “Totalmente de acuerdo” que los gestores en salud deberían, obligatoriamente, tener conocida solvencia ética y de valores, el 39,8 % está “De acuerdo”, el 4,4 % no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 1,5 % está “En desacuerdo” y el 1 % está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 58. *Los cargos directivos y jefaturales deben ser asumidos por concurso público*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	10	,8	,8	,8
	ED	25	1,9	1,9	2,7
	NDA/NED	103	7,9	7,9	10,6
	DA	504	38,5	38,5	49,1
	TDA	666	50,9	50,9	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

En la tabla 58 se observa que el 50,9 % está “Totalmente de acuerdo” que los cargos directivos y jefaturales deben ser asumidos por concurso público, el 38,5 % está “De acuerdo”, el 7,9 % no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 1,9 % está “En desacuerdo” y el 0,8 % está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 59. *Mejorar los incentivos al personal de salud que labora en zona de frontera y de pobreza extrema*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	11	,8	,8	,8
	ED	28	2,1	2,1	3,0
	NDA/NED	77	5,9	5,9	8,9
	DA	549	42,0	42,0	50,8
	TDA	643	49,2	49,2	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

En la tabla 59 se observa que el 49,2 % está “Totalmente de acuerdo” que se debe mejorar los incentivos al personal de salud que labora en zona de frontera y de pobreza extrema, el 42 % está “De acuerdo”, el 5,9 % no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 2,1 % está “En desacuerdo” y el 0,8 % está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 60. *Implementar temas de educación en salud a la población en general, a través de medios masivos*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	14	1,1	1,1	1,1
	ED	19	1,5	1,5	2,5
	NDA/NED	76	5,8	5,8	8,3
	DA	654	50,0	50,0	58,3
	TDA	545	41,7	41,7	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

En la tabla 60 se observa que el 50 % está “De acuerdo” que se debe implementar temas de educación en salud a la población en general, a través de medios masivos, el 41,7 % está “Totalmente de acuerdo”, el 5,8 % no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 1,5 % está “En desacuerdo” y el 1,1 % está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 61. *Mejorar la implementación de temas básicos de salud en la currícula educativa desde el nivel primario*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	17	1,3	1,3	1,3
	ED	32	2,4	2,4	3,7
	NDA/NED	75	5,7	5,7	9,5
	DA	664	50,8	50,8	60,2
	TDA	520	39,8	39,8	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

En la tabla 61 se observa que el 50,8 % está “De acuerdo” que se debe mejorar la implementación de temas básicos de salud en la currícula educativa desde el nivel primario,

el 39,8 % está “Totalmente de acuerdo”, el 5,7 % no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 2,4 % está “En desacuerdo” y el 1,3 % está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 62. *Crear consciencia en el paciente sobre sus responsabilidades como usuario*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	11	,8	,8	,8
	ED	20	1,5	1,5	2,4
	NDA/NED	52	4,0	4,0	6,3
	DA	650	49,7	49,7	56,0
	TDA	575	44,0	44,0	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

En la tabla 62 se observa que el 49,7 % está “De acuerdo” que se debe crear consciencia en el paciente sobre sus responsabilidades como usuario, el 44 % está “Totalmente de acuerdo”, el 4 % no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 1,5 % está “En desacuerdo” y el 0,8 % está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 63. *Creación de una comisión nacional para la reforma del modelo del sistema nacional de salud*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	12	,9	,9	,9
	ED	41	3,1	3,1	4,1
	NDA/NED	142	10,9	10,9	14,9
	DA	667	51,0	51,0	65,9
	TDA	446	34,1	34,1	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

En la tabla 63 se observa que el 51 % está “De acuerdo” que se debe crear una comisión nacional para la reforma del modelo del sistema nacional de salud, el 34,1 % está “Totalmente de acuerdo”, el 10,9 % no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 3,1 % está “En desacuerdo” y el 0,9 % está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 64. *Mejorar la capacidad resolutive de todos los niveles de atención*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	8	,6	,6	,6
	ED	18	1,4	1,4	2,0
	NDA/NED	113	8,6	8,6	10,6
	DA	599	45,8	45,8	56,4
	TDA	570	43,6	43,6	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

En la tabla 64 se observa que el 45,8 % está “De acuerdo” que se debe mejorar la capacidad resolutive de todos los niveles de atención, el 43,6 % está “Totalmente de acuerdo”, el 8,6 % no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 1,4 % está “En desacuerdo” y el 0,6 % está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 65. *Convocar la participación multisectorial para el nuevo modelo de sistema de salud*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	13	1,0	1,0	1,0
	ED	15	1,1	1,1	2,1
	NDA/NED	98	7,5	7,5	9,6
	DA	632	48,3	48,3	58,0
	TDA	550	42,0	42,0	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

En la tabla 65 se observa que el 48,3 % está “De acuerdo” que se debe convocar la participación multisectorial para el nuevo modelo de sistema de salud, el 42 % está “Totalmente de acuerdo”, el 7,5 % no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 1,1 % está “En desacuerdo” y el 1 % está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 66. *La reforma debería contemplar la mejora de la calidad de atención*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	12	,9	,9	,9
	ED	19	1,5	1,5	2,4
	NDA/NED	75	5,7	5,7	8,1
	DA	582	44,5	44,5	52,6
	TDA	620	47,4	47,4	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

En la tabla 66 se observa que el 47,4 % está “Totalmente de acuerdo” que la reforma debería contemplar la mejora de la calidad de atención, el 44,5 % está “De acuerdo”, el 5,7 % no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 1,5 % está “En desacuerdo” y el 0,9 % está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 67. *La reforma debería implementar un control adecuado de los recursos públicos*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	15	1,1	1,1	1,1
	ED	20	1,5	1,5	2,7
	NDA/NED	73	5,6	5,6	8,3
	DA	561	42,9	42,9	51,1
	TDA	639	48,9	48,9	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

En la tabla 67 se observa que el 48,9 % está “Totalmente de acuerdo” que la reforma debería implementar un control adecuado de los recursos públicos, el 42,9 % está “De acuerdo”, el 5,6 % no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 1,5 % está “En desacuerdo” y el 1,1 % está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 68. *La reforma debería impulsar la recategorización de los establecimientos de salud a nivel nacional*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	9	,7	,7	,7
	ED	14	1,1	1,1	1,8
	NDA/NED	110	8,4	8,4	10,2
	DA	636	48,6	48,6	58,8
	TDA	539	41,2	41,2	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

En la tabla 68 se observa que el 48,6 % está “De acuerdo” que la reforma debería impulsar la recategorización de los establecimientos de salud a nivel nacional, el 41,2 % está “Totalmente de acuerdo”, el 8,4 % no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 1,1 % está “En desacuerdo” y el 0,7 % está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 69. *La reforma debe priorizar el fortalecimiento del primer nivel de atención*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	14	1,1	1,1	1,1
	ED	12	,9	,9	2,0
	NDA/NED	96	7,3	7,3	9,3
	DA	606	46,3	46,3	55,7
	TDA	580	44,3	44,3	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

En la tabla 69 se observa que el 46,3 % está “De acuerdo” que la reforma debe priorizar el fortalecimiento del primer nivel de atención, el 44,3 % está “Totalmente de acuerdo”, el 7,3 % no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 1,1 % está “Totalmente en desacuerdo” y el 0,9 % está “En desacuerdo”.

Tabla 70. *La reforma debe considerar la modernización en tecnología y educación médica*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	12	,9	,9	,9
	ED	21	1,6	1,6	2,5
	NDA/NED	60	4,6	4,6	7,1
	DA	557	42,6	42,6	49,7
	TDA	657	50,2	50,3	100,0
	Total	1308	99,9	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,1		
Total		1308	100,0		

En la tabla 70 se observa que el 50,2 % está “Totalmente de acuerdo” que la reforma debe considerar la modernización en tecnología y educación médica, el 42,6 % está “De acuerdo”, el 4,6 % no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 1,6 % está “En desacuerdo” y el 0,9 % está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 71. *La reforma debe realizar una articulación adecuada a nivel intrasectorial y multisectorial*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	11	,8	,8	,8
	ED	15	1,1	1,1	2,0
	NDA/NED	91	7,0	7,0	8,9
	DA	668	51,1	51,1	60,0
	TDA	523	40,0	40,0	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

En la tabla 71 se observa que el 51,1 % está “De acuerdo” que la reforma debe realizar una articulación adecuada a nivel intrasectorial y multisectorial, el 40 % está “Totalmente de acuerdo”, el 7 % no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 1,1 % está “En desacuerdo” y el 0,8 % está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 72. *La reforma debe ser integral, considerando la opinión de todos los actores*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	12	,9	,9	,9
	ED	26	2,0	2,0	2,9
	NDA/NED	140	10,7	10,7	13,6
	DA	553	42,3	42,3	55,9
	TDA	577	44,1	44,1	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

En la tabla 72 se observa que el 44,1 % está “Totalmente de acuerdo” que la reforma debe ser integral, considerando la opinión de todos los actores, el 42,3 % está “De acuerdo”, el 10,7 % no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 2 % está “En desacuerdo” y el 0,9 % está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 73. *La reforma debe considerar la gestión de aspectos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	21	1,6	1,6	1,6
	ED	14	1,1	1,1	2,7
	NDA/NED	55	4,2	4,2	6,9
	DA	712	54,4	54,4	61,3
	TDA	506	38,7	38,7	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

En la tabla 73 se observa que el 54,4 % está “De acuerdo” que la reforma debe considerar la gestión de aspectos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud, el 38,7 % está “Totalmente de acuerdo”, el 4,2 % no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 1,6 % está “Totalmente en desacuerdo” y el 1,6 % está “En desacuerdo”.

Tabla 74. *Política de recursos humanos moderna y acorde*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	15	1,1	1,1	1,1
	ED	19	1,5	1,5	2,6
	NDA/NED	55	4,2	4,2	6,8
	DA	710	54,3	54,3	61,1
	TDA	509	38,9	38,9	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

En la tabla 74 se observa que el 54,3 % está “De acuerdo” que se debe establecer una política de recursos humanos moderna y acorde con el nuevo modelo de sistema de salud, el 38,9 % está “Totalmente de acuerdo”, el 4,2 % no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 1,5 % está “En desacuerdo” y el 1,1 % está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 75. *Regulación y cumplimiento de la normativa sobre medicamentos genéricos*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	16	1,2	1,2	1,2
	ED	16	1,2	1,2	2,4
	NDA/NED	95	7,3	7,3	9,7
	DA	607	46,4	46,4	56,1
	TDA	574	43,9	43,9	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

En la tabla 75 se observa que el 46,4 % está “De acuerdo” que se debe regular y hacer cumplir la normativa sobre medicamentos genéricos, el 43,9 % está “Totalmente de acuerdo”, el 7,3 % no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 1,2 % está “En desacuerdo” y el 1,2 % está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 76. *Creación de nuevas políticas de estado en salud*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	17	1,3	1,3	1,3
	ED	31	2,4	2,4	3,7
	NDA/NED	111	8,5	8,5	12,2
	DA	615	47,0	47,0	59,2
	TDA	534	40,8	40,8	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

En la tabla 76 se observa que el 47 % está “De acuerdo” que la creación de nuevas políticas de estado en salud, mejorarían la gestión del nuevo modelo de sistema de salud, el 40,8 % está “Totalmente de acuerdo”, el 8,5 % no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 2,4 % está “En desacuerdo” y el 1,3 % está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 77. *Normatividad acorde con la realidad actual*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	TED	24	1,8	1,8	1,8
	ED	28	2,1	2,1	4,0
	NDA/NED	77	5,9	5,9	9,9
	DA	619	47,3	47,3	57,2
	TDA	560	42,8	42,8	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

En la tabla 77 se observa que el 47,3 % está “De acuerdo” que la normatividad debería estar acorde con la realidad actual del nuevo modelo de sistema de salud, el 42,8 % está “Totalmente de acuerdo”, el 5,9 % no está “Ni de acuerdo ni en desacuerdo”, el 2,1 % está “En desacuerdo” y el 1,8 % está “Totalmente en desacuerdo”.

Tabla 78. *Calificación al actual modelo de sistema de salud en Perú*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy bueno	42	3,2	3,2	3,2
	Bueno	57	4,4	4,4	7,6
	Regular	514	39,3	39,3	46,9
	Malo	443	33,9	33,9	80,7
	Muy malo	252	19,3	19,3	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

En la tabla 78 se observa que el 39,3 % califica como “Regular” al actual modelo de sistema de salud en Perú, el 33,9 % como “Malo”, el 19,3 % como “Muy malo”, el 4,4 % como “Bueno” y el 3,2 % como “Muy bueno”.

Tabla 79. *Grado de satisfacción con relación a la atención recibida*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Muy satisfecho	28	2,1	2,1	2,1
	Satisfecho	140	10,7	10,7	12,8
	Ni satisfecho ni insatisfecho	357	27,3	27,3	40,1
	Insatisfecho	553	42,3	42,3	82,4
	Totalmente insatisfecho	230	17,6	17,6	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

En la tabla 79 se observa que el 42,3 % se siente “Insatisfecho” con la atención recibida en su calidad de paciente, seguido por el 27,3 % no se siente “Ni satisfecho ni insatisfecho”, el 17,6 % “Totalmente insatisfecho”, el 10,7 % “Satisfecho” y solo el 2,1 % se siente “Muy satisfecho”. En efecto, se aprecia un porcentaje sumamente bajo en relación con satisfacción del paciente, debido a las múltiples deficiencias que presenta el actual modelo del sistema de salud.

Tabla 80. *Porcentaje del gasto público que debería ser asignado al sector salud*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	5.5 %	146	11,2	11,2	11,2
	8.5 %	429	32,8	32,8	44,0
	10 %	366	28,0	28,0	71,9
	Debería ser un aumento gradual anual no menor del 0.5%	324	24,8	24,8	96,7
	Otro	43	3,3	3,3	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

En la tabla 80 se observa que el 32,8 % considera que el porcentaje, del gasto público, que debería asignar el estado al sector salud es de 8.5 %, el 28 % considera el 10 %, el 24,8 % considera que debería ser un aumento gradual anual no menor del 0.5 %, el 11,2 % considera el 5.5 % y el 3,3 % considera que debería ser otros porcentajes.

Tabla 81. *Inversión para la prevención en salud*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Excelente	32	2,4	2,4	2,4
	Muy buena	47	3,6	3,6	6,0
	Bueno	90	6,9	6,9	12,9
	Regular	494	37,8	37,8	50,7
	Insuficiente	645	49,3	49,3	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

En la tabla 81 se observa que el 49,3 % considera que la inversión que se realiza para la prevención en salud es “Insuficiente”, el 37,8 % lo considera como “Regular”, el 6,9 % como “Bueno”, el 3,6 % como “Muy buena” y el 2,4 % como “Excelente”.

Tabla 82. *Concertación de acciones para mejorar la articulación*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sector educación	127	9,7	9,7	9,7
	Con todos los demás sectores	371	28,4	28,4	38,1
	Subsistemas	197	15,1	15,1	53,1
	Todas las anteriores	590	45,1	45,1	98,2
	Ninguna de las anteriores	23	1,8	1,8	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

En la tabla 82 se observa que el 45,1 % considera que se debería mejorar la articulación del modelo de salud actual, concertando acciones con todos los sectores.

Tabla 83. *Unificación de todos los establecimientos de salud*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Debería unificarse a todos los establecimientos de salud para una atención sin distinciones ni discriminaciones	1086	83,0	83,0	83,0
	Debería realizarse la complementación intrasector en vez de la unificación	222	17,0	17,0	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

En la tabla 83 se observa que el 83 % considera que debería unificarse a todos los establecimientos de salud para una atención sin distinciones ni discriminaciones.

Tabla 84. *Reforma progresiva o total desde el inicio*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Debería implementarse desde un inicio a nivel nacional	708	54,1	54,1	54,1
	Debería iniciarse como un piloto y avanzar gradualmente	600	45,9	45,9	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

En la tabla 84 se observa que el 54,1 % considera que la reforma, debería implementarse desde un inicio a nivel nacional.

Tabla 85. *Grupos de interés y bloqueo de la reforma*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Debería de fomentarse la graduación de consensos.	232	17,7	17,7	17,7
	Debería excluirse a Essalud, temporalmente de la unificación.	148	11,3	11,3	29,1
	En democracia debe primar el beneficio para la gran mayoría de la población, por tanto, la unificación es prioritaria.	524	40,1	40,1	69,1
	Todas las anteriores	347	26,5	26,5	95,6
	Ninguna de las anteriores	57	4,4	4,4	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

En la tabla 85 se observa que el 40,1 % considera que en democracia debe primar el beneficio para la gran mayoría de la población, por tanto, la unificación es prioritaria.

Tabla 86. *Reforma de la Constitución para poder acceder a un sistema universal de salud*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sí	1232	94,2	94,2	94,2
	No	76	5,8	5,8	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

En la tabla 86 se observa que el 94,2 % sí está de acuerdo en que se realice una reforma a la Constitución para poder acceder a un sistema universal de salud.

Tabla 87. *Apoyo a la reforma a través de un Referéndum*

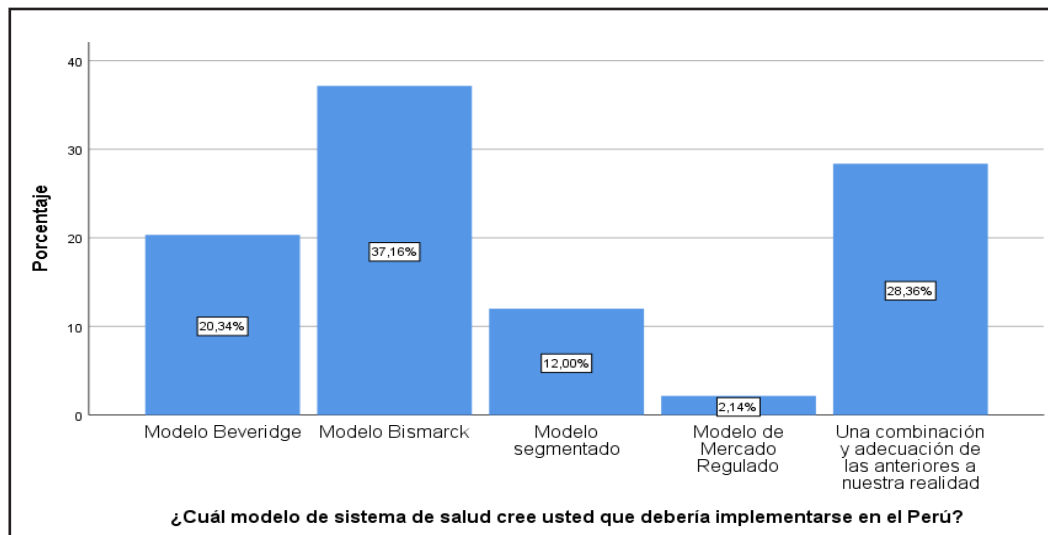
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sí	1201	91,8	91,8	91,8
	No	107	8,2	8,2	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

En la tabla 87 se observa que el 91,8 % considera que estarían dispuestos a apoyar la reforma a través de Referéndum.

Tabla 88. *Modelo de sistema de salud más idóneo para Perú*

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Modelo Beveridge	266	20,3	20,3	20,3
	Modelo Bismarck	486	37,2	37,2	57,5
	Modelo segmentado	157	12,0	12,0	69,5
	Modelo de Mercado Regulado	28	2,1	2,1	71,6
	Una combinación y adecuación de las anteriores a nuestra realidad	371	28,4	28,4	100,0
	Total	1308	100,0	100,0	

Figura 11. *Modelo más idóneo para ser implementado en Perú*



En la tabla 88 y figura 22 se observa que el 37,2 % considera que el “Modelo Bismarck” es el más idóneo para ser implementado en Perú, el 28,4 % considera que se debe

hacer “Una combinación y adecuación de los anteriores a nuestra realidad”, el 20,3 % al “Modelo Beveridge”, el 12 % al “Modelo Segmentado” y el 2,1 % al “Modelo de Mercado Regulado”. Es decir, los actores del sistema de salud peruano consideran que el modelo idóneo a ser implementado en Perú sería un modelo universal y único, financiado por el Estado, las empresas y los usuarios. Sin embargo, es necesario aclarar que el cambio hacia ese modelo deberá ser progresivo, dada las características y realidades del país. Además, deberán considerarse en el nuevo modelo otros aspectos demandados por el común de los actores, como, por ejemplo, una combinación óptima entre lo público y privado, y la implementación integral de los determinantes de la salud.

En base a los resultados obtenidos se propone un modelo de sistema de salud fundamentado en la praxeología de sus actores. Se plantea un modelo propio y singular, que relega el dilema de preferencias entre lo público y lo privado y se enfoca en la búsqueda de la eficiencia. Considera un diseño tipo Bismarck modificado a nuestra realidad y complementado con el enfoque de los determinantes de la salud.

- Objetivo específico 4: Validar el modelo de sistema de salud propuesto para el Perú en el período abril-diciembre 2019

Este estudio de investigación se realizó en dos fases sucesivas, en la cualitativa se hizo una exploración para el conocimiento integral del tema de investigación a través de las entrevistas a profundidad, en la cuantitativa, con base en los conocimientos obtenidos y para poder realizar la extrapolación de los datos, se aplicó un cuestionario a una muestra mayor, a nivel nacional, validando el Nuevo Modelo de Sistema de Salud Propuesto.

4.13. Discusión de resultados

La problemática de la atención de la salud está contemplada en el tercer objetivo de Desarrollo Sostenible, salud y bienestar. Además, es la treceava política del Acuerdo Nacional al 2021, acceso universal a los servicios de salud e incluida en el quinto eje estratégico de la Visión del Perú al 2050, estado eficiente, transparente y descentralizado, aprobada en el Acuerdo Nacional del 29 de abril del 2019. Y no solo es reconocido así por los expertos, sino que al mismo tiempo está en el sentir de la población, pues constituye el cuarto problema más importante identificado por los peruanos, según los resultados de la encuesta elaborada por Pulso Perú, Datum 2018, solo superado por falta de dinero, miedo a ser asaltado e inestabilidad laboral. Por consiguiente, es irrefutable su importancia como problema de salud pública vigente a nivel mundial y nacional.

En este contexto, el abordar la problemática derivada de la ineficacia del modelo de sistema de salud peruano se torna transcendental para los intereses del desarrollo nacional. Se considera que los problemas evidenciados deben ser tratados de forma integral considerando la opinión de todos los actores que son parte de la problemática. Por tanto, el objetivo general de este trabajo de investigación es el de proponer un modelo de sistema de salud sustentado en el conocimiento y opinión de los actores que participan en el sistema de salud de Perú.

La relevancia de este estudio de investigación queda demostrada al no existir, en la revisión realizada, a nivel nacional ningún estudio que considere la opinión de todos los actores que participan en el modelo de sistema de salud peruano, además de ser uno de los

pocos, sino el único en su nivel, que utiliza el Diseño Exploratorio Secuencial Derivativo, la transdisciplinariedad y por ser de índole nacional.

Con respecto a la validez del estudio, aparte de contar con una muestra representativa de la población, lo que significó un esfuerzo sin igual al ser este un trabajo de índole nacional; se cuenta con validez interna y externa. La validez interna queda demostrada al haber logrado una puntuación de 0.87 en el análisis de consistencia interna del instrumento, obtenido a través del coeficiente de alfa de Cronbach. Además, realizó una encuesta piloto, lo que ayudó a conocer si las instrucciones eran entendidas por todos los participantes, detectar preguntas mal elaboradas que podrían ocasionar confusión en el entrevistado, u otros aspectos que podrían causar un efecto negativo para el estudio, por tanto, se estableció mayor probabilidad de obtener resultados verosímiles para la presente investigación.

La validez externa se obtuvo a través de la aplicación de la validez de contenido, en sus variantes validez aparente y validez de repuesta. La primera, obtenida a través de juicio de expertos y la segunda, se produjo al haberse aplicado una entrevista a profundidad, buscando indagar en conjunto como se debía plantear el problema, pues no se contaba con una noción clara de lo que se debía medir, de modo que se estuvo realizando a su vez una validez de aproximación a la población, llamada también validez de respuesta.

Con relación a los antecedentes citados, respecto al análisis del modelo de sistema de salud peruano según el criterio de sus actores, la Figura 6 evidencia una calificación negativa, habiendo obtenido una calificación conjunta entre “malo” y “muy malo” de

53.2 % y en la Figura 4 nos muestra un resultado de 59.9 % cuando se refiere al grado de insatisfacción del usuario. Los resultados negativos empeoran cuando se van desglosando los problemas, entre otros: Figura 7 identifica a la corrupción como un gran obstáculo para la mejora del modelo de sistema de salud en Perú con un 90 %.

Estos primeros resultados guardan coincidencia con los obtenidos por Sánchez-Moreno (2014), quien afirma que el desempeño actual del sistema de salud en Perú es peligrosamente ineficiente. Se acepta plenamente la utilización del término “peligrosamente” empleado por Sánchez-Moreno, al tratar de advertir sobre los riesgos que acarrea el no actuar sobre la solución de este tan importante tema y es mejor entendido hoy en día al estar inmersos en una serie de numerosas protestas multitudinarias en diversos países de la región exigiendo reformas a las actuales políticas públicas, las mismas que han derivado en pérdidas de vidas humanas y cuantiosos daños a la propiedad pública y privada. En Perú todavía no se evidencia este nivel de reclamo, sin embargo, el riesgo es latente; aún es posible evitar estos lamentables acontecimientos.

El estudio realizado por Sánchez-Moreno (2014) también encuentra semejanza con el presente estudio de investigación al referir que hay una escasa valoración de los recursos humanos; afirmación que guarda concordancia directa con los siguientes resultados obtenidos: tabla 10, la remuneración que recibe el personal de salud no está acorde con sus capacitaciones y competencias, 70 %; tabla 12, la remuneración que recibe el personal de salud no es adecuada a su ámbito geográfico, 70.6 %; tabla 13, la remuneración que recibe el personal de salud es muy baja, 72.6 %.

Otra similitud importante con Sánchez-Moreno (2014) es la que se produce cuando afirma que existe poco entendimiento sobre los sistemas de salud. Efectivamente se palpó en la realización de las entrevistas a profundidad, que el nivel de desconocimiento del tema “modelos de sistemas de salud” es alarmantemente muy alto, sin referirse al ciudadano común, sino a los profesionales de la salud y personal técnico dedicados a la labor asistencial cuyo conocimiento sobre el tema es prácticamente nulo, mientras que el conocimiento del tema por parte de los profesionales de salud dedicados a la parte administrativa y gerencial es, en mi opinión, de moderada a baja. Son muy pocas las personas en el país que dominan el tema, y se encuentran en su mayoría en el nivel central de administración de salud (MINSA), hasta donde se acudió para obtener sus puntos de vista; se conversó con ellos y dejaron la impresión de que están conscientes de la necesidad del cambio y conocen algunas posibles rutas a seguir, pero no se mostraron muy entusiasmados en esforzarse por implementar estas reformas, quizás porque las mismas afectarían sus estilos de vidas, al dejar al MINSA solo como un ente modulador, restándole poder, porque así lo proclaman la mayoría de tendencias actuales en Latinoamérica y el mundo.

Asimismo, el actual trabajo encuentra similitud con el estudio realizado por Maceira (2007), quien afirma que en Latinoamérica los sistemas de salud poseen una profunda fragmentación en la prestación y financiación en la atención de salud de sus usuarios, además de enormes defectos organización entre sus subsistemas. Los resultados del presente trabajo que respaldan la primera parte de esta afirmación son los mostrados en: tabla 8, es un modelo que hace diferencia en su atención a ricos y pobres

con un 69.4 %; tabla 25, existe un gasto excesivo de bolsillo del paciente con 75 %. Los resultados que respaldan la segunda parte de la afirmación de Maceira (2007) son: tabla 14, los recursos humanos en salud están inadecuadamente distribuidos, 80.5 %; tabla 19, existe inequidad en la distribución de recursos, 83.8 %; y tabla 6, es un modelo de administración muy centralizado, 65.2 %.

Por otra parte, el actual estudio encuentra también coincidencia con Londoño y Frenk (1997), quienes refieren en sus conclusiones que existe necesidad de una reforma cabal de los modelos de sistema de salud de Latinoamérica y que los mismos han demostrado en la práctica su incapacidad para fomentar la equidad, la calidad y la eficiencia. Sustentan las similitudes, respectivamente, los siguientes resultados del presente trabajo: Figura 5, está de acuerdo con que se realice una reforma al actual modelo de sistema de salud del Perú, 89.3 %; tabla 19, existe inequidad en la distribución de recursos, 83.8 %; tabla 8, es un modelo que hace diferencia en su atención a ricos y pobres, 69.4 %; tabla 24, se cuenta con una debida calidad de atención, 37.4 %.

Con respecto a la contrastación de los modelos de sistemas de salud latinoamericanos con el modelo peruano, el presente estudio encuentra semejanza con la afirmación realizada por Sánchez-Moreno (2014), quien recomienda se organice un diálogo nacional con el fin de conocer y evaluar las experiencias internacionales en temas de reforma de los sistemas de salud. Al respecto en la Figura 8 se evidencia que el 89.3 % de los encuestados refieren que están de acuerdo en que las reformas realizadas en otros países podrían implementarse en el país.

Asimismo, otro aspecto en el que se encuentra similitud con Sánchez-Moreno (2014) es con respecto a la sugerencia de que por consenso se cimiente una política de estado en salud, la misma que en este trabajo de investigación se ve representada por el resultado: tabla 76, la creación de nuevas políticas de estado en salud, mejorarían la gestión del nuevo modelo de sistema de salud, donde el 87.8 % de los participantes del estudio están de acuerdo con esta propuesta. Además, se encuentra semejanza con la recomendación de modernizar el financiamiento del sistema de salud y plantea incluir a todos los asalariados sin distinción, de forma progresiva, con el propósito de mejorar la recaudación de sus contribuciones, realizándolos en forma equitativa mediante las ventas y servicios. Los resultados que soportan la coincidencia son: tabla 46, como medio de financiamiento, es necesario aplicar impuestos a la empresa privada, 76.8 %; tabla 47, es necesario permitir la utilización de métodos auxiliares de financiamiento a nivel provincial para la mejora del sistema de salud local, 81.4 %; tabla 48, destinar un monto especial del presupuesto nacional destinado únicamente a la mejora del sistema de salud, 89.7 %; y tabla 49, el financiamiento podría ser compartido entre el estado, empresas privadas e inclusive con un porcentaje mínimo del usuario con un 73.5%.

De la misma forma, se encuentra similitud con las propuestas plasmadas por Maceira (2007), quien afirma que el eje de todas las reformas fue la descentralización, al respecto, el resultado que sustenta dicha similitud es: tabla 38, se debe realizar una real descentralización administrativa y presupuestal con 87.1 %; sin embargo, el mismo reconoce que en los países latinoamericanos la descentralización no tuvo el éxito esperado, dado principalmente, por la falta de mecanismos de coordinación entre municipios y provincias. Situación que debe

ser tomada muy en cuenta para aprovechar estas experiencias y realizar las previsiones necesarias para no volver a cometer los mismos errores.

También, se encuentra similitud, solo con algunos de los resultados, con el estudio presentado por Mendoza et al. (2018), correspondiente a sus afirmaciones sobre que los principales desafíos a resolver serían, mejorar el porcentaje de asegurados no relacionados con la pobreza, superar el déficit de profesionales con especialización, y la disminución del gasto de bolsillo. Las coincidencias se sustentan con los siguientes resultados encontrados en el presente estudio: figura 12, la elección mayoritaria del modelo Bismark, modelo de sistema universal de salud con financiamiento compartido por el estado, empresas y los usuarios, obteniendo un 37.16 %; figura 3, existe déficit de profesionales de salud con un 81.7 %; y tabla 25, existe un gasto excesivo de bolsillo del paciente con 75 %. Sin embargo, no se encuentran similitudes con otros resultados, como: La propuesta se fundamenta en el crecimiento de los asegurados, con énfasis en el ámbito público, siguiendo el modelo del pluralismo estructurado, con una manifiesta independencia de las funciones del sistema de salud. Al respecto, los mencionados autores realizan una interpretación errónea de lo que significa seguir el modelo del pluralismo estructurado. La esencia del mismo, es un cambio del modelo segmentado vertical a uno horizontal, en otras palabras, organizar al sistema de salud por funciones, y no por grupos sociales como actualmente ocurre en Perú.

Asimismo, no se encuentra coincidencia con la afirmación: los principales avances identificados son el establecimiento de un seguro estatal bajo la perspectiva de carácter público de la pobreza, la mejora de la inversión en personal e infraestructura, la consolidación

de una entidad destinada a la defensa de los derechos del paciente, y la tarea realizada por el Ministerio de Salud en el sistema sanitario. Se sustenta estas discrepancias con los resultados siguientes: tabla 8, es un modelo que hace diferencias en su atención entre ricos y pobres, 69.4 %; figura 2, existe déficit de infraestructura, 86.9 %; figura 3, existe déficit de profesionales de salud, 82.4 %; figura 1, el trato del personal de salud es inapropiado, 75.3 %; tabla 22, existe una deficiente regulación de los seguros privados por parte del estado, 77.9 %; tabla 73, la reforma debe considerar la gestión de aspectos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud, 93.1 %. Por tanto, con estos altos porcentajes de anhelos e insatisfacciones no es posible afirmar que han existido avances; por lo menos no avances significativos. Es posible que los autores del trabajo en mención consideren como avance el que se haya plasmado la constitución de algunas entidades para este fin, sin embargo, no toman en cuenta su efectividad en la práctica, ni tampoco que mientras que persista el actual modelo, situaciones estructurales y normativas, no serán posibles mejoras sustantivas. Además, expresan medias verdades al afirmar que la inversión en infraestructura y personal ha aumentado; en realidad ha aumentado en cantidad, mas no significativamente en porcentaje, que es lo que realmente es importante; hoy contamos con una inversión aproximada del 5.5 %, estando debajo del promedio Latinoamericano.

Probablemente estas divergencias se deban a la diferencia en la metodología, mientras que Mendoza et al. (2018), basan sus resultados en las entrevistas realizadas a 21 participantes clave, en su mayoría personas que han estado laborando en el Ministerio de Salud, dependencias o entidades vinculadas; el presente estudio se sustenta en 40 entrevistas

realizadas a distintos actores clave del sistema de salud peruano y validado con la realización de 1308 cuestionarios a nivel nacional. La diferencia en la validez de los resultados es muy notoria; por otra parte, algunos de sus entrevistados y autores estuvieron laborando en el ente rector, podría ocasionar un sesgo, sin duda no intencional, de interpretación al verse inmersa su incumbencia en el avance del sector salud en el país.

Por otra parte, Londoño y Frenk (1997) refieren que el fortalecimiento institucional es fundamental para una verdadera división de funciones en el sistema de salud, mientras que Maceira (2007) refiere que el Ministerio de Salud juega con su rol regulador un factor clave para el éxito de las reformas, más esto no sucede en América Latina debido principalmente a la debilidad de sus instituciones. Ambos autores coinciden en atribuirle sustancial importancia al tema del fortalecimiento de las instituciones. En los resultados de la presente investigación no se obtuvieron resultados referente a este tema porque no fue motivo de investigación; y aunque dos de los entrevistados, en la primera fase de investigación, manifestaron esta preocupación, se decidió no incluirlo por tratarse de un tema que atañe a todos los sectores, todos los niveles de gobierno e incluye a todas las instituciones públicas y privadas ; y si se consideraba, debían también incluirse otros temas de índole más general como la ampliación de la base tributaria, la lucha contra la pobreza, el disminuir la anemia en los niños, etc. ; temas que tienen que ver directa o indirectamente con nuestro tema de estudio, pero que al igual que el fortalecimiento de las instituciones ya han sido largamente comentados.

Conviene subrayar que las múltiples coincidencias encontradas con los autores antes mencionados, a excepción de Mendoza et al., se deben posiblemente, a que los problemas

son comunes a nuestra realidad regional latinoamericana, y que a pesar de que los estudios en mención fueron realizados en distintos momentos, con una diferencia de varios años, los retos aún siguen siendo los mismos y queda todavía mucho por hacer al respecto. Pero, lo que realmente llama la atención es que existan escasas divergencias, por lo que es necesario aclarar, para evitar suspicacias, que el presente trabajo de investigación no fue realizado en base a los resultados de otros estudios, muy por el contrario, la metodología utilizada nos exigía desconocer los resultados de otros estudios similares, lo cual se cumplió a cabalidad. Para ello, en la primera fase de investigación, donde se indagó a profundidad sobre el tema, se usó la técnica de la metodología de la teoría fundamentada y se aplicaron entrevistas a los participantes, y fue en base a las ideas de los mismos que se elaboraron las preguntas que serían aplicadas a través de un cuestionario en la segunda fase de investigación, obteniéndose de esta forma los resultados finales de la actual investigación. De modo que los mismos no se han visto influenciados por ningún trabajo de investigación externo; por consiguiente, constituye un trabajo original y objetivo.

PROPUESTA DE REFORMA DEL SISTEMA DE SALUD PERUANO FUNDAMENTADO EN LA PRAXEOLOGÍA DE LOS ACTORES PARTICIPANTES

Hasta hace pocos años se creía que el lograr un amplio consenso, garantiza la implementación de las acciones; la práctica ha demostrado que en esta situación el alcance de las mismas se ve muy limitado. El consenso se alcanza cuando se trata de principios básicos; pero la obtención de un acuerdo común sobre acciones específicas ha resultado mucho más difícil, ya que aquellos que se ven afectados por una decisión tienen la posibilidad real de bloquear una adopción integral de los cambios. De hecho, cuando todas las partes interesadas pueden expresar abiertamente sus posiciones, resulta más fácil obtener un consenso sobre lo que no quieren, es decir un consenso negativo, que uno positivo. Por lo tanto, las estrategias integrales y totalmente consensuales corren el riesgo de ser poco realistas. En consecuencia, muchas de las propuestas que derivan de esta estrategia se vuelven intrascendentes.

Por otro lado, el intentar aplicar propuestas integrales sin tener un consenso, tienen como el resultado más común es que las propuestas se mantengan en el nivel de decretos y no sean implementables. De esta manera, en lugar de conseguir un consenso total o tratar de implementar desde un inicio todas las intervenciones que se requieren para lograr una real reforma, impresiona que se lograría un mayor éxito si se implementan estrategias que abarquen un conjunto de acciones que ataquen los puntos más álgidos del sistema.

Se debe tener especial cuidado para no equivocarse e implementar estrategias que no son técnica o políticamente viables, las reformas en los sistemas de salud que han gozado de éxito lo han logrado a través de la instalación de políticas en salud que han considerado el aporte sustancial de los técnicos en la materia y donde las intervenciones fueron aplicadas en forma progresiva.

5.1. Riesgos de la no implementación de la propuesta

La actual coyuntura sanitaria a raíz de la pandemia por el COVID-19 ha develado, ahora sin lugar a dudas, el deficiente y obsoleto sistema de salud del Perú, los riesgos se transformaron en nefastas realidades que están azotando a todos nuestros conciudadanos a lo largo y ancho del país.

En caso de seguirse desaprovechando la modernidad mundial en salud, continuarán en Perú sucesivas décadas de injustificable subdesarrollo. El atraso es dramático y sus consecuencias permanecerían generando graves y crecientes problemas de salud, enfermedad y discapacidad a un porcentaje muy significativo de la población peruana.

5.2. Propuesta

La propuesta pretende reformar el modelo vigente en el país, el modelo segmentado; por tanto, es provechoso repasar las experiencias al respecto; aprendiendo de los errores y corrigiéndolos, los mismos unidos al consenso entre los actores del sistema de salud nos brindará una opción viable a seguir. Así pues, se han realizado

reformas nacionalizando los servicios de salud y unificando todas las instituciones en un sistema público único, sin embargo, no se encontró la eficiencia esperada, ni equidad entre la población con estas medidas.

Así mismo, otras iniciativas se orientaron a delegar la organización de los servicios de salud a entidades distintas a las del gobierno central. Existiendo dos versiones de la misma, una de ellas ha sido la de privatización de los servicios de salud, sobre todo respecto de la seguridad social. La otra versión ha sido la devolución de las responsabilidades previamente centralizadas a las entidades locales. El problema principal que se presentó en ambas versiones es la flaqueza en la modulación, pues se dejó a criterio local, sin la preparación previa, la solución de las dificultades sistémicas en la atención de los servicios de salud. Por consiguiente, la mayoría de esfuerzos de esta índole han sido antagónicos a la necesidad de equidad tan reclamada por la población, además de ello, no se produjo la eficiencia prometida.

La presente propuesta toma en cuenta las experiencias aprendidas, y pretende establecer la orientación general consensuada por los actores, así como sus principios básicos, subrayando algunas intervenciones importantes a tener en cuenta, dejando el grueso de las acciones y pormenores para un equipo de profesionales transdisciplinarios, aún mayor que el empleado en la presente propuesta. Así mismo, se remarcen que los cambios deberán ser progresivos, encargándose primero de los puntos más álgidos del sistema.

5.3. Consideraciones previas a la aplicación de la propuesta

Se debe entender que la propuesta es un proceso que para hacer cumplir su propósito deben establecerse cimientos que preparen a la población y al gobierno para el cambio, entre ellos, los principales puntos a considerar serían:

- Capacitación del recurso humano encargado de la administración en la gestión de la salud. Pues este factor ha sido identificado como uno de los principales motivos de los fracasos de las reformas.
- Inversión en infraestructura, equipamiento y tecnología, preparándose para el cambio.
- Programas de inclusión para las personas de escasos recursos económicos, para prevenir un desequilibrio económico en las aseguradoras.
- Subsidios cruzados entre regiones y provincias ricas y pobres, con el fin de establecer equidad entre las mismas.
- Búsqueda de la eficiencia en los ámbitos públicos y privados, desterrando el dilema autoexcluyente entre los mismos.
- Se debe procurar el fortalecimiento institucional, puesto que es una condición indispensable para lograr una efectiva división de funciones en el sistema de salud.
- Enfoque intersectorial, pues se conoce que otros sectores de la vida social tales como educación, los servicios sociales, la vivienda, la producción y distribución

de alimentos, trabajo, etc.; influyen directamente en la eficiencia y eficacia del sistema e influyen poderosamente en el estado de salud de las poblaciones y en las percepciones de la gente sobre su propia situación de salud y sobre cómo son atendidas sus necesidades de salud.

- La normatividad legal debe estar acorde con las expectativas de puesta en práctica del nuevo modelo de salud, realizando los cambios necesarios a nivel de leyes, o a nivel constitucional de ser preciso.
- Considerar las tendencias actuales que demanda la atención de salud de la población. Entre ellas, el envejecimiento de la población y, por tanto, el aumento de las enfermedades crónicas y cardiovasculares; la migración de la población rural al ámbito urbano; el aumento de la tecnología y el cambio climático.
- Neutralización de grupos de interés. Una estrategia ensayada es la obtención de doble consenso de los beneficiarios y los tomadores de decisiones, de forma que el proceso de cambio pueda contar con el apoyo endógeno de las principales fuerzas, capaces de neutralizar a los oponentes, y las decisiones iniciales puedan inducir mayores cambios para profundizar los alcances de la reforma.
- Fomentar la educación para la salud desde la escuela, desde la familia y desde la comunidad, una salud no solo libre de enfermedades, sino de una salud integral que incluya la promoción de hábitos de vida saludables que conlleve a un estado de completo bienestar físico, mental y social.

5.4. Factores exógenos y endógenos que influyen en la propuesta

- a. Preocuparse por la mejora de las variables macroeconómicas (factores exógenos), pues su influencia es decisiva en la mejora del sistema de salud.
 - El ingreso económico, es esencial para el buen manejo de los sistemas de salud. La experiencia internacional indica que existe una relación proporcional entre mayor nivel de ingreso y mejor desempeño del sistema.
 - La distribución del ingreso, juega un papel muy importante, se evidencia que cuando la distribución del ingreso es deficiente, esta manifiesta una mayor brecha entre ricos y pobres.
- b. Fortalecer la cohesión social (factores endógenos).
 - Realizar una efectiva descentralización, la cual permitirá una mayor capacidad de decisión en los niveles donde se encuentran las necesidades de la población.
 - Prevenir la selección adversa, pues atenta contra la cohesión social, en la medida que merma la inclusión universal de la población en el sistema de aseguramiento social. Se deberá establecer la normatividad y los mecanismos para evitar la selección de riesgo por parte de proveedores.

- Establecer mecanismos de pago que permitan mayor eficiencia asignativa, promoviendo el uso más racional de los recursos y una mayor equidad en el acceso. De modo que se deben cambiar la asignación de presupuestos históricos y mecanismos de salario fijo, por criterios de necesidades reales de las regiones y gobiernos locales; premiando los buenos resultados y corrigiendo los sistemas ineficientes.

5.5. Implementación de la propuesta

1. En esencia, se debe realizar una modernización del modelo realizando un cambio en la actual integración vertical, en base a estratos sociales, por una horizontal organizada en base a las funciones del sistema de salud.
2. Descentralización del sistema de salud, otorgando competencias a instancias regionales y locales. Precizando que, para su realización, es requisito previo implementar los cambios en la configuración y la operación de las organizaciones; hacerlo de otra manera conllevará a la multiplicación de estructuras burocráticas y prácticas ineficientes.
3. El nuevo modelo debe considerar en su propósito intervenir integralmente y efectivamente en los determinantes de la salud, acorde con los nuevos conceptos de sistemas de salud.

4. Conformación de una comisión nacional multisectorial, con representación efectiva de la sociedad civil y de todos los actores que participan en el sistema de salud peruano para la reforma del actual modelo, donde uno de los insumos sería necesariamente la presente propuesta.
5. Construcción de una Política de Estado en salud consensuada y a largo plazo, debiendo ser respetada por los gobernantes de turno.
6. La prestación quedará a cargo de instituciones públicas y privadas, teniendo como requisito indispensable la atención con eficiencia y sin distinciones de ningún tipo a la población en general.
7. La supervisión y evaluación de los procesos y resultados de la implementación deben considerarse desde su planeamiento, puesto se ha identificado a los mismos como una causa importante de la no identificación oportuna de problemas y, por ende, el fracaso del modelo.
8. El financiamiento es crucial para la sostenibilidad de la propuesta. Se deben considerar mecanismos de financiamiento innovadores. La incorporación contributiva de todos los trabajadores formales e informales, a fin de recaudar con equidad sus aportes a través de las ventas y servicios, parece ser una alternativa viable. También, se ha propuesto un impuesto al consumo, que reemplazaría a los aportes por planillas y en teoría, triplicaría el número de asegurados; esta y las anteriores alternativas deberán ser analizadas por expertos en economía para comprobar la viabilidad de las mismas.

9. Normatividad acorde con el nuevo modelo de sistema de salud, valorando la vigencia del derecho fundamental a la salud con acceso a la atención integral y el aseguramiento universal.
10. Valorar la oportunidad que ofrece el sistema en cuanto a la creación de empleo de calidad, inversión en infraestructuras, y generación de conocimiento innovador de alto valor científico y tecnológico.
11. Priorización de la inversión en el primer nivel de atención de salud, acortando las brechas de inequidad, pues se ha demostrado que la población de menores recursos puede acceder con mayor facilidad a estos establecimientos, a la vez que destugurizamos los niveles de alta complejidad, que en estadística oficial se conoce que solo deberían atender al 50 % de la población que actualmente atienden, pues el otro 50 % pudo haber sido resuelto con facilidad en los primeros niveles de atención.
12. Establecimiento de prioridades sanitarias: Binomio madre-niño, lucha contra la anemia infantil, promoción de la salud, entre otros.
13. Las funciones del sistema de salud deben ser explícitas y tener en cuenta lo siguiente:
 - La modulación. Se convierte en la misión principal del Ministerio de Salud en su carácter de entidad responsable de imprimir una dirección estratégica al sistema en su conjunto. Dejando muy en claro que se le releva de su función de prestación en su totalidad.

- El financiamiento. Se convertiría en la responsabilidad central de la seguridad social u otro ente especializado, y se ampliaría gradualmente a fin de alcanzar una protección universal.
- La función de articulación. La forma como se administre el pago se convertiría en un elemento clave para esta función, la cual deberá ser encargada a una entidad especializada.
- La prestación. Esta estará a cargo de instituciones tanto públicas como privadas. En las áreas urbanas se fomentará la competencia entre los proveedores de servicios de salud, pues la elección de los proveedores será realizada por el usuario.
- En las áreas rurales se deberán crear otras estrategias donde participen, en las decisiones, tanto el gobierno como la comunidad. Mejorar las estrategias CLAS podría ser una alternativa.

14. El Ministerio de Salud desempeñara las siguientes funciones específicas:

- Desarrollo estratégico del Sistema de Salud: comprenderá la formulación de políticas públicas en salud, determinación de la priorización para la inversión, movilización social para la salud incluyendo la participación de la comunidad, acción intersectorial promoviendo las políticas que contribuyan al fortalecimiento de la atención de los determinantes de la salud. Además, deberá encargarse del fortalecimiento de la capacidad resolutive del sistema promoviendo las inversiones en infraestructura física, recursos humanos, investigación científica, desarrollo tecnológico y sistemas

de información. Así mismo, del desarrollo de criterios y estándares para la evaluación del desempeño de agencias financieras, organizaciones articuladoras y prestadores individuales e institucionales.

- **Coordinación.** Debiendo fomentar los modos más acordes y equitativos posibles entre las entidades públicas y privadas. La misma se puede y debe realizarse entre unidades territoriales, niveles de gobierno u organizaciones públicas y privadas.
- **Diseño Financiero.** Disponer a quienes corresponden los incentivos en el sistema, tales como el uso de fondos públicos en los paquetes de beneficios; los montos de los pagos por capacitación y sus posibles ajustes por riesgo; los techos presupuestales para el sistema en su conjunto; las fórmulas para la asignación de recursos entre las unidades territoriales, los niveles de gobierno y las instituciones no gubernamentales, y el uso de instrumentos de política, tales como los impuestos y los subsidios, que buscan modificar el comportamiento de la población.
- **Regulación propiamente dicha.** Por una parte, la regulación sanitaria de bienes y servicios, y la regulación de la atención a la salud. La primera se refiere a los esfuerzos convencionales que llevan a cabo las autoridades sanitarias para minimizar los riesgos a la salud derivados de los bienes y servicios que se proporcionan a través de la economía, en particular aquellos que los seres humanos consumen en forma directa, tales como los productos alimenticios. Por otra, es la que se realiza a los: prestadores individuales, mediante el licenciamiento y la certificación, prestadores institucionales, mediante la acreditación, mecanismos financieros, mediante reglas para los fondos de aseguramiento e instrumentos similares, a las entidades a cargo de la articulación

mediante la acreditación y la supervisión, instituciones educativas, mediante la acreditación; medicamentos, equipo y aparatos, mediante la evaluación tecnológica, inversiones de capital, mediante planes. Estas actividades regulatorias pueden llevarse a cabo de forma descentralizada y con la participación activa de todos los actores.

- Protección al consumidor. Brindando información pública acerca del desempeño de los aseguradores y los prestadores de servicios. Poner este tipo de información a la disposición de los consumidores y las entidades a cargo de la articulación.

15. Creación de las entidades encargadas de la Articulación, a nivel central y de forma descentralizada.

16. Encargar a las entidades encargadas de la Articulación las siguientes funciones:

- La articulación entre poblaciones y prestadores. La cual comprende a su vez la administración de riesgos, la administración del acceso y la representación. La administración de riesgos se lleva a cabo afiliando poblaciones, de forma que los riesgos se dispersen y se reduzca así la incertidumbre financiera de los consumidores en su interacción con los prestadores. Las entidades responsables de la articulación reciben un pago a cambio de asumir los riesgos asociados con la cobertura de eventos inciertos, tal pago debe ser una capitación ajustada por riesgo. Por último, la entidad articuladora actúa representante de los usuarios, operando como un comprador cauto de servicios de salud a su nombre.

- Articulación entre agencias financieras y prestadores de servicios. Mediando entre las agencias de financiamiento y los prestadores a través de la canalización selectiva de los recursos de las primeras a los segundos.
- Realizar funciones para la gestión de la calidad, tales como la certificación de la competencia de los proveedores y el monitoreo de los procesos y los resultados de la atención, incluyendo tanto sus aspectos técnicos como la satisfacción del consumidor.

17. Utilización de instrumentos de gestión para la mejora de los aspectos técnicos:

- Instrumentos de diagnóstico: Análisis del peso de la enfermedad, para valorar las condiciones de la población; análisis organizacional, medición del desempeño y mapeo político. Estos últimos para valorar la respuesta de las instituciones.
- Instrumentos de promoción: Análisis de las aportaciones de la salud a la formación de capital humano y al crecimiento económico, para la vinculación de la salud con asuntos más amplios de la política económica y social.
- Instrumentos para la identificación de opciones: Facilitan el diseño y la elección de cursos alternativos de acción para mejorar el sistema de salud.
- Instrumentos para la implementación de soluciones: Desarrollar y utilizar instrumentos que, basados en el desempeño, generen los incentivos adecuados para la parte de la oferta.

- Instrumentos para una administración eficiente: Micro administración detallada (como la variante de los grupos relacionados por diagnóstico, adoptada en Brasil). Mecanismos de incentivos globales (como el esquema de capitación utilizado en Colombia), estos últimos parecen ser más efectivos y más fáciles de aplicarse.

5.6. Propuestas específicas de la investigación

1. Descentralización real administrativa y presupuestal en salud. Todas las experiencias exitosas, así como el sentir de los actores expresado en los resultados del presente trabajo manifiestan esta necesidad. Siendo requisito indispensable la preparación previa de las regiones, en lo que refiere a la capacitación en gestión pública a su personal, fortalecimiento del primer nivel de atención, participación de la comunidad, entre otros ya mencionados en el presente trabajo de investigación. Remarcando que la actual descentralización emprendida no ha tenido los resultados esperados pues ha fallado terriblemente en no respetar la opinión de los actores y no haber preparado el campo de intervención tal como lo dictan los conocimientos científicos actuales. Mientras tanto deberá ponerse en práctica un modelo de transición capaz de mitigar las grandes deficiencias del sistema (tablas 6 y 38).
2. Se torna de suma importancia modernizar nuestro sistema de salud. El actual modelo de sistema de salud del Perú, el modelo segmentado, es considerado el peor modelo de salud del mundo, no encontrando sustento en mantenerlo, sobre todo teniendo en cuenta las nefastas consecuencias que ha acarreado en los últimos meses. La

gran mayoría de los países vecinos ha reformado sus sistemas de salud, obteniendo resultados medianamente positivos que se van mejorando con el aprender de sus errores a lo largo del tiempo. Los actores del sistema de salud peruano manifiestan su preferencia por el modelo tipo Bismarck, el cual debe ser aplicado en forma progresiva adaptándose a la realidad de nuestro país (tabla 7).

3. Es necesario un sistema de salud que destierre las diferencias que se presentan en la atención entre ricos y pobres. El resultado de nuestra investigación devela que los actores sienten de forma marcada esta diferencia; se plantea entonces un sistema más equitativo, eliminando el actual sistema segmentado y dando pase a un nuevo sistema de salud al cual hemos denominado “Modelo Praxeológico del Sistema de Salud Peruano”, el cual constituye nuestro modelo de transición planteado, mientras se avanza a un sistema universal y único como lo es el tipo Bismarck (tabla 8).
4. Es necesario un modelo que considere las distintas realidades de las regiones de nuestro país. En un país tan diverso como el nuestro con realidades tan distintas en los aspectos económicos, geográficos y sociales, no se puede pretender la disposición de políticas nacionales que se plasmen de forma igual en todo el país. Por el contrario, se deben mejorar las normativas regionales las cuales deben estar acorde con la idiosincrasia de su población, de tal forma que se puedan aplicar en forma real y no queden solamente en la teoría (tablas 9 y 37).
5. Se debe establecer una remuneración acorde con las capacitaciones y competencias del personal de salud. Queda establecido en nuestra investigación que no se puede

pretender mejorar la administración y gerencia en salud, si el personal profesional que se dedica a este rubro son los peor pagados con respecto a sus pares, esto constituye una desmotivación importante que limita el accionar y emprendimiento de los profesionales que quisieran intervenir y colaborar en este tema tan álgido y en el cual muy pocas personas han incursionado y dedicado su tiempo responsablemente, por el hecho de que no le es reconocido su trabajo y es más son ninguneados al dedicarse a la gerencia en salud, situación que debe cambiar. De tal modo que se debe reconocer a través de la distinción con remuneraciones al personal que se capacita, obtiene nuevos grados y/o contribuye de forma objetiva al conocimiento a través de la investigación científica que contribuyen a mejorar nuestro sistema de salud. Se plantea existan concursos de ascensos con escalas remunerativas diferenciadas donde se valoren los conocimientos, formación académica, investigación y demás ya antes comentados, en un sistema similar al que se realiza en la actualidad en el sector educación (tabla 10).

6. Se debe estandarizar las remuneraciones básicas de todo el personal que labora en el sector salud. Actualmente existen múltiples diferencias en cuanto a remuneraciones, dando como resultado un caos y una profundo sentimiento de desigualdad y discriminación por parte del estado; algunos de los profesionales en ESSALUD ganan 16 sueldos al año más uniformes, bonos y canastas, mientras que en MINSA la mayoría de trabajadores solo ganan 12 sueldos más 300 soles en julio y diciembre, en las fuerzas armadas y policiales las remuneraciones se ajustan al grado de oficial o suboficial que se les asigna por sus competencias, siendo estas muchas veces fijadas

por debajo del promedio del sector salud, en la parte privada la situación empeora pues las remuneraciones se pagan según la oferta y la demanda resultando muchas veces en la explotación del personal profesional con sueldos muy bajos a los cuales acceden por necesidad. Es cierto que por la normativa actual no se pueden quitar los derechos ganados y que se debe tender a mejorar los sueldos, nunca a disminuirlos; respetando esta premisa se debe fijar en adelante una sola escala de remuneraciones que comprenda a todo el personal administrativo y asistencial del sector salud. Por otro lado, las remuneraciones deben fijarse según sus competencias, títulos y grados, se da el caso que una secretaria en el nivel central está mejor remunerada que un médico, lo cual constituye a claras luces al menos una falta de criterio técnico por parte de los tomadores de decisiones. Se debe remarcar que la presente situación descrita, así como todas las mencionadas, se deben al modelo actual del sistema de salud, pues al ser un modelo segmentado las instituciones prestadoras de salud dependen de distintos sectores del gobierno, actuando independientemente unas de otras, lo que las convierte en islas y traen consigo la desigualdad que redundará en una deficiente atención en salud a la población (tabla 11).

7. La remuneración del personal de salud debe estar acorde al ámbito geográfico en el cual se desempeña, refiriéndose a la labor que se desarrolla en zonas de pobreza extrema, de difícil acceso y de frontera. Se debe, en ese sentido, fijar incentivos y bonos al personal que labora en estas zonas del país; si bien es cierto los incentivos económicos se han venido mejorando en los últimos años, los mismos no surten los

efectos deseados pues no compensan los beneficios de mantenerse en las grandes ciudades, la capacitación oportuna, acceder a la actividad privada y demás que le otorgan el vivir en un país tan perversamente centralizado como el nuestro. Esta remuneración diferenciada debe mejorarse y unirse a un paquete de medidas más amplio que permita revertir la situación actual de falta de profesionales especialistas en las zona más alejadas y pobres de nuestra nación; una de estas medidas, se plantea, podría ser la rotación obligatoria de todos los nuevos especialistas a nivel nacional por un lapso de 2 años, siendo la única excepción el ya haber servido por el mismo tiempo en este tipo de zonas en el país. Lograr esta última medida en los actuales profesionales especialistas es una utopía, sin embargo, con normativa clara se puede aplicar a todos los nuevos profesionales especialistas, pues constituye una real reforma que va en beneficio de la población en general (tablas 12 y 59).

8. Se debe mejorar las remuneraciones del personal de salud. La mejora deberá realizarse en forma progresiva, la misma que se plantea se fije en un plan de mejora de remuneraciones de forma escalonada. Este aumento en las remuneraciones va directamente relacionado con el financiamiento del sistema de salud, para lo cual se tomarán medidas específicas, descritas en su correspondiente numeral (tabla 13).
9. Se debe establecer una normativa que mejore la distribución de los recursos humanos en salud. En la actualidad existe sobreoferta de recursos humanos en salud en muchas ciudades del país, y por el contrario escases muy marcada en los puntos más alejados y pobres de nuestro país, esta situación debe cambiar. Por ello se plantea la puesta

en práctica de una normativa que establezca una distribución más equitativa de los mismos, estableciendo no solamente criterios de población, sino adicionando criterios de acceso, pobreza extrema, zonas desprotegidas, entre otras. De tal forma que se cubran las necesidades de recursos humanos en salud de forma equitativa en la población (tablas 14 y 40).

10. Se debe sensibilizar al personal de salud para que mejore su trato al paciente.

Precisando que este trato al paciente es el resultado de muchos factores que intervienen en la salud mental del personal de salud, en la presente propuesta de reforma se toman en cuenta la mayoría de ellos, con la mejora de los cuales y abarcando el problema en forma integral conseguiremos mejorar el trato del personal de salud hacia los pacientes. Remarcando que las carencias actuales no justifican de ninguna manera el mal trato al paciente, de tal forma que se debe insistir en fomentar la cultura del buen trato al paciente, contribuyendo con ello a la mejora de nuestro sistema de salud (tablas 15 y 35).

11. Es muy importante solucionar el déficit de infraestructura en salud. En la actualidad existe una carencia de infraestructura y/o equipamiento moderno a nivel nacional, que se acentúa en los lugares de mayor pobreza donde inclusive no existen o se han adaptado en locales provisionales. Para lograr la cobertura mínima de infraestructura en salud, acorde a estándares internacionales, se estima una inversión de aproximadamente 30 mil millones de soles, siendo nuestro promedio de inversión anual en los últimos años cercano a 2 mil millones de soles, consecuentemente al ritmo actual nos haría

falta esperar 15 años, solo que para esa fecha las necesidades ya serían otras, sin embargo, para la presente coyuntura de emergencia en salud nacional ya se invirtió más que la suma en mención, por tanto podemos afirmar que dada la importancia trascendental del mismo se debe priorizar los recursos para tal fin, este es otro punto que tiene que ver con la financiación del sistema de salud, tema que se verá a detalle en el numeral respectivo (tabla 16).

12. Se debe dar cobertura al déficit de profesionales en salud. En especial al referido a los profesionales especialistas, pues su número a nivel nacional es escaso. En la coyuntura de la pandemia actual por el COVID-19, quedó demostrado que, aunque se ofrezcan grandes sumas de dinero, muchas de las plazas quedarán desiertas por el escaso número de los profesionales especialistas en salud. Se plantea ampliar el número de plazas destinadas a los profesionales especialistas en salud, las cuales podrían ser financiadas por el estado y el sector privado, además se debe seleccionar el número de plazas de acuerdo a la demanda real por especialidades existente en Perú (tabla 17).
13. Se debe mejorar el control al personal de salud. Reestableciendo el orden interno, dando pautas especiales al área de personal para hacer cumplir el objetivo de estancia y permanencia en sus funciones, con énfasis en el personal especialista en salud, por presentarse en ellos el mayor número de casos. De la misma forma establecer programas de sensibilización a fin de mejorar esta conducta inapropiada (tablas 18 y 36).

14. Lograr la equidad en la distribución de recursos. Según datos oficiales de la página amigable del MEF, la ciudad de Lima recibe mayor presupuesto por habitante que las demás regiones del país, este modelo centralista trastorna la equidad en la distribución de recursos. Además, esta inequidad está presente aun al interior del sector donde se privilegia a los establecimientos de salud de mayores niveles en perjuicio del primer nivel de atención, no existiendo sustento técnico para el mismo, pues es justamente al revés, es decir priorizando el primer nivel, cuando se logra mayor equidad en el acceso a la salud, en especial de las familias más pobres del país. Se plantea entonces mejorar la equidad en la distribución de recursos, dejando de basarse únicamente en el presupuesto histórico, para dar pase a nuevos criterios que tengan que ver con el perfil epidemiológico y las necesidades reales de cada región (tabla 19).
15. Disminuir la influencia de los laboratorios farmacéuticos en la prescripción médica. Se plantea sensibilizar al personal médico para que no se deje influenciar por los laboratorios farmacéuticos y prescriba siempre en genérico, dejando de forma opcional el de marca. Encargando esta tarea al colegio médico para fomentar su autorregulación y al MINSA para su supervisión (tabla 20).
16. Disminuir la proporción de medicamentos que se expenden sin receta médica. Se plantea mejorar el control a las farmacias, de forma que se comparen sus stops declarados con las ventas realizadas y las recetas que permitieron la salida de esos medicamentos, imponiendo sanciones por incumplimiento de la misma (tabla 21).

17. Mejorar la regulación de los seguros privados por parte del estado. En la actualidad los seguros privados realizan la llamada selección adversa, lo cual discrimina y los favorece económicamente; y sus coberturas son engañosas o por lo menos poco transparentes. Se plantea el establecimiento de reglas claras que favorezcan al paciente sin afectar la estabilidad económica de los seguros privados, se fomentará la competencia flexibilizando los requisitos para su implementación, rompiendo el monopolio y la corrupción imperante, para ello se tendrá en cuenta a los establecimientos privados que ya vengán funcionando y demuestren poder brindar una atención adecuada a sus usuarios, dejando en poder del paciente dónde y por quién será atendido. Lo ideal es que el estado se convierta en el único pagador, pero mientras avanzamos hacia esa meta, debemos aún sostener la permanencia de los seguros privados con participación activa del estado a través del financiamiento parcial de las atenciones (tabla 22).
18. Desterrar la visión de la salud como un comercio. Es muy lamentable que un número significativo de personas que proveen servicios de salud lo vean únicamente como un comercio según la apreciación de los actores del sistema de salud; pero inclusive el mismo estado no reconoce a la salud como un derecho fundamental del ciudadano, esta prerrogativa fue modificada en los tiempos del primer gobierno de Alberto Fujimori, dando pase a que la salud sea considerado como un derecho económico y social. Se plantea solicitar a los colegios profesionales de la salud su autorregulación dando énfasis a sus prácticas de ética y deontología, al mismo tiempo que el MINSA realiza las acciones de monitoreo para el cumplimiento de las disposiciones destinadas para tal fin.

Se aclara que lo mencionado no se relaciona con los prestadores, los cuales pueden ser privados o estatales, y cuyo fin primordial es brindar una adecuada atención de salud. Asimismo, se hace necesario realizar el cambio de la normativa respectiva para dar paso a la salud como un derecho fundamental del ciudadano (tabla 23).

19. Contar con la debida calidad de atención. Este es un punto complejo de tratar, la calidad de atención tiene múltiples aristas y es percibida de distintas formas por sus actores. Se necesita abarcar diversos aspectos del sistema de salud para poder mejorar la calidad de atención, se considera coberturar al menos las 3 principales dimensiones de la calidad de atención: humana, técnica y entorno. Se plantea abarcar integralmente los aspectos urgentes de la reforma plasmados en el presente trabajo para el logro sustancial de la mejora de la calidad de atención (tablas 24 y 66).
20. Disminuir el gasto de bolsillo del paciente. El ciudadano al no encontrar la atención debida en los establecimientos de salud del MINSA o ESSALUD, acude a los establecimientos privados donde el pago es básicamente de su bolsillo, pagando muchas veces por un servicio por el que se supone ya pagó por adelantado, en el caso de los pacientes de ESSALUD, lo cual encarece su situación económica y va en demérito del sistema. No se debe mantener un sistema tan ineficiente, se plantea la reforma del sistema, dando origen al Modelo Praxeológico del sistema de salud peruano (tabla 25).
21. Lucha estratégica contra la corrupción y control adecuado de los recursos públicos. Prevención, combate y control interno fueron los ejes marcados por

el Ministerio de salud en su último Plan de Lucha contra la Corrupción; este plan como otros muchos similares no han surtido el menor efecto en la práctica, debido a su falta de integralidad y al poco interés que se les brinda. Se plantea abarcar el problema de forma integral y progresiva, comprendiendo que la lucha contra la corrupción es un proceso que tomará varias décadas disminuirla a porcentajes no significativos. Por tanto, proponemos las siguientes estrategias:

1. Fomentar los buenos valores desde los primeros años de educación inicial y primaria, incluyendo en sus currículas estos aspectos de vital importancia para el desarrollo del país.
2. Practicando la transparencia en las instituciones públicas y privadas, incluyendo a los partidos políticos. El establecimiento de cuentas claras disminuye la posibilidad de corrupción en las organizaciones.
3. Fomentar en la opinión pública la sensibilidad hacia la corrupción, reconociendo su importancia en el atraso del desarrollo del país y alentando la lucha contra ella.
4. Mayor eficiencia y oportunidad en la administración de justicia.
5. Eliminar normativas que incentiven la corrupción. Es lo que ocurre con una mala regulación de la financiación de algunas organizaciones, incluyendo a partidos políticos, la cual puede incentivar alternativas irregulares de financiación.
6. Aumentando el control social sobre las instituciones. Pueden hacerlo los medios de comunicación, o bien organismos específicos.
7. Evaluar las medidas disuasorias implementadas contra la corrupción, los instrumentos de vigilancia y control, verificando su efectividad para su mejor aplicación (tablas 26 y 67).

22. Modernizando la organización y planificación en salud, la atención al usuario mejoraría significativamente. La actual situación en salud no es necesariamente el resultado de limitaciones técnicas, sino más bien de fallas sistémicas, por consiguiente, se propone reformar su funcionamiento actual a través de la implementación del Modelo praxeológico del sistema de salud peruano. Este modelo tiene sustento en el “saber hacer” de los actores, y se explica a detalle en el numeral correspondiente (tabla 27).
23. Necesidad urgente de Reforma al modelo de sistema de salud del Perú. Los resultados del presente trabajo de investigación develan la necesidad imperiosa de realizar la reforma del sistema de salud peruano. La mayoría de participantes opta por el modelo Bismarck, dado que ir hacia este modelo constituye un proceso, se plantea un modelo de transición al que hemos denominado modelo praxeológico del sistema de salud peruano (tabla 28).
24. Se debe rescatar los aspectos positivos de las reformas aplicadas en otros países y aprender de sus errores, estas siempre estarán sujetas a mejoras. Se ha aprendido que la reforma ideal contempla una combinación óptima entre lo público y lo privado, y debe comprender a todos los estratos sociales sin discriminaciones (Tablas 29, 30,31 y 32).
25. El personal médico debe dedicarse en forma exclusiva a un solo tipo de prestación (pública o privada). En esta afirmación solo el 60.7 % de los participantes recomendó su aplicación, y aunque es la mayoría, el porcentaje no es tan abrumador como en otros ítems, por tanto, dada esta realidad, pero sobre todo por los escasos de profesionales

especialistas y la resistencia que ocasionaría esta medida, recomendamos que la misma sea postergada para cuando se hayan solucionado los problemas de escasez de recursos humanos expresada (tabla 33).

26. El personal de salud debe cesarse antes de los 70 años, y de esta forma ofrecer al usuario un personal motivado, enérgico y eficaz. Se plantea crear normatividad que establezca funciones plenas de acuerdo a la edad del personal de salud, estableciendo de forma clara las funciones que pueden y no realizar a partir de los 60 años en adelante. Se plantea la jubilación a los 65 años de edad (tabla 34).

27. Se debe fortalecer a las regiones con personal especializado y con experiencia en temas de gestión pública en salud. Se plantea capacitar a personal de la zona que desee laborar de forma permanente en la misma, de forma que al mediano plazo se cuente con personal idóneo para dirigir las riendas de la gestión pública en salud. Mientras esto se logra, dar paso a personal capacitado existente en la zona, pero no se le da la oportunidad de participación activa, o en su defecto motivar la participación de personal capacitado de zonas aledañas o de la capital (tabla 39).

28. Mejorar la evaluación de las personas pobres y muy pobres beneficiarias de exoneraciones. Se plantea adelantar la realización de un nuevo censo nacional, esta vez realizado por regiones y con la participación activa de salud, educación y el gobierno local, estableciéndose el número de días necesarios para su adecuada realización. Es inaudito creer que en zonas rurales o de la selva peruana, donde prima la dispersión

- y existen zonas de muy difícil acceso se realice el censo en un solo día; en estas zonas podría durar inclusive varias semanas el obtener un censo real q pueda develarnos la realidad actual socio-económico-cultural de los ciudadanos del país. Pretendiendo con ello una mejor distribución de los recursos y a la vez mejorar la evaluación al momento de aplicar las exoneraciones; de la misma forma establecer los montos de su contribución o copago al sistema de salud (tabla 41).
29. Continuar con las subvenciones entre asegurados. Este mecanismo se hace necesario para lograr la equidad en la atención entre los asegurados, inclusive en el nuevo modelo planteado; y no solo entre asegurados sino entre instituciones y regiones. Lo que contribuiría en alguna medida al logro de mayor equidad en nuestro sistema de salud (tabla 42).
30. Se debe incorporar a las personas extranjeras al sistema nacional de salud. Se plantean dos situaciones. La primera, en la cual se realizará por convenio mutuo entre países y podría dar cobertura a los turistas y/o personas extranjeras que permanezcan por cortos periodos en suelo patrio. La segunda, que aplica a aquellas personas que permanecen por motivos laborales u otros dentro del país, a los cuales previa evaluación se les colocaría en un sistema de copago de acuerdo a su situación económica (tabla 43).
31. Sistema de salud único, universal y eficiente. El pueblo peruano afirma fehacientemente, a través de los resultados del presente estudio su voluntad por realizar la reforma del sistema de salud. El nuevo modelo permitiría gradualmente poder

atenderse en cualquier establecimiento de salud del país, ya sea público o privado, sin distinciones de ningún tipo, y de forma regular y oportuna (tablas 44 y 81).

32. Incorporación y utilización masiva de las Entidades Prestadoras de Salud. En efecto la observación evidencia que millones de personas en el país son atendidas diariamente con mediano éxito, eficiencia y eficacia en los centros médicos particulares en todo el país; surgiendo una oportunidad valiosa de aprovechar. Por otro lado, la ineficiencia de los establecimientos de ESSALUD en cuanto se refiere a la atención de consultas médicas y procedimientos quirúrgicos menores, producen una fuga masiva de estos pacientes hacia los centros de salud privados, generando una duplicación en el pago que se hace por esta atención. Se plantea la financiación total o parcial con recursos de ESSALUD o del nuevo ente unificado, para coberturar estas atenciones en los centros de salud privados, cumpliendo previamente criterios mínimos para su incorporación al sistema (tabla 45).

33. Se deben permitir métodos auxiliares de financiamiento innovadores a nivel nacional y regional para la mejora del sistema de salud. Podría aplicarse el impuesto al consumo propuesto por Sánchez – Moreno; impuestos a la empresa privada; financiamiento compartido entre estado, empresas privadas y usuario; subvenciones entre regiones ricas y pobres, etc. Las mismas deberán ser tema de análisis exhaustivo por expertos en economía (tablas 46, 47 y 49).

34. Destinar un monto especial del presupuesto nacional destinado únicamente a la mejora del sistema de salud. La priorización de este sector es trascendental, se debe

fijar por ley un aumento progresivo del presupuesto nacional hasta alcanzar al menos el promedio latinoamericano, es decir, del 5.5 % actual al 8.6 % (tablas 48 y 80).

35. Dos tercios de la población está dispuesto a aumentar su gasto de bolsillo en aras de mejorar la calidad del servicio de salud que actualmente recibe. Se plantea realizar en este sector un mecanismo de copago, creando un seguro público universal establecido por niveles según su capacidad económica, donde por ejemplo en el nivel 1 el paciente puede seleccionar al médico, por el que será atendido, y habitación privada, pero paga todos los servicios; y un nivel 5 donde se le asigna el médico, habitación compartida, pero manteniendo los estándares de calidad, y el estado subvenciona el 90 % del costo de la atención. Para lo cual se creará una cuenta de ahorros con un fin exclusivo para atención en salud, por familia, y de forma obligatoria aportando de forma proporcional según sus ingresos (tabla 50).

36. Capacitaciones al personal de salud, constantes y costeadas en su mayor parte por el estado. Se plantea establecer desde el pregrado una mejora en la formación en Salud Pública, basada en las funciones esenciales del sistema, además de la promoción de la investigación en salud. En líneas generales se elaborará un plan nacional de capacitaciones en temas asistenciales, de calidad de atención, y otras que se consideren pertinentes al nuevo modelo de sistema de salud que se propone, donde el estado cubra al menos el 60 % del costo, haciendo plausible las mismas y contribuyendo a la mejora de la calidad de atención en la Reforma (tablas 51 y 52).

37. Crear capacitaciones específicas para autoridades locales, con el fin de brindarles conocimientos básicos y sensibilizarlos en los temas de salud. Se plantea la sensibilización al total de autoridades con el fin de que puedan contribuir al sistema de salud y el mismo sea tomado en cuenta al momento de la priorización de recursos (tabla 53).
38. Todo el personal de salud debe tener conocimientos básicos sobre los determinantes de la salud (biología humana, medio ambiente, estilo de vida y sistema sanitario). Se debe dar énfasis a la currícula de todas las profesiones que se dedican al área de la salud en aspectos referentes a los Determinantes de la Salud, tanto en pre grado como en post grado, de tal manera que puedan realizar su práctica profesional de forma integral, y no sumida en apreciaciones parciales como hasta el momento se han venido realizando (tabla 54).
39. Los gestores en salud deberán tener obligatoriamente estudios de administración en salud, gestión pública o similares; tener conocimiento de la realidad nacional, habiendo laborado en la parte asistencial y/o administrativa en los primeros niveles de atención de las regiones; y gozar de conocida solvencia ética y de valores, por tanto, no tener ningún tipo de sentencias judiciales por dolo. Se plantea que estos requisitos sean establecidos por ley con el firme propósito de mejorar la toma de decisiones tan cruciales para el buen desempeño del sistema (tabla 55, 56 y 57).
40. Los cargos directivos y jefaturales deben ser asumidos por concurso público. El sentir de los actores del sistema de salud peruano y la realidad misma muestra

que los cargos de confianza han traído mucho perjuicio al sistema. Por tanto, se pretende con esta medida contar con el personal más idóneo para el desempeño de estas funciones (tabla 58).

41. Implementar temas de educación en salud a la población en general, a través de medios masivos, creando consciencia en el paciente sobre sus responsabilidades como usuario (tablas 60 y 62).
42. Mejorar la implementación de temas básicos de salud en la currícula educativa desde el nivel inicial. Se plantea establecer cinco ejes temáticos básicos: seguridad alimentaria, higiene y salubridad, salud pública, prevención y responsabilidad social; y prevención de embarazos en adolescentes y nacimientos con discapacidad. Se establecerán alianzas con autoridades locales, instituciones públicas y privadas (tabla 61).
43. Crear una comisión nacional para la reforma del modelo del sistema nacional de salud, considerando la participación de todos los actores. Se plantea llegar a consensos generales sobre el nuevo modelo de sistema de salud. Fomentando una mayor participación y representación de todos los actores del sistema de salud peruano, en lo que refiere a la elaboración de estrategias para lograr alcanzar los ansiados resultados de Reforma (tablas 63 y 72).
44. Mejorar la capacidad resolutive de todos los niveles de atención, en especial la del primer nivel de atención. La atención de los pacientes deberá darse de forma ordenada habiendo necesariamente pasado antes por el nivel inmediatamente

inferior, es decir, se deberá mejorar el sistema de referencia y contrarreferencias a nivel nacional, así como la recategorización de establecimientos de salud. Se pretende mejorar el acceso a los servicios de salud de las personas con menos recursos, poniendo a su alcance establecimientos de salud bien equipados y con personal idóneo (tablas 64, 68, 69 y 70).

45. Convocar la participación multisectorial para el nuevo modelo del sistema de salud. Se plantea establecer de manera muy clara que la única forma de mejorar sustancialmente en salud es también motivando el crecimiento de los demás sectores, en especial educación y trabajo. Por tanto, el nuevo enfoque debe ser necesariamente multisectorial (tabla 65).

46. La reforma debe realizar una articulación adecuada a nivel intrasectorial y multisectorial. Se plantea eliminar los subsistemas existentes para dar paso a un único y universal sistema de salud mejorando notablemente la articulación intrasectorial, a la vez que se realizan esfuerzos para el trabajo en conjunto de forma multisectorial, fijado por normatividad y no dejando al libre albedrío de los titulares de los sectores (tabla 71).

47. La reforma debe considerar la gestión de aspectos de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud. Si bien es cierto las mismas se establecen claramente en los lineamientos de política del MINSA, las dos primeras enunciadas reciben poca atención y presupuesto, esta situación debe revertirse. Para lograr el éxito de la reforma Promoción y prevención de la salud deben ser transversales a todos los sectores de gobierno (tablas 73 y 81).

48. Se debe establecer una política de recursos humanos moderna y acorde con el nuevo modelo de sistema de salud. Se plantea que la misma contemple una distribución más equitativa de los profesionales de la salud, se podría reestructurar el SERUMS y la RESIDENCIA médica dándole énfasis en el primer nivel de atención, estableciendo un régimen de permanencia temporal y obligatorio por un lapso de 2 años en zonas donde haya necesidad de estos profesionales. Además, la nueva política de recursos humanos deberá eliminar las inequidades salariales y todos los trabajadores del sistema recibirían un salario igual ante un mismo trabajo y funciones (tabla 74).
49. Se debe regular y hacer cumplir la normativa actual sobre medicamentos genéricos. Se plantea, además, fomentar y asegurar la dotación permanente y en cantidad suficiente de una o varias farmacias de venta de medicamentos genéricos en cada distrito del Perú, a cargo de las DISAS o establecimientos de salud (tabla 75).
50. La creación de nuevas políticas de estado en salud, mejorarían la gestión del nuevo modelo de sistema de salud. Se plantea que las políticas nacionales en salud sean consensuadas y sean de carácter permanente, para que trasciendan los gobernantes de turno y den un rumbo al desarrollo del sistema de salud en Perú (tabla 76).
51. La normativa debería estar acorde con la realidad actual del nuevo modelo de sistema de salud. Se deberán dejar sin efecto todas aquellas normativas que bloqueen la reforma, y se tomarán las acciones legislativas o de referéndum necesarias para el cambio de las mismas (tabla 77).

52. Por amplia mayoría, 83 % de la población nacional está de acuerdo, se plantea la unificación de todos los establecimientos de salud para una atención sin distinciones ni discriminaciones (tabla 83).
53. El presente estudio no establece con claridad si la Reforma debe implementarse de forma total desde un inicio o en su defecto de forma progresiva, al ser los porcentajes cercanos con una diferencia solo del 8 % aproximadamente. Por tanto, la decisión de la misma deberá ser más técnica que por consenso (tabla 84).
54. Se debe tener presente que, aunque la mayoría de la población peruana apoya la unificación del sistema de salud, la resistencia manifestada en el presente estudio es importante, por tanto, deberán establecerse las estrategias pertinentes, antes comentadas, para hacer frente a la misma (tabla 85).
55. En el escenario de que los grupos de interés intentaran bloquear la ansiada Reforma hacia un Sistema Universal de Salud. La población peruana categóricamente está dispuesta a reformar la constitución mediante referéndum (tablas 86 y 87).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abraham, A. y Ávila, S (2018). Tasas arancelarias y PBI en el Perú (1981–2016). *UCV-Scientia*, 94-94.
- Academia Peruana de Salud. (2008). *Historia de la Salud en el Perú* (Vol. 6). Sistema Nacional de Salud.
- Academia Peruana de Salud. (2013). *Historia de la Salud en el Perú 2007-2011* (Vol. 23). Sistema Nacional de Salud. Aseguramiento social en salud.
- Alcalde-Rabanal, J., Lazo-González, O. y Nigenda, G. (2011). Sistema de salud de Perú. *Salud Pública México*, 53, 243–254.
- Alfehaid, T. (2011). *Desarrollar un plan de estudios ESP para estudiantes de ciencias de la salud a través de análisis de necesidades y evaluación de cursos en Arabia Saudita*. Universidad de Leicester. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10068/992066>
- Arias, M. (1999). *La triangulación metodológica: sus principios, alcances y limitaciones*. <https://www.uv.mx/mie/files/2012/10/triangulacionmetodologica.pdf>
- Ávila, C. (2019). Disminución de la mortalidad materna en Perú y el enfoque de capacidades. *Convergencia*, 26(80).

- Benítez Barrionuevo, J. (2020). *Distribución del uso de servicios odontológicos en beneficiarios del Programa Qali Warma en el Perú, 2017* [tesis de posgrado, Universidad Cayetano Heredia]. Repositorio UPCH. http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/8436/Distribucion_BenitezBarrionuevo_Jessica.pdf?sequence=1
- Blaxter, L., Hughes, C., y Tilgth, M. (2000). *Cómo se hace una investigación. Traducción Gabriela Ventureira*. Gedisa.
- Borda, M. (2019). *Caracterización del financiamiento de las instituciones de salud pública del Perú: caso “servicios básicos de salud” de Chilca–Mala-Cañete, 2015* [tesis de pregrado, Universidad Católica Los Ángeles]. Repositorio Uladech. http://repositorio.uladech.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/123456789/14344/FINANCIAMIENTO_BORDA_LUYO_MARIBEL_SOLEDAD.pdf?sequence=4
- Cañizares, W. (2017). Evolución del sistema de salud de Perú: buenas prácticas y desafíos en su construcción. Década 2005-2014. *Anales de la Facultad de Medicina*, 78(4), 445-451).
- Cetrángolo, O., Bertranou, F., Casanova, L., Casalí, P., International Labour Office, EsSalud (2013). *El sistema de salud del Perú: situación actual y estrategias para orientar la extensión de la cobertura contributiva*. OIT: EsSalud.
- Chacaltana, J. y Ruiz, C. (2017). El mercado laboral peruano y el futuro del trabajo. *Relaciones Laborales y Derecho del Empleo*, 5(1), 1-35.

- Cosavalente, O., Zevallos, L., Fasanando, J., y Cuba, S. (2019). Proceso de transformación hacia las Redes Integradas de Salud en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 36, 319-325.
- Fernández, M. y Vásquez, B. (2020). Asociación entre el tiempo de atención pre hospitalaria y la mortalidad hospitalaria en víctimas de accidentes de tránsito. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 20(1), 144-152.
- Fowks, J. (2011). Sobresaltos políticos en el Perú del “milagro” económico. *Revista Nueva Sociedad*, (233), 4-13.
- Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., ... y Kistnasamy, B. (2011). Profesionales de la salud para el nuevo siglo: transformando la educación para fortalecer los sistemas de salud en un mundo interdependiente. *Revista peruana de Medicina experimental y Salud Pública*, 28, 337-341.
- Gutiérrez, C., Romaní, F., Wong, P., y Del Carmen, J. (2018). Brecha entre cobertura poblacional y prestacional en salud: un reto para la reforma de salud en el Perú. *Anales de la Facultad de Medicina*, 79(1), 65-70.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2014). *Metodología de la Investigación* (6ª ed.). McGraw-Hill.
- INEI. (2015). *Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2015*. https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1356/

- Lazo, O., Alcalde, J. y Espinosa, O. (2016). *El sistema de Salud en Perú situación y desafíos*. Colegio Médico del Perú.
- Llanos, L., Castro, J., Ortiz, J., y Ramírez, C. (2020). Cuando crear sinergia no siempre es Salud: Análisis y propuesta en la evolución del Sistema de Salud en Perú. *Revista Médica Herediana*, 31(1), 56-69.
- Londoño, J., y Frenk, J. (1997). *Pluralismo estructurado: Hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina*. <https://core.ac.uk/download/pdf/47280592.pdf>
- Maceira, D. (2007). *Un análisis sistematizado de modelos y experiencias clave en América Latina y Europa*. IRD, Mayo.
- Mendoza, P., Río, G., Gutiérrez-Villafuerte, C., y Sanabria, C. (2018). El proceso de reforma del sector salud en Perú. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, e74.
- Mezones E, Díaz-Romero, R., Castillo-Jayme, J., Jerí-de-Pinho, M., Benites, V., y Marquez-Bobadilla, E. (2016). Promoción de los derechos en salud en Perú: una aproximación desde la perspectiva de acción de la Superintendencia Nacional de Salud. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(3), 520–528.
- Mezones, E., Amaya, E., Bellido, L., Mougenot, B., Murillo, J., Villegas, J., y Sara, J. (2019). Cobertura de aseguramiento en salud: el caso peruano desde la Ley de

Aseguramiento Universal. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 36, 196-206.

Murillo, J. (2017). El índice de densidad del Estado como una categoría para el análisis de la mortalidad infantil en el Perú: Un análisis exploratorio. *Anales de la Facultad de Medicina*, 78(3), 326-332.

Niño, V. (2011). *Metodología de la Investigación. Diseño y Ejecución*. Ediciones de la U.

Nureña, C. (2009). Incorporación del enfoque intercultural en el sistema de salud peruano: la atención del parto vertical. *Revista panamericana de salud pública*, 26, 368-376.

Petrera, M. (2018). *El complejo proceso de la inclusión: reforma y seguro integral de salud*. Universidad Peruana Cayetano Heredia, Fondo Editorial

Quillas, R. K., Vásquez, C. y Cuba, M. S. (2017). Promoción de cambios de comportamiento hacia estilos de vida saludable en la consulta ambulatoria. *Acta Médica Peruana*, 34(2), 126-131.

Quispe, R. y Córdoba, R. (2005). Método cualitativo con enfoque intercultural-MCEI, herramienta para evaluar servicios de salud en población indígena andina. *Boletín del Instituto Nacional de Salud*, 11, 302-305.

- Rodríguez, E. (2018). EE. UU. *Apoya liderazgo peruano en la región*. <https://revistaembajador.com/ee-uu-apoya-liderazgoperuano-en-la-region/>
- Rodríguez-Sabiote, C. (2017). *Diagnostic evaluation of needs in an environmental education center through data multiple triangulations*. [Evaluación diagnóstica de necesidades en un equipamiento de educación ambiental mediante la triangulación múltiple de datos]. *Educ. Pesqui*, 45. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1678-4634201945187378>
- Sabastizagal, I., Astete, J. y Benavides, F. (2020). Condiciones de trabajo, seguridad y salud en la población económicamente activa y ocupada en áreas urbanas del Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 37, 32-41.
- Sabino, C. (1998). *El proceso de investigación* (4ª Edición). Colombia: Panamericana.
- Sánchez-Moreno, F. (2013). La inequidad en salud afecta el desarrollo en el Perú. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 30(4), 676-82.
- Sánchez-Moreno, F. (2014). El sistema nacional de salud en el Perú. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 31(4), 747-753
- Sen, A. (2008). Why and how is health a human right? *The Lancet*, 372(9655), 2010
- Solis, M. (2018). Impacto Sentido del Seguro Integral de Salud (SIS) desde los Beneficiarios y Prestadores. *Manglar*, 14(2), 145-156.

- Taft-Morales, M. (2012). *Perú in Brief: Political and Economic Conditions and Relations with the United States*. Congressional Research Service.
- Tuya, X., Mezones, E., Monge, E., Arones, R., Mier, M., Saravia, M., ... y Mayta, P. (2016). Violencia laboral externa tipo amenaza contra médicos en servicios hospitalarios de Lima Metropolitana, Perú 2014. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33, 670-679.
- Velapatiño, V., Grippa, F. y Perea, H. (2017). *Perú-Informalidad laboral y algunas propuestas para reducirla*. Observatorio Económico.
- Velásquez, A., Suarez, D., Nepo-Linares, E. (2016). Reforma del sector salud en el Perú: derecho, gobernanza, cobertura universal y respuesta contra riesgos sanitarios. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(3), 546–55.
- Verd, J. y Lozares, C. (2016). *Introducción a la investigación cualitativa. Fases, métodos y técnicas*. Síntesis.
- Yábar, E. (2020). La salud para el siglo XXI: mito o realidad. *PSIQUEMAG/Revista Científica Digital de Psicología*, 9(1), 131-134.



EDITORIAL
NAVEGANTE