



Balance de Investigación 2016 - 2021 y  
Agenda de Investigación 2021 - 2026

# 4.2 REFORMA DEL SISTEMA SANITARIO Y DE SALUD

**Zoila Ponce de León**  
Universidad de Washington and Lee



## **Balance de Investigación 2016-2021 y Agenda de Investigación 2021-2026**

# **Reforma del sistema sanitario y de salud**

**Zoila Ponce de León<sup>1</sup>**

**XXIII** Concurso  
Anual de  
Investigación  
CIES 2021-I

---

<sup>1</sup> PhD en Ciencia Política por la Universidad de Carolina del Norte-Chapel Hill en Estados Unidos. Profesora de Política en la Universidad de Washington and Lee, Virginia, Estados Unidos.

© 2022, Consorcio de Investigación Económica y Social, CIES  
Calle Luis Mannarelli 1100, Orrantia del Mar - Magdalena, Perú  
Correo: [relacionesinstitucionales@cies.org.pe](mailto:relacionesinstitucionales@cies.org.pe)  
[www.cies.org.pe](http://www.cies.org.pe)

Primera edición: Lima, abril de 2022  
Diseño de portada: Enrique Gallo  
Hecho el depósito legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2022-03508

El Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES) está conformado por 48 prestigiosas instituciones peruanas dedicadas a la investigación y la docencia en ciencias económicas, ambientales y sociales.

La presente edición es ganadora del XXIII Concurso Anual de investigación CIES 2021-I y forma parte del compendio de Balance de Investigación 2016-2021 y Agenda de Investigación 2021-2026 (Eje temático 4: Derechos ciudadanos e igualdad, Capítulo: Reforma del sistema sanitario y de salud)

La publicación ha sido posible gracias a recursos propios y el auspicio de la Fundación Manuel J. Bustamante de la Fuente, y el Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (IDRC).

El CIES, las instituciones auspiciadoras y las organizaciones a las que pertenecen los autores no comparten necesariamente las opiniones vertidas en la presente publicación.

*La autora desea agradecer a todas las y los expertas y expertos que accedieron a ser entrevistados como parte de este proyecto, así como a las y los especialistas y funcionarios públicos que participaron en el taller de validación del 30 de septiembre de 2021. La autora también agradece a Andrea Rojas su invaluable ayuda en la investigación, al revisor anónimo por sus comentarios muy útiles y reflexivos, y al equipo CIES*

## Índice

<b>Resumen .....</b>	<b>5</b>
<b>Introducción .....</b>	<b>6</b>
<b>1. Balance de la investigación 2016-2021.....</b>	<b>7</b>
<b>1.1. Organización y rectoría .....</b>	<b>8</b>
a. Reforma del sistema de salud.....	8
b. Regulación y rectoría .....	11
c. Susalud y descentralización .....	12
<b>1.2. Financiamiento.....</b>	<b>14</b>
a. Eficiencia y sostenibilidad .....	15
b. Gasto de bolsillo .....	16
c. Presupuestos e inversión .....	18
<b>1.3. Aseguramiento .....</b>	<b>20</b>
a. AUS .....	20
b. SIS .....	21
c. Provisión de servicios.....	23
d. COVID-19 .....	23
e. Acceso a servicios .....	26
f. Acceso a medicamentos.....	28
g. Calidad y satisfacción.....	29
h. Recursos humanos.....	30
<b>2. Percepciones de expertas y expertos sobre la reforma de salud en el Perú, 2016-2021 .....</b>	<b>30</b>
<b>2.1. Entrevistas.....</b>	<b>31</b>
<b>2.2. Temas relevantes.....</b>	<b>32</b>
a. Organización y rectoría.....	32
b. Financiamiento .....	33
c. Aseguramiento.....	34
d. Provisión de servicios .....	35
e. COVID-19 .....	37
<b>3. Impacto de las investigaciones en políticas públicas en el Perú, 2016-2021 .....</b>	<b>39</b>
<b>4. Agenda de investigación 2021-2026.....</b>	<b>42</b>
<b>4.1. Organización y rectoría .....</b>	<b>43</b>
<b>4.2. Financiamiento.....</b>	<b>44</b>
<b>4.3. Aseguramiento .....</b>	<b>46</b>
<b>4.4. Provisión de servicios.....</b>	<b>48</b>
<b>5. Conclusiones y reflexiones finales .....</b>	<b>52</b>
<b>Referencias.....</b>	<b>55</b>

## **Resumen**

El presente trabajo muestra un balance de las investigaciones producidas sobre la reforma del sistema sanitario y de salud del Perú durante el periodo 2016-2021. Se identificaron aquellas investigaciones de mayor relevancia y calidad académica, tomando como base cuatro ejes claves: organización y rectoría, financiamiento, aseguramiento, y provisión de servicios. Estas investigaciones discuten el estado del sistema de salud, las reformas implementadas, y los espacios que necesitan acción con mayor urgencia. La agenda de investigación propuesta para el periodo 2021-2026 también se divide en estos subtemas priorizados, y se basa en la revisión bibliográfica hecha, en 8 entrevistas con especialistas, y en la discusión durante el taller de validación organizado por el CIES con más de 50 funcionarios públicos y representantes de la sociedad civil.

## **Introducción**

Los estudios de las reformas del sistema sanitario y de salud peruano son valiosos, pues nos ayudan a evaluar el éxito de las reformas más recientes y el avance que ha habido en el Perú con respecto al derecho a la salud de la población. El artículo 7 de la Constitución del Perú establece que “todos tienen derecho a la protección de su salud”. En la práctica, esto no ocurre, y quienes cuentan con la mencionada protección no experimentan la misma calidad en los servicios de salud que reciben. En los últimos años, en el Perú, al igual que en otros países en la región, se ha intentado reformar el sistema de salud con el fin de expandir el acceso a los servicios de salud. Estos intentos han tenido distintos niveles de éxito.

Es en un contexto de precariedad y desigualdad que la pandemia provocada por la COVID-19 nos encontró. La pandemia expuso la urgente necesidad de estudiar aquellas reformas que intentaron expandir el acceso a la salud, tanto las exitosas como las fallidas, y, sobre todo, entender los factores que explican el éxito de ellas.

Con el objetivo de hacer el balance de las investigaciones producidas sobre la reforma del sistema sanitario y de salud del Perú durante el periodo 2016-2021, se han delimitado cuatro áreas principales: 1) organización y rectoría, 2) financiamiento, 3) aseguramiento y 4) provisión de servicios. Cabe señalar que las publicaciones reseñadas en estas cuatro secciones abordan tanto temas relacionados con los intentos de reforma, así como a los resultados esperados de aquellos cambios.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) divide los componentes de un sistema de salud en gobernanza, financiamiento, organización de los servicios, recursos humanos, sistemas de información y medicamentos. Siguiendo este modelo, así como el balance y agenda previa (2011-2016), en el presente informe se seleccionaron los cuatro ejes antes mencionados. Aunque el aseguramiento es parte del financiamiento, este merece una evaluación singular, debido a que ha

sido una meta importante del Gobierno en las dos últimas décadas y, por ende, debe distinguirse de otros temas dentro del financiamiento.

La identificación de aquellas investigaciones de mayor relevancia y calidad académica en estos cuatro subtemas nos permite tener una idea clara del estado del sistema de salud de nuestro país, las reformas implementadas en los últimos años y los espacios que necesitan acción con mayor urgencia. Asimismo, este análisis nos permite elaborar la agenda de investigación sobre reforma del sistema sanitario y de salud para el siguiente quinquenio (2021-2026).

### **1. Balance de la investigación 2016-2021**

Las investigaciones descritas en este documento fueron halladas mediante una búsqueda bibliográfica detallada, para el periodo 2016-2021. La base de datos Alicia (Acceso Libre a Información Científica para la Innovación) es el Repositorio Nacional Digital del Concytec (Consejo Nacional de Ciencia Tecnología e Innovación Tecnológica), la cual permite el acceso a artículos académicos, reportes, libros y tesis de licenciatura, maestría y doctorado. A través de esta, se encontraron 102 estudios en el caso del primer eje de investigación (organización y rectoría), 33 en el segundo eje (financiamiento), 89 en el tercero (aseguramiento) y 85 en el último eje (provisión de servicios).

La base de datos PubMed es el motor de búsqueda gratuito de la Biblioteca Nacional de Medicina de los Estados Unidos, la cual contiene artículos en revistas académicas y libros digitales. A través de ella, se hallaron un total de 75 investigaciones sobre la reforma del sistema sanitario y de salud en el Perú. Adicionalmente, se revisó la base de *Google Scholar*.

En cada una de estas bases de datos se hicieron búsquedas específicas en cada una de las cuatro áreas de investigación en el tema de reforma del sistema de salud peruano.<sup>2</sup> Por último, se

---

<sup>2</sup> Las palabras clave usadas fueron, para organización y rectoría: Perú AND salud AND reforma AND (rectoría OR regulación OR organización OR instituciones OR supervisión OR superintendencia OR política pública OR normativa



revisaron las investigaciones realizadas por el Estado, a través de la Biblioteca Virtual en Salud del Ministerio de Salud (Minsa).

### **1.1. Organización y rectoría**

Es importante comenzar con un análisis de aquellas investigaciones que se enfocan en la organización y gobernanza del sistema de salud del Perú. Estos estudios analizan las reformas y evolución del sistema de salud de manera general. Además, discuten la producción normativa del Minsa, el rol de supervisión de la Superintendencia Nacional de Salud (Susalud) y su descentralización.

#### ***a. Reforma del sistema de salud***

El artículo “Acuerdo Nacional como espacio de consenso para la definición de los objetivos de la reforma de salud y establecer políticas de salud en el Perú” (Nepo-Linares y Velásquez, 2016) se enfoca en el consenso plasmado en el documento “Los Objetivos de la Reforma de Salud” durante el Acuerdo Nacional de 2015. En este documento se identificaron prioridades necesarias para que la reforma de salud en Perú sea un éxito. Los investigadores analizaron el proceso que llevó a un consenso con respecto a las prioridades de la reforma de salud, incluyendo el fortalecimiento del Seguro Integral de Salud (SIS), la implementación de una política de inversiones multianual, el fortalecimiento de la protección de los derechos en salud, el reforzamiento de la atención primaria de salud y el mejoramiento del acceso a medicamentos seguros y eficaces. El estudio concluye que el Acuerdo Nacional ayudó a proponer objetivos claros para la reforma de salud en el país, lo que permitió dar continuidad a las políticas de salud.

---

OR descentralización). Para financiamiento: Perú AND salud AND reforma AND (financiamiento OR presupuesto OR costos sanitarios OR gasto de bolsillo OR costo efectividad OR sostenibilidad financiera). Para aseguramiento: Perú AND salud AND reforma AND (aseguramiento OR AUS OR EsSalud OR SIS OR seguros OR fragmentación). Finalmente, para provisión de servicios: Perú AND salud AND reforma AND (servicios OR oferta OR acceso OR cobertura OR infraestructura OR recursos humanos OR calidad OR impacto OR satisfacción OR medicamentos OR equidad). Los mismos términos, pero en inglés, se utilizaron en las bases PubMed y Google Scholar.

En ese sentido, la investigación de Cañizares (2017) examina la evolución del sistema de salud en Perú en el periodo 2005-2014, a través de un estudio cualitativo, usando entrevistas con exministros y viceministros de salud, académicos y representantes de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y de la sociedad civil. El autor encontró que el aumento en el financiamiento no llevó a un incremento en el acceso a atención de salud de calidad, además de que no hubo mucho progreso en el fortalecimiento de la función rectora del Minsa. Así, el autor concluye que, aunque hubo un aumento en la cobertura financiera, existen importantes brechas de recursos humanos, infraestructura, equipamiento y acceso a medicamentos. Finalmente, recomienda tener un fondo único nacional de financiamiento y un plan único de salud para toda la población.

En una línea similar, la tesis de Vargas (2017) analiza las reformas de salud durante la década 2006-2015 y encuentra que los resultados de estas reformas han sido poco exitosos. En cuanto a la función rectora, principalmente, por la debilidad del Minsa y la fragmentación del sistema. Con respecto al financiamiento, el autor recalca que este todavía es bajo en comparación con otros países de América Latina. Adicionalmente, se encontró que, aunque hubo un aumento de cobertura y acceso, este es insuficiente, porque todavía no es universal, dada la insuficiencia de recursos.

El documento de Velásquez et al. (2016) se enfoca en los cambios ocurridos desde la promulgación de 23 decretos legislativos en 2013 (autorizados mediante la Ley N° 30073), en el marco de la reforma de salud que comenzó con la *Ley de Aseguramiento Universal* (AUS) del 2009. Los autores resaltan la positiva intervención del Minsa ante emergencias sanitarias y la necesidad de fortalecer su autoridad sanitaria para implementar acciones en caso de riesgos o cuando los Gobiernos regionales o locales incumplan sus funciones relacionadas con la salud pública. Además, resaltan que la cobertura de aseguramiento en la población subió de 62 a 73 %

entre los años 2012 y 2015, principalmente, gracias a la afiliación al SIS. Además, el presupuesto del SIS se triplicó, pasando de 570 a 1700 millones de soles entre 2011 y 2015. Finalmente, detallan que entre 2011 y 2016 se ejecutaron más de siete mil millones de soles en la puesta en operación de 168 establecimientos de salud (de estos, 139 son centros de salud; 27, hospitales regionales y provinciales, y 2 hospitales nacionales).

También Mendoza-Arana et al. (2018) describe la implementación de la reforma de salud del 2013 y las dificultades que la reforma enfrenta. Los investigadores hicieron entrevistas a 21 informantes del sector salud y analizaron datos sobre indicadores de salud. Encontraron que la reforma trascendió el criterio de pobreza, haciendo posible que no solo los pobres sean cubiertos por el SIS. Además, fortaleció las inversiones en infraestructura y recursos humanos, y ayudó a reforzar la imagen pública del Minsa con un enfoque de derechos de los usuarios. Sin embargo, el sistema de salud aún enfrenta la necesidad de proveer aseguramiento no relacionado con la pobreza y reducir el gasto de bolsillo, ya que carece de suficientes recursos humanos.

Por su parte, el estudio de Ponce de León (2021) analiza la reforma del AUS, promulgada durante el gobierno del APRA, en un contexto de debilidad de los partidos políticos de izquierda y falta de compromisos programáticos dentro del sistema de partidos. La investigadora encontró que partidos sin valores programáticos y sin compromiso con la reforma de salud no se preocuparon por la definición de especificaciones relacionadas con el financiamiento e implementación de esta. Más bien, permitieron que tecnócratas dominaran la formulación y debate de la política pública, lo que, junto a la falta de compromiso de parte de actores políticos claves, llevó a una reforma pobremente especificada y una implementación deficiente.

Por último, la investigación de Göttems y Mollo (2020) compara las reformas de salud en los años 90 en Brasil, Chile, Argentina, Colombia, México y Perú, para evaluar el efecto del neoliberalismo en los sistemas de salud. Los autores analizan cómo las recomendaciones de

organizaciones internacionales sobre reformas de salud, basadas en el Consenso de Washington, y la lógica de mercado competitivo, afectaron la acción pública en el sistema de salud. Encontraron que las reformas empeoraron las desigualdades de los sistemas de prestación de servicios de salud. Los cambios resultaron en un dominio de la competencia y la reducción de costos económicos que va contra a la idea de cobertura universal de salud. En el Perú, se crearon y mantuvieron sistemas de copago, se estimuló el crecimiento del sector privado para la provisión de servicios, se avanzó poco en la integración de fuentes de financiamiento y se mantiene un alto nivel de fragmentación del sistema de salud.

### ***b. Regulación y rectoría***

En este punto, el estudio de Robles (2017) examina los cambios en el proceso de producción normativa de la Autoridad Nacional de Salud (ANS) ejercida por el Minsa entre los años 2006 y 2015. El autor resalta que antes de estos cambios, la producción normativa se encontraba a cargo de diferentes entidades sin regulación, y que tal proceso conllevó a un mayor riesgo de errores, falta de una metodología estandarizada y carencia de una estructura ordenada. Entonces, en 2005, el Minsa decidió estandarizar el proceso de producción normativa a través de las *Normas para la Formulación de Documentos Normativos del Minsa*, aprobada mediante R. M. N.º 826-2005/MINSA. Esta definió qué documentos aceptarían, el ciclo al cual se someten y el proceso de aprobación ministerial. El estudio encuentra que estos cambios hicieron el proceso más ordenado y seguro, con menores riesgos de errores y con respaldo técnico científico que permita fortalecer el ejercicio de la rectoría del Minsa.

Por otro lado, el trabajo de Gianella (2020) evalúa las limitaciones de la función rectora del Minsa, así como la fragmentación de los servicios de salud, la relación entre los sectores público y privado, la meritocracia en la selección de recursos humanos y la necesidad de fortalecer la atención primaria. La autora explica que la fragmentación del sistema (respecto a financiamiento,

aseguramiento y toma de decisiones) afecta negativamente la gobernanza sanitaria ejercida por el Minsa. A su vez, esta falta de gobernanza implica serias consecuencias para la equidad, calidad y eficiencia del sistema. Además, la deficiente regulación de los intereses privados tiene un impacto negativo sobre el sistema de salud.

Por su lado, el documento de Seinfeld et al. (2021) presenta recomendaciones para mejorar el sistema de salud, centrándose en el ciudadano. Los autores reconocieron que, aunque se ha avanzado en términos de aseguramiento y algunos indicadores sanitarios, todavía falta mucho para resolver el problema de cobertura y financiamiento total para toda la población. En ese sentido, propusieron cuatro cambios para priorizar los servicios a los ciudadanos. Primero, se debería diferenciar el proceso de rectoría de la gestión prestacional; segundo, adoptar un sistema de información oportuno y de calidad para la toma de decisiones; tercero, formar una orden para el flujo e incremento del financiamiento de salud; finalmente, implementar redes integradas de salud.

En efecto, una parte importante de la función de organización y rectoría del Minsa es aquella relacionada con el desarrollo de sistemas de información. Existe poca investigación sobre este tema, pero es necesario tener en cuenta la tesis de Padilla (2018). El autor encuentra que, aunque el Minsa realizó diferentes esfuerzos para el fortalecimiento e integración de los sistemas de información en salud, existe duplicidad de esfuerzos, multiplicidad y desorden de estos sistemas, por ejemplo, coexisten sistemas como el SIS GalenPlus y HIS (Health Information System)-Minsa en distintos niveles de atención, lo cual conlleva a redundancia de información de los pacientes. Se concluye que la reforma debe continuar hasta lograr la unificación de un sistema nacional de información.

### ***c. Susalud y descentralización***

Existe muy poca investigación sobre Susalud. Las contadas excepciones son escritos producidos por los propios actores que trabajan en distintas organizaciones de la superintendencia.

Rebaza-Iparraguirre et al. (2016) analizan los desafíos que enfrenta Susalud en términos de desconcentración geográfica y participación local desde la Intendencia Macrorregional Norte (IMRN). La IMRN se formó para asegurar la descentralización del resguardo de derechos de salud de los usuarios. Se encarga de informar, organizar y participar en actividades de salud con énfasis en la atención de quejas y reclamos, así como la implementación de las juntas de usuarios (JUS). Enfocado en los seis primeros meses de su implementación, el documento describe que la IRMN está en un proceso de consolidar la protección de los derechos de los usuarios. Se enfatiza la necesidad de integrar los equipos zonales de la intendencia y los servicios públicos y privados. Además, es necesario proporcionar mejor capacidad operativa, infraestructura adecuada y mayor asignación de recursos.<sup>3</sup>

Por su parte, Hidalgo-Salas et al. (2016) describen la experiencia del Centro de Conciliación y Arbitraje de (Ceconar) de Susalud en su función de implementación de mecanismos alternativos de solución de controversias (MASC). Estos mecanismos fueron creados para resolver desacuerdos sobre el derecho fundamental de salud entre usuarios, prestadores o financiadores. Estos mecanismos contemplan la negociación o transacción, la mediación, la conciliación y el arbitraje. Los autores mencionan que, desafortunadamente, estos suelen ser desconocidos por la población, lo cual explica su bajo uso (aunque este ha aumentado entre 2011 y 2015). Se concluyó que Ceconar necesita adoptar un método multidisciplinario, cooperar más con otras dependencias de Susalud y otras instituciones (como el Ministerio de Justicia y Derechos Humanos), y un significativo soporte financiero.

Otro tema poco estudiado es la descentralización del sistema de salud peruano. Esta es analizada por Jara (2018). Este trabajo sostiene que el proceso de descentralización debería ayudar

---

<sup>3</sup> Cabe mencionar que Susalud planifica tener cinco intendencias macrorregionales (norte, centro, sur, oriente y Lima), pero hasta el momento solo cuenta con una.

en el acceso y equidad del derecho a la salud de toda la población. La autora encontró que la descentralización no se está llevando a cabo, pues Lima tiene la más grande concentración de hospitales, establecimientos especializados, centros de salud y la mayor proporción de médicos por habitante. Esta centralización actúa en desmedro de la población rural y urbana de bajos recursos. Además, se encuentra que hay poco espacio para la articulación intergubernamental con cada región y Gobiernos locales, que contribuya a la continuidad del proceso de descentralización y a la construcción de la gestión descentralizada.

Asimismo, el informe de la OCDE (2017) sobre el sistema de salud del Perú enfatiza que el rol de gobernanza central del sistema es débil, lo cual se ha agudiza con el proceso de descentralización. Una de las razones principales es que la transferencia de competencias clave a las regiones se realizó sin que estas hubiesen sido capacitadas para realizar tales funciones. Por ende, se recomienda reevaluar la transferencia de ciertas funciones, como vacunación y salud pública, las que el reporte considera que fueron transferidas prematuramente. Asimismo, se considera que el monitoreo de calidad desde Susalud debería ser centralizado. En el caso de otras funciones, se debería proveer mayor soporte, herramientas y financiamiento a las regiones.

## **1.2. Financiamiento**

El financiamiento estable y sostenible es clave para garantizar el acceso a la salud de las personas. En ese sentido, la segunda área de análisis se enfoca en aquellas investigaciones relacionadas con el financiamiento de la salud. Este subtema incluye distintas instituciones que financian la salud en el Perú; así como las fuentes de financiamiento, incluyendo el gasto de bolsillo. La protección financiera, garantizando que los ciudadanos no corran el riesgo de empobrecerse como consecuencia de sus problemas de salud, es uno de los principales objetivos de la reforma del sector, y uno de los enfoques principales de los estudios reseñados a continuación.

### ***a. Eficiencia y sostenibilidad***

El documento elaborado por Vermeersch et al. (2016) analiza los instrumentos de financiamiento que dan soporte al aseguramiento en salud. Los autores explican que se implementó una expansión del aseguramiento a través del SIS, el cual logró afiliarse a más de doce millones de personas hasta 2014. Al mismo tiempo, se aprobó un paquete de Decretos Legislativos en el 2013, que tuvieron como propósito ampliar la cobertura del aseguramiento, mejorar la atención de salud, promover y proteger los derechos en salud, y fortalecer la rectoría y gobernanza del sistema de salud. Los autores destacan desafíos claves que nuestro sistema de salud enfrenta. Primero, la falta de expansión del régimen semicontributivo, lo cual, hasta el momento del estudio, significaba un 30 % de la población sin cobertura, especialmente aquellos que no laboran en el sector formal. Segundo, que no se está usando el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) para priorizar servicios, inversión, y monitorear la cobertura efectiva de la población. Tercero, el intercambio prestacional es casi inexistente, por lo que quienes no están afiliados a EsSalud no pueden usar sus servicios. Además, explican que, aunque el gasto total en salud como proporción del PIB incrementó de 4,9 en 2000 a 5,3 en 2013, en comparación con otros países, este gasto es aún muy bajo. El promedio de América Latina es de 8 %, y el de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE) de 12,3 %. Adicionalmente, el gasto de bolsillo se mantiene como el componente más importante del gasto total en salud.

En una línea similar, la investigación de Petrera (2016) analiza los cambios en la política sectorial, basado en las Cuentas nacionales de Salud, Perú 1995-2012. La autora informa que, a pesar del incremento en el gasto de salud, todavía hay problemas en la capacidad de respuesta del sistema de salud al mayor financiamiento y gasto público. A pesar del incremento en el aseguramiento, las restricciones en la oferta impiden que las personas afiliadas a algún tipo de seguro puedan, en su gran mayoría, acceder a los servicios de salud. Se concluye que el país está



lejos de poder financiar la meta de universalización del acceso a la salud. Las recomendaciones para mejorar el financiamiento son generar un mayor financiamiento público y de la seguridad social como parte de la mejora de la eficiencia global del sistema, lo que derivaría tanto en mejores resultados sanitarios como en la disminución del gasto de bolsillo.

Por otro lado, Dale et al. (2020) proporcionan una lista de recomendaciones de la OMS para el Perú sobre cambios a sus prácticas en el sector de salud. Brindan cuatro recomendaciones principales: 1) enfocarse menos en programas para grupos de población o enfermedades específicos y, al contrario, centrarse en programas que combinen estos servicios; 2) permitir mayor flexibilidad en programas presupuestales; 3) cambiar a pagos a proveedores basados en resultados para mejorar la eficiencia y calidad de los servicios; y 4) fortalecer la gobernanza del Minsa.

#### ***b. Gasto de bolsillo***

El estudio de Petrer y Jiménez (2018) evalúa los determinantes del gasto de bolsillo en salud de la población pobre atendida en servicios de salud públicos entre 2010 y 2014. Usando datos de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG), encontraron que el SIS ayuda a disminuir el gasto de bolsillo en los hogares pobres, pero que se necesitan pólizas que protejan a la población adulta mayor en condiciones de pobreza. Además, encontraron que el mayor gasto de hogares se concentra en los medicamentos, y que el menor gasto de bolsillo en la población rural pobre era casi exclusivo en servicios del primer nivel de atención.

En la misma línea, la tesis de Montañez (2018) analiza el gasto de bolsillo en salud en el Perú, indicando que, aunque el aseguramiento se ha expandido en los últimos años, el gasto de bolsillo en salud de los hogares es aún muy alto. Además, la autora enfatiza que el aseguramiento de la población de clase media que no es parte del mercado laboral formal es un reto pendiente. A través de un seguimiento de los hogares durante cinco años, se identifican los determinantes que llevan a que los hogares prefieran el gasto de bolsillo al aseguramiento. Se encuentra que la mayor

demanda de servicios de salud que generó la ampliación del SIS demostró la debilidad de la oferta de servicios. En ese contexto, mientras que la demanda de la población pobre se reorientó a farmacias, la automedicación y a no buscar atención; la de la población no pobre también se reorientó a consultorios y clínicas privadas.

Hernández-Vásquez et al. (2018) realizan un análisis de la Encuesta Nacional de Hogares sobre Condiciones de Vida y Pobreza 2017 para evaluar el gasto de bolsillo en la población adulta mayor. Se encontró que seis de cada diez adultos mayores peruanos reportaron gastos de bolsillo para atender su salud, y que la procedencia urbana, mayor nivel de educación, padecer enfermedades crónicas y mayores gastos per cápita aumentan hasta 1,6 veces la probabilidad de gasto de bolsillo. En los afiliados al SIS se reduce el gasto en 63 soles, en comparación con quienes no cuentan con seguro de salud. Adicionalmente, se subraya que la necesidad de gasto de bolsillo causó una inequidad en el acceso a los servicios de salud, especialmente en los grupos más vulnerables.

Por otra parte, el artículo de Proaño y Bernabé (2018) analiza la relación entre el gasto sanitario catastrófico y el gasto de bolsillo para ciertos servicios específicos. El gasto sanitario catastrófico es definido como gasto para servicios médicos igual o superior al 40 % de la capacidad de pago del hogar. Los investigadores analizaron datos de la ENAHO 201, en la cual, quienes participaron, reportaron las características de su hogar y cuánto pagaron por diez distintos servicios de salud. Encontraron que las familias más pobres, rurales y pequeñas, así como también gente mayor o con problemas crónicos, tenían una probabilidad más alta de enfrentarse a un gasto sanitario catastrófico. Determinaron que varios hogares peruanos son forzados a pagar su propio cuidado de salud con gastos de bolsillo, afectando sus finanzas día a día.

Finalmente, Guerrero (2020) estudia la densidad de recurso humanos y desigualdad en los niveles de gasto de bolsillo (medido como porcentaje del gasto total en salud), gasto público y

gasto privado (porcentaje del PBI) en distintos países de América. El investigador analizó datos de la OPS y el Banco Mundial de 32 países, a través de los cuales se encontró que existe una correlación negativa entre un mayor gasto de bolsillo y la densidad de recurso humano. Asimismo, que en el Perú existe una densidad media baja de recursos humanos.

### ***c. Presupuestos e inversión***

La tesis de Arana y Huaman (2020) analiza los factores que influyen en la implementación de la reforma del Presupuesto por Resultados (PpR) a nivel nacional al 2019. Los investigadores hicieron un estudio cualitativo, analizando estudios de casos y haciendo entrevistas a expertos y servidores civiles. Se concluye que hay cuatro factores principales que influyen en la implementación de la reforma: la cultura organizacional no está alineada para dar resultados, los objetivos del programa no son claros, muchas decisiones son hechas sin evidencia, y hay ausencia de un adecuado diseño de la cadena de valor. También concluyeron que el nivel de apoyo político de los gobernadores regionales y locales al cumplimiento (o falta de) de las acciones correctivas de las evaluaciones influye en la implementación de la reforma.

El artículo de Vammalle et al. (2018) reconoce el éxito que ha tenido la reforma de salud en Perú con la cobertura y protección financiera de la salud. Sin embargo, enfatiza que todavía se necesita reducir la fragmentación y aumentar la eficiencia del sistema de salud en su totalidad. Los autores recomiendan el mejoramiento de la coordinación y capacidad a nivel subnacional. Además, aunque se resaltan los logros del PpR, se recomiendan otras prácticas presupuestales para asegurar que los recursos sean usados de manera efectiva, sobre todo porque acercar el presupuesto aprobado a lo que se espera ejecutar sería beneficioso, mostrando cómo se priorizan los recursos y cómo se logran los objetivos de política anual.

Graham y Huanca (2017) comparan los tiempos y costos de dos modalidades de inversión en salud, realizadas a partir de la reforma de 2013, la Obra Pública Tradicional (OPT) y la Obras

por Impuestos (OxI), con el fin de evaluar la eficiencia de ambas. Las investigadoras analizaron casos del Hospital de Ilo, en Moquegua, para OPT y un hospital de La Libertad para OxI. Encontraron que la OxI es más eficiente que OPT, aunque en ambas modalidades existen retrasos en la ejecución de los proyectos. La OPT presenta mayor demora debido a una débil gestión de recursos humanos. Tal retraso en la culminación de proyectos ocasiona que las atenciones de salud no se realicen en los plazos determinados, disminuyendo los beneficios previstos por los proyectos. También observaron que la participación del sector privado en OxI ayuda a encontrar financiamiento inmediato que crea beneficios mutuos entre el Estado y la empresa privada.

En su reporte sobre los sistemas de salud y su espacio fiscal en América Latina, Kanavos et al. (2019) estudian Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Panamá, Perú y Uruguay. Los autores encontraron que Perú tiene una de las mayores brechas fiscales para cerrar en términos de recursos del sistema de salud. En comparación a otros países en Latinoamérica, Perú necesita un aumento grande en el impuesto al valor agregado (IVA) e impuestos sobre productos nocivos para cubrir sus brechas de financiación.

Finalmente, Huicho et al. (2018) comparan las tendencias de gasto y en cobertura de servicios en salud reproductiva, materna, neonatal e infantil en el Perú. Observaron un aumento en el gasto en salud reproductiva por cada mujer en edad reproductiva (de un dólar en 2002 a seis en 2012). También aumentó el gasto en salud materna y neonatal per cápita en ese periodo (de 34 dólares en 2000 a 512 dólares en 2012), así como el gasto per cápita en infantes de menos de cinco años (de 5,6 a 148,6 en el mismo período). De acuerdo con los investigadores, este incremento refleja un apoyo político a estas áreas de la salud, junto con un mayor énfasis en la asistencia social, planificación familiar y reformas de salud dirigidas a las zonas pobres.

### **1.3. Aseguramiento**

Nuestro país cuenta con un sistema fragmentado y desigual. Esta fragmentación existe tanto en términos de aseguramiento como de provisión de servicios. No solo encontramos división entre los aseguradores y servicios públicos y privados, sino que dentro del mismo sector público existe fragmentación (EsSalud y SIS). La fragmentación del sistema de salud implica enormes desigualdades en cuanto al acceso a salud de los peruanos. En ese contexto, el tercer subtema es el aseguramiento. La mayoría de las investigaciones se enfocaron en el SIS, con algunas excepciones de estudios que realizaron un análisis más holístico del sistema de aseguramiento en el país, desde el AUS.

#### ***a. AUS***

Mezones-Holguín et al. (2019) describen la evolución de la cobertura de aseguramiento en salud en Perú durante el periodo 2009-2017, desde la Ley del AUS. Haciendo uso de la ENAHO, los investigadores evalúan los factores demográficos, sociales y económicos asociados al aseguramiento. Concluyeron que la cobertura global se incrementó durante el periodo evaluado, de 60,5 % en 2009 a 76,4 % en 2017; así como la del SIS (en 2009, 34 %; en 2017, 47 %) y EsSalud (en 2009, 22,8 %; en 2017, 26,3 %). Además, observaron que las características de la población asegurada cambian con el tipo de seguro, por ejemplo, las mujeres tuvieron una mayor probabilidad de afiliarse al SIS y a EsSalud que los hombres.

En la misma línea, el artículo de Jumpa-Armas (2019) analiza el AUS durante los primeros diez años de su implementación. Se explica que, bajo el AUS, el Estado provee fondos para una variedad de proveedores del sector privado, público y no lucrativo. El autor explica el plan de beneficios ofrecidos, su financiamiento, subsidios, prestación de servicios y regulación. Se concluye que el AUS se enfocó más en la dimensión financiera del sistema de salud en vez de en

la eficacia y eficiencia de los servicios de salud. El autor cree que esta ley no alcanzó a desarrollar una reforma en el sector salud.

La investigación historiográfica de Bustíos (2016) describe las reformas de los sistemas de cuidado de salud, especialmente, las reformas sanitarias en Perú durante los años 1821 y 2013. Se analizan los orígenes, alcances y limitaciones de estas reformas, encontrando que hubo cinco modelos de organización. El modelo más reciente de organización para una reforma de salud (1992-2013) está basado en un pensamiento neoliberal y neopopulista, el cual no está teniendo el mismo nivel de éxito en comparación con otros países que usan el mismo modelo.

#### ***b. SIS***

El capítulo de Beteta y Elorreaga en el libro *Patologías del Sistema de Salud Peruano* (2020) realiza un análisis institucional del SIS con el objetivo de identificar sus áreas de vulnerabilidad y oportunidades de mejora. Identifican limitaciones institucionales relacionadas con las reglas de transferencia de presupuesto a los hospitales, así como de acreditación de los servicios llevados a cabo por los que se busca cobrar al seguro. También, se observan limitaciones en la capacidad de gestión del SIS, específicamente, en cuanto a la supervisión de las cuentas que le piden pagar y cuánto estas reflejan una atención efectiva y de calidad a los usuarios. Los autores enfatizan la importancia de reconocer, junto con los avances logrados gracias al SIS, la necesidad de su fortalecimiento, sobre todo en el contexto de la COVID-19.

Petrera (2018) también investiga la ejecución del SIS durante el periodo 2004-2014, evaluando su capacidad de garantizar la prestación de servicios de salud y protección financiera a la población pobre. Usando la base de datos de la ENAHO, se identificaron patrones de afiliación, acceso y protección financiera de los hogares. El libro concluye que la expansión de la demanda generada a través del SIS ha encontrado una oferta agotada en recursos e insumos (recursos humanos, infraestructura y sistemas de logística). Es necesario aumentar recursos e insumos, así

como reestructurar el sistema sanitario, asimilando el incremento de adultos mayores y el proceso de descentralización, el cual exige mayor rectoría y gestión del Minsa.

La investigación de Neelsen y O'Donnell (2017) analiza los efectos del SIS, comparando el uso de servicios de salud de aquellos cubiertos por el SIS con el de otros peruanos pobres que tenían cobertura a través de su empleador. Los autores encontraron que el SIS tuvo éxito parcial en proveer cuidado de salud a personas empobrecidas. Mientras que se encuentran efectos positivos con respecto a la atención ambulatoria y medicamentos, sobre todo entre los ancianos y los más pobres, no se percibe ningún efecto sobre el gasto de bolsillo promedio. Además, la cobertura poco profunda ofrecida por el SIS no tiene impacto en el uso de atención hospitalaria.

En línea con el estudio anterior, Bernal et al. (2017) analizan el efecto del SIS, usando datos colectados a través de la ENAHO. Los investigadores encontraron que hubo un importante aumento en la utilización de servicios de salud, especialmente, para la provisión de cuidados curativos. Asimismo, observaron una relación de demanda y provisión, pues los usuarios que vieron a un médico aumentaron su conciencia sobre sus problemas de salud. Este contexto generó una demanda inducida por el proveedor, ya que la población usuaria del SIS decide pagar de bolsillo por los servicios que escasean.

Por otro lado, el documento del CIES elaborado por Torres (2018) analiza el efecto del SIS contra *shocks* negativos en salud. El efecto de un *shock* sobre ingreso y el gasto per cápita del hogar es negativo y significativo, y aumenta la posibilidad de que el hogar caiga en la pobreza. Se analizaron datos de la ENAHO entre 2004 y 2017, encontrando que el SIS ha ayudado a disminuir los efectos de los *shocks* de salud. No obstante, no hay evidencia clara de que los hogares afiliados al SIS tengan una probabilidad menor de caer en la pobreza.

Finalmente, enfocándose en el aseguramiento de las mujeres, Ramos et al. (2020) estudian el nivel de cobertura que tienen las peruanas a través del SIS y sus determinantes. Los

investigadores usaron información colectada a través de la Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar 2017, y analizaron los datos de mujeres entre las edades de 15 y 49 años. Observaron que las mujeres con SIS tenían niveles de educación más bajos, vivían en áreas rurales y tenían más probabilidad de ser pobres; mientras que aquellas que no tenían seguro médico eran de clase media. Se concluye que, aunque el SIS ha sido efectivo en aumentar la cobertura a mujeres vulnerables, ha sido insuficiente para asegurar cobertura universal para todas.

### *c. Provisión de servicios*

Por último, es importante realizar el balance de las investigaciones enfocadas en la provisión de servicios de salud. Dentro de este subtema, existen investigaciones que se enfocan en la oferta de los servicios de salud, incluyendo infraestructura y recursos humanos; mientras que otras investigaciones estudian el acceso a estos servicios, evaluando la equidad del sistema y la calidad de los servicios recibidos por los usuarios.

Cabe mencionar que la gran mayoría de estos estudios se enfocan en servicios orientados a la salud individual. Lamentablemente, la investigación sobre servicios orientados a la salud pública (como vigilancia, prevención y control) en el marco de la reforma del sistema de salud ha sido escasa durante el período 2016-2021. Una posible explicación de esta deficiencia es que, como mencionan algunas de las expertas entrevistadas, la reforma del sistema de salud se ha enfocado mucho más en la salud individual que en la colectiva. Esto es particularmente problemático en el contexto de la pandemia porque, junto con el acceso a servicios de salud individual, los servicios de salud pública han jugado un rol primordial.

### *d. COVID-19*

El Perú es el país con la tasa de mortalidad por COVID-19 más alta del mundo, así como el mayor exceso de fallecidos por cada millón de habitantes. El artículo de Gianella et al. (2020) analiza lo que la pandemia causada por la COVID-19 reveló sobre el sistema de salud del Perú.



Aunque se podría haber considerado que el sistema de salud estaba preparado para combatir la pandemia debido al crecimiento económico sostenido y los avances en la cobertura formal de la población, el Perú vio altos niveles de contagio y una de las tasas más altas de mortalidad por la COVID-19. Los investigadores argumentan que un enfoque en el cumplimiento de objetivos globales de desarrollo, incluida la promoción de asociaciones público-privadas en salud, ha distraído la atención sobre las causas estructurales de las desigualdades en el acceso a salud. Este contexto ha permitido la continuación de un sistema altamente fragmentado, con acceso efectivo diferenciado por ingresos, género, etnia y geografía.

En la misma línea, Schwalb y Seas (2021) describen cómo el Perú respondió a la pandemia de la COVID-19. A pesar de la adopción temprana de cuarentenas y otras restricciones, el país se ha visto gravemente afectado por la pandemia. Los investigadores explican las posibles razones detrás de los estos resultados: un sector salud fragmentado y abrumado, la falta de infraestructura y personal especializado para abordar la pandemia, y el liderazgo deficiente de las autoridades de salud.

Por su parte, Ponce de León (2021) analiza la reforma del AUS y las principales razones que explican el colapso del sistema de salud público ante la COVID-19. La autora explica que el proceso de reforma iniciado en el 2009 se caracterizó por una carencia de compromiso político durante su implementación. Asimismo, temas como financiamiento, la escasez de recursos humanos, infraestructura y sostenibilidad financiera fueron excluidos del debate político. Por ende, las medidas implementadas a partir de la reforma no lograron mejorar la capacidad ni la calidad del sistema de salud de manera sustancial. En ese contexto de precariedad, la pandemia generó el colapso del sistema de salud público y expuso la necesidad de una reforma de salud integral.

El documento de trabajo del Centro Nacional de Planeamiento Estratégico (2020) analiza el impacto de la pandemia en los servicios de salud, así como en la educación. En términos de

salud, los investigadores notaron que la zona de la Amazonía ha sido el área más vulnerable al virus de la COVID-19 porque tenía la menor cantidad de infraestructura de salud. En general, encontraron bajos niveles de disponibilidad de camas UCI con ventiladores. Los investigadores también observaron buenas prácticas en el sector salud, como la implementación del plan Villa Panamericana para la recuperación de pacientes contagiados de COVID-19, lo cual demostró que la infraestructura se puede adaptar para ampliar la cobertura. Además, se resalta la medida de repartir mascarillas a la población pobre y la población indígena de la Amazonía.

Algunos estudios se han enfocado en el impacto de la COVID-19 en el Perú sobre indicadores más específicos, como la mortalidad materna. El estudio de Gianella et al. (2021) explica el efecto de la pandemia sobre el objetivo de reducción de la mortalidad materna. Antes de la pandemia, Perú estaba en camino para cumplir el objetivo de desarrollo sostenible de las Naciones Unidas, reduciendo la mortalidad materna a menos de 70 muertes por cada 100 mil nacimientos para el 2030. Sin embargo, la pandemia ha retrasado esta meta cinco años debido al impacto sobre la infraestructura de salud.

En una línea similar, Reinders et al. (2020) analizan los efectos de la pandemia en el cuidado de la salud materna y neonatal en la Amazonía peruana, y la respuesta de las comunidades indígenas. A través del estudio del programa comunitario Mamás del Río, observaron que el aislamiento domiciliario y comunitario no era fácil de cumplir porque miembros de la comunidad necesitaban ir a las ciudades y otros pueblos para hacer comercio, y por falta de recursos. Cuando el virus comenzó a infectar en grandes cantidades, los servicios de salud materna y neonatal cerraron o cambiaron a visitas a domicilio. Los investigadores recomiendan la reimplementación de servicios rutinarios para disminuir los daños de la pandemia en la comunidad.

### *e. Acceso a servicios*

La OMS (2017) publicó un estudio sobre el sistema de atención primaria de salud en el Perú. Esta investigación encontró que las principales áreas de deficiencia se encuentran en el acceso equitativo, la participación de los usuarios en decisiones sobre su acceso a salud, y la calidad y seguridad de la atención en salud. Así, se identifican disparidades en cuanto a equipamiento y recursos humanos entre regiones (Áncash, Madre de Dios y Ucayali reportan los niveles más bajos). Además, dentro de cada región, el porcentaje más bajo de establecimientos de salud con equipo adecuado se encuentra en los distritos más pobres. Se resalta que las barreras de accesibilidad surgen del reducido horario de apertura de los establecimientos de atención médica de primer nivel (seis horas), por lo que se recomienda que estos establecimientos funcionen doce horas al día, incluidos los sábados y domingos. Así mismo, se enfatiza que, en gran parte, la ineficiencia surge de la fragmentación del sistema, la cual se une a la comercialización de la prestación de salud y la consiguiente pérdida de una visión integral del paciente y sus necesidades.

Por su parte, la tesis de Rojas (2016) busca entender las características de la población que no busca atención médica por la deficiencia de calidad de la atención en salud. El autor usó datos de la ENAHO de los años 2005 a 2015. Se resalta la deficiencia de calidad de la atención como una de las muchas razones para renunciar a la atención en salud. Además, se encontró que quienes no buscan atención en salud por la deficiencia de calidad de la atención tienden a ser mujeres entre 30 y 59 años, con educación primaria, cuya lengua materna es el castellano, no son pobres, viven en zonas rurales y son afiliadas al SIS. El aumento de la demanda de servicios de salud, servicio hecho por médicos recién graduados, infraestructura deficiente y un sistema de salud fragmentado son las principales razones que explican estos resultados.

Otro estudio sobre las personas que deciden no buscar atención en salud fue publicado por Gutiérrez et al. (2018). Se notó que el número de personas afiliadas al SIS que buscaron atención

por problemas de salud cayó entre el 2006 y el 2015. A su vez, se identifica la brecha de infraestructura y equipos de salud, la poca articulación en los establecimientos de salud primaria, el bajo uso de recursos públicos existentes y recursos humanos no bien remunerados como los principales retos para incrementar la cobertura prestacional.

En una línea similar, Carrasco-Escobar et al. (2019) analizan el tiempo que toma viajar a un establecimiento de salud en las diferentes áreas geográficas del Perú con el fin de entender la accesibilidad a los establecimientos de salud. Usando data geoespacial, se encontró que el viaje a un establecimiento de salud en áreas rurales es más largo que en áreas urbanas. La mediana del tiempo de viaje a los centros de salud primarios, secundarios y terciarios fue 1,9; 2,3 y 2,2 veces mayor en entornos rurales que urbanos, respectivamente.

El artículo de Villegas-Ortega et al. (2016) analiza “Resuelve tu afiliación,” una plataforma en línea de Susalud. El objetivo de la plataforma es solucionar los problemas de acceso a los servicios de salud de quienes cuentan con un seguro de salud a través de las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud (IAFAS). Los investigadores encontraron que, tras ocho meses de implementación, se resolvieron 55 mil solicitudes, demostrando que sí es posible realizar un esfuerzo interinstitucional de creación de una red virtual que se encargue de las solicitudes de afiliación de los usuarios. También enfatizan que se necesita de articulación entre las distintas IAFAS estatales para reducir los trámites entre ellas. Concluyen que esta plataforma ha contribuido a garantizar los derechos de la ciudadanía al acceso a los servicios de salud.

Henríquez-Suarez et al. (2017) evalúan la experiencia del sistema de salud electrónica (eSalud) en Perú y analizan los cambios interdisciplinarios necesarios para lograr el éxito de las tecnologías de información y comunicación (TIC) en el sistema de salud. Las autoras reconocen que se necesita conocimiento en varias disciplinas como la medicina, informática, ingeniería y ciencias sociales para que las TIC sean un éxito. Se recomienda seguir un plan de evaluación para

monitorear su implementación, así como la sistematización de la información ya existente con repositorios o portales.

También Lu (2020) analiza el tema de la eSalud, específicamente en centros de salud en el Perú urbano. Su investigación evalúa la efectividad de esta modalidad en el tratamiento de enfermedades no transmisibles en centros de salud primaria, e identifica las barreras y los facilitadores de la utilización de la eSalud en el primer nivel. En la actualidad, el eSalud está siendo usado para registros y aplicaciones médicas. Mientras que las principales barreras de implementación son la seguridad de los datos, el clima político y la compatibilidad; los facilitadores son los recursos humanos y el conocimiento digital.

#### ***f. Acceso a medicamentos***

Mezones-Holguín et al. (2016) evalúan las diferencias de acceso efectivo a medicamentos entre distintos prestadores de salud, usando la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud (Ensusalud) de 2014. El insuficiente acceso efectivo a medicamentos se presenta cuando hay dispensación incompleta o carencia en las farmacias de las prestadoras de servicios de salud. Los investigadores encontraron que un 81 % de los encuestados recibieron indicación de medicamentos; de estos, 90.8 % solicitaron los medicamentos en las farmacias de las prestadoras; y 30.6 % experimentaron insuficiente acceso a medicamentos. Encontraron que usuarios del Minsa y Gobiernos regionales, personas de la tercera edad y de bajos recursos tiene una probabilidad más alta de padecer falta de acceso.

El estudio de Urrunaga-Pastor et al. (2019) analiza la frecuencia de automedicación y los factores asociados en usuarios de farmacias. Los investigadores usaron la ENSUSALUD de 2015 para su investigación; y utilizaron tres categorías: no automedicación, automedicación responsable, y automedicación irresponsable. Encontraron que la frecuencia de no automedicación fue de 25.2%, la automedicación responsable de 23.8%, y la automedicación irresponsable de 51%. Ser

hombre, tener entre 40 y 59 años, no contar con seguro de salud y vivir en la sierra son factores asociados con la automedicación irresponsable. Se concluye que por lo menos la mitad de la población ha practicado automedicación y los factores asociados son los demográficos y el mismo sistema de salud.

### ***g. Calidad y satisfacción***

El ensayo de Santivañez-Pimentel (2018) se enfoca en la seguridad del paciente en el sistema de salud. El autor sostiene que la seguridad del paciente no ha sido un aspecto importante para el Minsa, por lo que los cambios en las prácticas para la seguridad del paciente han sido hechos sin una visión clara, de manera esporádica e, incluso, repetidos. Se necesita unificar las iniciativas enfocadas en la seguridad del paciente, fortalecer la rectoría del Minsa, llenar los vacíos de regulación, fortalecer el enfoque de gestión del riesgo, involucrar a los usuarios y dotar de los recursos humanos necesarios en áreas críticas hospitalarias.

Asimismo, la investigación de Arrieta et al. (2018) analiza la cultura de la seguridad del paciente entre trabajadores de salud en hospitales públicos y privados. La seguridad del paciente es definida como la prevención de daños causados por servicios médicos. En 2016, los autores hicieron una encuesta en línea en Lima y Callao. Solo el 18 % de los trabajadores de salud encuestados describieron la seguridad del paciente en su trabajo como “buena”, mientras que un 14 % de trabajadores de hospitales públicos caracterizó la seguridad del paciente como “buena”, un 37 % lo hizo en hospitales privados.

Mejía-Álvarez et al. (2018) llevaron a cabo una evaluación situacional de establecimientos del Minsa, enfocándose en la satisfacción de los usuarios y su correspondencia en la relación médico-paciente. Los autores encontraron que se necesita poner énfasis en la comunicación interpersonal entre pacientes y personal médico, y no solo en el intercambio de información. Se recomienda la adopción de valores humanísticos en el sector salud, el entrenamiento para

trabajadores de salud sobre comunicación, y la implementación de buenas prácticas de comunicación entre médicos y pacientes.

También Murillo et al. (2019) investigan la satisfacción de usuarios y los tiempos de espera para recibir servicios de salud públicos y privados. Los investigadores usaron la encuesta Ensusalud de 2014, 2015 y 2016. Se encontró que hubo un nivel de satisfacción de 70 %, 73.7 % y 74 % en los años 2014, 2015 y 2016, respectivamente; además, los usuarios del SIS y EsSalud tuvieron los niveles de satisfacción más bajos. La mediana de tiempo de espera fue de 60 minutos.

#### ***h. Recursos humanos***

Inga-Berrosipi y Arosquipa (2019) analizan los avances en la gestión y desarrollo de los recursos humanos en el sector salud, especialmente sobre la calidad de la atención. Los autores argumentan que los recursos humanos en salud suelen estar ausentes durante los procesos de reformas de salud. Se estudian los avances en la gestión y distribución de los recursos humanos, el cumplimiento de objetivos regionales, el fortalecimiento de las competencias y capacidades, y el establecimiento de una nueva política de los recursos humanos en el sector salud. La distribución adecuada de recursos humanos en el primer nivel de atención es un desafío presente.

El estudio de Mendoza-Arana (2018) examina la reforma de salud desde la perspectiva de la formación de recursos humanos en el sector. El autor plantea una relación entre la concepción, implementación y ejecución de las propuestas de la reforma y el desarrollo de los recursos humanos necesarios para la ejecución de tales propuestas. Se propone que esta relación es circular tripartita, por lo que las reformas de salud solo son viables y exitosas cuando los recursos humanos necesarios están disponibles.

## **2. Percepciones de expertas y expertos sobre la reforma de salud en el Perú, 2016-2021**

En esta sección se realiza un balance general sobre la reforma del sistema sanitario y de salud, tomando como base las percepciones de las y los expertos que fueron entrevistados. Se

llevaron a cabo entrevistas con académicos expertos en el área (4) y con académicos que también han desempeñado o desempeñan roles de función pública (4).

El objetivo principal de estas entrevistas fue consultarles sobre los temas más importantes a investigar con respecto a la reforma de salud en el Perú, así como aquellos temas considerados como prioritarios para ser incluidos en la agenda pública y futuras políticas públicas. Adicionalmente, se consultó sobre qué temas consideraban omitidos o pasados por alto, y cuál consideraban que ha sido el impacto en política pública de las investigaciones de los últimos cinco años.

## **2.1. Entrevistas**

- Margarita Petrer, docente de Economía en la PUCP y consultora independiente. Ha sido consultora para el Minsa en la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto. Estuvo a cargo de la coordinación y dirección técnica de las Cuentas Nacionales de Salud 1995-2012. También fue coordinadora del Programa Observatorio de la Salud del CIES y funcionaria OPS-OMS.
- Camila Gianella, directora ejecutiva del Centro de Investigaciones Sociológicas, Económicas, Políticas y Antropológicas (Cisepa) en la PUCP, e investigadora del Instituto Mikelson.
- Augusto Portocarrero, director general de la Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización del Minsa.
- Midori de Habich, directora técnica del proyecto Local Health System Sustainability (LHSS) de USAID. Ha sido ministra de Salud.
- José del Carmen, director de la Unidad de Posgrado de la Escuela de Medicina de la USMP y profesor principal de Medicina en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Fue



superintendente nacional de Salud, jefe del FISSAL, viceministro de Salud y jefe institucional del SIS.

- Edmundo Beteta, docente de Economía y de la Escuela de Gobierno y Políticas Públicas de la PUCP, y director de INNOVAPUCP. Fue jefe institucional del SIS.
- Pedro Mendoza, profesor principal de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y docente de la USMP.
- Noelia Bernal, profesora de Economía en la Universidad del Pacífico.

## **2.2. Temas relevantes**

Las entrevistas arrojan distintas áreas prioritarias de investigación y, dentro de ellas, varios temas que se perciben como importantes. En general, se perciben los temas desarrollados a continuación como relevantes porque ayudan a explicar las inequidades y problemas de acceso a la salud que encuentra la población peruana.

Estos temas pueden ser agrupados en los cuatro ejes desarrollados en el balance. Además, un área adicional señalada en las entrevistas es la de políticas públicas como respuesta a la pandemia causada por la COVID-19.

### ***a. Organización y rectoría***

En el contexto de la pandemia, se notaron las deficiencias existentes en la función de rectoría. El diagnóstico es que existe un insuficiente desarrollo del Minsa como ente rector. Se menciona su debilidad al impulsar el uso de protocolos y guías clínicas, las cuales son importantes para reducir discrecionalidad de la atención de los problemas de salud de la población. Además, se considera que el PEAS debería ser una herramienta usada por el Ministerio para planificar la inversión y política de recursos humanos. Con respecto al PEAS, se menciona también la necesidad

de realizar un cálculo del costo para cumplir con este plan. Cabe mencionar que el Minsa ha llevado a cabo tal cálculo recientemente, por cada problema de salud y per cápita.

En la misma línea, se nota la debilidad institucional y técnica de Susalud. Se considera que esta debería ir más allá de la inspección y supervisión. Por ejemplo, a diferencia de la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria (Sunedu), Susalud no establece requisitos de funcionamiento mínimos de los proveedores de salud.

Otro tema mencionado es la presencia de personal de salud que ejerce gestión administrativa en los Gobiernos regionales, pero que no necesariamente cuenta con conocimiento sobre política pública de salud. Esta situación genera una burocracia débil. Se recomienda prestar mayor atención a los perfiles de las personas encargadas de las direcciones de salud en las regiones, así como investigar qué funciones les resultan más difíciles de cumplir; tales tareas podrían realizarse en coordinación con la Autoridad Nacional del Servicio Civil (Servir).

### ***b. Financiamiento***

Se enfatizó la necesidad de prestar atención al financiamiento público en salud y su impacto. A pesar de que el MEF ha otorgado más financiamiento al sector salud, se considera que la mejora de los resultados en términos de acceso a salud no ha sido significativa. De acuerdo con una de las entrevistadas, a pesar de que el financiamiento desde el 2000 creció diez veces, el acceso a servicios no ha crecido de manera paralela, es decir, pese al aumento de cobertura formal, el acceso a salud no ha aumentado.

Existe un acuerdo entre los entrevistados en el hecho de que se ha avanzado poco en hacer efectiva la cobertura en salud, y así reducir el gasto de bolsillo; por ejemplo, a pesar de que el SIS cubre diversas condiciones de salud en teoría, las fallas de oferta y de calidad de la prestación de servicios actúan como trabas a la provisión efectiva de esta cobertura. En general, se coincide en

que la cobertura de aseguramiento no se ha reflejado en la utilización de servicios a los que las personas aseguradas deberían tener acceso.

Otro tema relevante es la estabilidad financiera. Al respecto, se menciona que la *Ley de Financiamiento de Salud* establece que el financiamiento debe depender del número de afiliados a los seguros públicos, pero que esto no se cumple, lo cual afecta la estabilidad y sostenibilidad del financiamiento.

La fragmentación del financiamiento es otro punto señalado como importante. Se considera que las distintas fuentes de financiamiento (a través de presupuesto asignado, planes presupuestales y SIS) del sector carecen de coherencia y conexión. Uno de los entrevistados resaltó que el SIS solo maneja el 10 % del financiamiento que va a los Gobiernos regionales, mientras que el resto es asignado por el MEF, lo cual limita la autoridad y capacidad de vigilancia del SIS.

### ***c. Aseguramiento***

Con respecto al aseguramiento, el punto más repetido en las entrevistas es el de la fragmentación del sistema y la necesidad de integrarlo. Entre las preguntas alrededor de este tema, se plantean las siguientes: ¿cuáles son las barreras de acceso creadas por esta falta de unificación?, ¿qué significa o qué implica unificar el sistema de aseguramiento?, ¿qué tan viable sería el proceso?, ¿cuáles son las opciones de unificación?, ¿cuáles serían los objetivos de este proceso? y ¿cómo llevaría a la mejora de la atención en salud?

Algunas de las personas entrevistadas consideran que existe una resistencia ideológica a la unificación, y que esta preferencia por la separación tiene detrás un sesgo clasista. Varios de los entrevistados consideran que, para alcanzar un sistema de salud fuerte y efectivo, se necesita tener un sistema integrado.

En esa misma línea, se señala que la concepción de que aquellos asegurados por los planes no contributivos del SIS no pagan por su seguro es errónea. Estas personas pagan a través de sus

impuestos, los cuales son destinados a financiar su seguro, y también, en muchos casos, realizan actividades no remuneradas (como cuidar a miembros de su familia). Se considera que la fragmentación se ve exacerbada por la existencia de distintos planes, dependiendo del tipo de seguro público, otorgando un plan menos extenso para quienes “no pagan”. En relación con este punto, se menciona que un aspecto perverso es la concepción de que aquellos que son cubiertos por planes gratuitos tienen menos derecho a quejarse en casos de falta de acceso o atención de mala calidad. Sin embargo, toda la población tiene derecho a servicios de calidad. Varias entrevistas ponen énfasis en la necesidad de entender el acceso a salud como un derecho de la ciudadanía. Además, la visión del acceso a salud como un derecho debería ser el eje central del sistema de salud, en vez de un enfoque principalmente orientado a atacar los problemas de salud más agudos de la población.

Sin embargo, en opinión de otros expertos, la expansión del SIS gratuito es preocupante. Así, el decreto legislativo que expande la cobertura poblacional a través del SIS gratuito, promulgado en el 2020, a trabajadores informales que sí podrían pagar los planes semicontributivos del SIS, pondría en riesgo la sostenibilidad financiera. Adicionalmente, se considera que esta estrategia no ayuda a promover la formalización.

Finalmente, otro tema relevante sobre el aseguramiento es que se considera que el SIS debería ser capaz de colectivizar el riesgo de la población que cubre y asignar recursos con base en las prioridades de salud de esa población. En una línea similar, para uno de los expertos entrevistados, la pregunta es cómo hacer del SIS un real seguro de salud.

#### ***d. Provisión de servicios***

En este punto se pone énfasis en la falta de capacidad del aparato público prestador de servicios de salud. En ese sentido, se señala que la cobertura poblacional formal no cumple su objetivo si se mantienen las barreras de acceso a la salud.

También se señala la necesidad de mayor articulación entre el SIS y EsSalud; además, se menciona que los asegurados de EsSalud deberían tener la posibilidad de atenderse en los centros de salud del Minsa; para que esto ocurra se necesita un sistema de financiamiento de servicios más predecible.

Se considera que el sistema de prestación de servicios de salud en el Perú está sumamente orientado a lo hospitalario, desatendiendo el primer nivel de atención. Especialmente, EsSalud centra su inversión en hospitales de alta complejidad, pero no en atención primaria para control de enfermedades crónicas como hipertensión, diabetes, tuberculosis o control de embarazo, por citar algunos ejemplos.

Algunos entrevistados señalan que, mientras que la posibilidad de unificar la provisión de EsSalud y el Minsa es poco viable, el desarrollo de redes integradas es más factible. Además, un entrevistado considera que cuando estén integradas estas dos redes de provisión, se podrían incorporar a otros prestadores, como los del sector privado. Un punto importante es examinar la idoneidad de estos prestadores antes de ser incorporados.

Otro tema con respecto a la provisión de servicios es la atención recibida por los usuarios. Se menciona que existen limitaciones de trato a los usuarios y falta de resolución de los problemas de salud. En parte, esta falta de resolución se da porque los problemas de salud han cambiado, por ejemplo, existe una mayor presencia de enfermedades crónicas vinculadas más a modos de vida, pero no ha cambiado la formación del personal médico.

Adicionalmente, se menciona que existe una cultura de necesidad de más exámenes como señal de una buena atención médica. Esto conlleva a que se manden a hacer exámenes muchas veces innecesarios, y a que los pacientes consideren esto como atención de buena calidad. Por ejemplo, las ecografías Doppler cada mes durante el embarazo.

La necesidad de las personas aseguradas de comprar sus medicamentos e insumos fuera del hospital o centro de salud donde reciben atención es considerada como un tema urgente de resolver. Se ha normalizado esta compra de medicamentos e insumos, pero habría que considerar por qué en el hospital o centro de salud donde los usuarios son atendidos no se proveen estos medicamentos e insumos si están cubiertas por los seguros.

Otro tema que se ha normalizado es la búsqueda de atención médica en las farmacias, lo cual obviamente ha beneficiado a este sector, pero actúa en detrimento de la población, pues aumenta su gasto de bolsillo y se sabe poco sobre la calidad de atención que las personas reciben en estos establecimientos.

#### ***e. COVID-19***

Se considera que el marco analítico predominante enfocado en la cobertura universal tuvo dificultades para incorporar la salud pública. En ese sentido, existen visiones segmentadas de salud individual y salud pública, así como falta de comunicación entre ellas. En el contexto de la pandemia causada por la COVID-19, es primordial incorporar la relación entre salud pública e individual a la agenda de investigación. Una de las entrevistadas considera que para combatir la COVID-19 se utilizaron, principalmente, herramientas de salud individual, aunque este era un problema de salud pública. La mirada ha estado en el número de camas UCI, por ejemplo, y poco en los laboratorios de salud pública o en cómo se relaciona el sistema de salud con la población. La tarea de salud pública es muy importante, en cuanto a vigilancia de contactos y prevención; si se hace bien, entonces el sistema de provisión de servicios recibe menor presión.

Cerrar el primer nivel al comienzo de la pandemia sonó razonable como medida de emergencia inmediata, porque evadía poner en riesgo al personal de salud, pues faltaban equipos de protección. Sin embargo, la prioridad debió ser conseguir esos equipos y reabrir los centros de primer nivel. El cierre del primer nivel no solo afectó la provisión de servicios básicos, sino también

la comunicación con la población. Se considera que, en general, el tejido comunitario no fue parte de la estrategia contra la pandemia.

Aunque es comprensible que las políticas no hayan sido las más acertadas al principio, dada la situación de incertidumbre, es lamentable que, en muchos casos, se haya persistido en los errores por un tiempo extendido. El sistema debería ser capaz de adaptarse, alimentándose de nueva información y evidencia. Por ejemplo, el caso de la resistencia a modificar la política de pruebas rápidas cuando ya era claro que había que hacer pruebas PCR, es una muestra de esta falta de adaptación. En esa línea, más allá de las medidas de política pública específicas, es el proceso de toma de decisión en situaciones de incertidumbre el que debe ser investigado y revisado

Además, es necesario medir todas las consecuencias de la pandemia, más allá de las infecciones y muertes como consecuencia directa de la COVID-19. Se deben estudiar las consecuencias de toda la atención de salud que no se ha dado a casusa de la pandemia, por ejemplo, el efecto sobre la mortalidad materna e infantil de esta falta de atención.

Finalmente, una de las entrevistadas enfatiza que es necesario estudiar el tema de la reforma de salud desde una perspectiva de sistema, y no solo desde sus distintos componentes de manera aislada. Se observa que en Perú se habla de aspectos puntuales del sistema (por ejemplo, recursos humanos). Sin embargo, la naturaleza del sistema de salud y de los problemas de salud requiere analizar la relación entre sus diversos componentes, aplicando modelos sistémicos. De manera específica, se menciona la importancia de entender la relación entre el financiamiento y la provisión de servicios, así como la relación entre estos con la percepción de la población.

En conclusión, es sumamente relevante comprender las características que el sistema de salud debería tener para que la próxima epidemia, u otro problema de salud de tal magnitud, nos encuentren con lecciones aprendidas y con un sistema sanitario y de salud mejor preparado.

### **3. Impacto de las investigaciones en políticas públicas en el Perú, 2016-2021**

Esta sección hace referencia al impacto que han tenido las investigaciones sobre la reforma del sistema de salud en las políticas públicas en el sector salud. El impacto de las investigaciones académicas sobre la reforma de salud en las políticas públicas ha sido limitado. Una de las principales trabas observadas para que existan puentes entre la investigación académica y el sector público es el cortoplacismo, que muchas veces prima entre quienes toman decisiones de política pública. Las reformas sectoriales requieren de un compromiso de largo plazo, por parte de los tomadores de decisiones dentro del Minsa, así como por parte de los líderes políticos durante los distintos gobiernos.

Un factor relacionado con la visión de corto plazo de varias políticas públicas del sector salud (y de otros sectores) es la presencia de aliados políticos que, muchas veces, carecen de experiencia en el sector salud. Otro factor vinculado a este tema es el contexto de excesiva inestabilidad política que nuestro país ha vivido en el último quinquenio, el cual fomenta mayor rotación dentro del Minsa y otras instituciones del sector.

Los entrevistados concuerdan en que los políticos no suelen utilizar la investigación como base para las decisiones que toman. La gestión sanitaria debe estar basada en evidencia, la cual debe ser usada para informar, entre otras cosas, sobre cómo invertir los recursos de salud. Por ejemplo, en el caso de cobertura de gastos catastróficos, esta debería estar basada en la efectividad de otorgar mejor calidad de vida a las personas que padecen estos problemas de salud. En general, se observan pocas políticas públicas basadas en evidencia. Aunque el uso de evidencia científica es costoso en términos de tiempo y recursos, esta beneficia la toma de decisiones, pues la hace más robusta. Algunos expertos consideran que incentivos políticos y electorales tienden a ser priorizados y desplazan la evidencia como base de las políticas públicas.



Por otro lado, algunos entrevistados coinciden en que los investigadores necesitan ejercer una acción más proactiva, buscando transmitir los resultados de sus investigaciones a los tomadores de decisiones. Se considera que los puentes entre la academia y el Estado deben ser construidos desde el mundo académico. En otras palabras, los académicos no pueden esperar a ser contactados por los tomadores de decisiones del sector público. Para uno de los entrevistados, en un contexto donde prima una aproximación de corto plazo, la academia tiene que ser capaz de ofrecer a los funcionarios o gestores públicos soluciones de corto plazo.

Otro punto que es importante considerar cuando pensamos en el impacto de la investigación en las políticas públicas es la relación entre los investigadores y las instituciones encargadas de brindar estas políticas. En algunos casos, si estas conexiones existen, o si los investigadores son proactivos y capaces de generar atención dentro del sector público, existe mayor probabilidad de que las investigaciones producidas sean tomadas en cuenta. Esta situación puede tener un lado negativo: que solo se toman en cuenta los insumos de un sector muy reducido de expertos, el cual podría estar sesgado.

Algunos entrevistados consideran que existe un grupo reducido de expertos que son convocados y escuchados; mientras las personas ajenas a este grupo sienten ser invitadas en algunas ocasiones solo para poder contar con su asistencia, pero no necesariamente para que sus puntos de vista sean incorporados. En relación con este punto, debe haber mayor participación de actores sociales en el proceso de toma de decisiones, lo cual ayudaría a mejorar la calidad de las propuestas. En general, los procesos de formulación de políticas públicas de reforma de salud se beneficiarían de mayor transparencia y participación de distintos actores políticos, académicos y de la sociedad civil.

También se debe considerar la reticencia que se puede presentar desde el sector público a los resultados de ciertas investigaciones. Muchas veces, la agenda de investigación no la ponen los

investigadores sino la institución que financia el estudio, la cual puede encontrar la evidencia hallada contraria a sus percepciones del tema estudiado.

Para algunos de los entrevistados es difícil que las investigaciones tengan un impacto significativo en las políticas públicas porque no existen muchos grupos interesados en generar investigación sobre el tema de reforma de salud. En general, en el tema de salud, abundan los estudios financiados por farmacéuticas y compañías que venden equipos médicos, los cuales son muy específicos y no se enfocan en el tema más holístico de reformar el sistema sanitario.

Hay coincidencia en que es necesario fomentar la investigación desde el Estado. Uno de los entrevistados sugiere que el Estado provea un respaldo institucional, junto con distintas casas de estudios, organizando mesas o paneles donde se difundan las publicaciones sobre el tema. Un esfuerzo muy rescatado por quienes realizamos investigación en el tema de salud son los datos producidos por la ENAHO. Sin embargo, una sugerencia es mantener la consistencia de las preguntas incluidas. Por ejemplo, la pregunta sobre si los encuestados consideran que el problema de salud por el que fueron al centro de salud fue resuelto, fue eliminada de la encuesta.

Un punto relevante es que en el contexto de la pandemia de la COVID-19, la discusión sobre la reforma de salud ha trascendido el mundo académico y burocrático, y ha logrado alcanzar otros ámbitos como el debate presidencial. Además, se ha convertido en un tema tratado en los medios de comunicación masivos, lo cual no había ocurrido, salvo raras excepciones, antes de la pandemia.

Los estudios revisados en el balance de investigación sobre organización y rectoría reportan que el principal obstáculo para el éxito de la reforma de salud son las barreras de acceso a salud que la población experimenta, así como también la necesidad de fortalecer la función rectora del Minsa y la capacidad ejecutora de Susalud. Por su parte, las investigaciones enfocadas en el financiamiento concluyen que, a pesar del incremento de los recursos financieros, este no se ha

traducido en un incremento en el acceso efectivo a la salud. Además, que, debido a esta deficiencia, el gasto de bolsillo (especialmente en medicamentos) no ha disminuido significativamente. En el caso de los estudios encontrados sobre aseguramiento, estos recalcan los avances en términos de cobertura formal de la población, al mismo tiempo que señalan que esta expansión de cobertura no fue de la mano de una mayor eficacia y eficiencia de los servicios de salud. Por último, las publicaciones sobre provisión de servicios diagnostican que se mantiene el acceso diferenciado por ingresos, geografía y otros factores que presentan barreras al acceso efectivo a salud. Además, se recalca la falta de infraestructura de provisión de servicios y el limitado acceso a medicamentos que la población experimenta.

Todos estos hallazgos deberían utilizarse como insumos para generar políticas públicas que respondan a los problemas más urgentes dentro del sistema sanitario. Aunque existe carencia de investigación en ciertos temas, como se explica en la siguiente sección, en muchos otros existen bastantes estudios que pueden servir para la elaboración de políticas que buscan fortalecer el rol rector del Minsa, generar sostenibilidad financiera y garantizar el acceso efectivo a salud.

#### **4. Agenda de investigación 2021-2026**

El Minsa, la Escuela Nacional de Salud Pública y la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, con el apoyo de la OMS y la OPS, elaboraron el documento “Prioridades de investigación en salud pública desde la perspectiva de la Escuela Nacional de Salud Pública” en el 2020. Las líneas de investigación seleccionadas fueron cuatro: 1) accesibilidad al sistema de salud y cobertura en los servicios de salud, 2) atención integral e integrada con enfoque de salud familiar y comunitaria en los servicios de salud, 3) promoción de la salud y prevención de las enfermedades, 4) organización y gestión del sistema de salud. Estas líneas de investigación tienen bastante coincidencia con los ejes seleccionados para la elaboración del balance presentado en este documento, y son usadas como insumo para la elaboración de la agenda de investigación.

A continuación, se presenta una agenda con base en la revisión bibliográfica realizada y las percepciones de las y los expertos entrevistados, organizada de acuerdo a los temas tratados en el balance. Esta agenda será útil tanto para los proyectos e investigadores del CIES, como también para investigadores en general, funcionarios públicos, funcionarios del sector privado, líderes de grupos de la sociedad civil, periodistas y expertos.

Uno de los objetivos del delineamiento de esta agenda será identificar aquellas áreas dentro del estudio de reforma de salud donde las investigaciones hayan sido escasas o inexistentes, especialmente, aquellos temas de relevancia para las políticas públicas en el contexto de la pandemia causada por la COVID-19.

#### **4.1. Organización y rectoría**

La producción científica del periodo 2016-2021 sobre organización y rectoría que se pudo recoger no es abundante. Se necesitan más investigaciones que evalúen el rol de rectoría del Minsa a nivel nacional, así como su relación con los Gobiernos regionales y locales. También hace falta mayor estudio del rol que desempeña Susalud. Se han publicado muy pocas investigaciones al respecto en los últimos cinco años, a pesar de ser una institución que cumple un rol extremadamente valioso e importante como parte de la reforma del sistema de salud. Con el fin de subsanar estos vacíos, se plantean las siguientes líneas de investigación:

- Desarrollo institucional del Minsa y Susalud
- Procesos de retroalimentación de políticas públicas dentro del Minsa
- Articulación entre el Gobierno central y los Gobiernos regionales y locales
- Impacto de la descentralización en la ejecución de políticas generadas por el

Gobierno central

- Efecto de la reforma del AUS de 2009 y los decretos legislativos de 2013 en indicadores sanitarios
- Corrupción en el sector salud y esfuerzos desde el Minsa por identificarla y combatirla
- Sistemas de información y unificación de bases de datos
- Impacto de las deficiencias del rol rector del Minsa durante la pandemia de la COVID-19
- Rol de Susalud durante la pandemia
- La política de las políticas públicas: los distintos actores (sus incentivos e intereses) que empujan las reformas, así como aquellos que se oponen a ellas
- Lecciones aprendidas de las experiencias en la región de América Latina sobre fortalecimiento de entes rectores en el sector salud, y cómo traducir estas lecciones al contexto peruano

#### **4.2. Financiamiento**

Las investigaciones en el área de financiamiento reportan distintos hallazgos interesantes. En principio, se señala que, aunque ha habido un incremento del financiamiento público de la salud en Perú, aún existen grandes barreras de acceso que no permiten hacer efectiva la cobertura. Uno de los resultados arrojados por el estudio de este tema es que el PEAS no se está utilizando para orientar la inversión de recursos, priorizar servicios y monitorear la cobertura efectiva de la población.

Otro punto que distintas investigaciones enfatizan es que el gasto en salud como proporción del PBI en Perú es aún muy bajo en comparación con otros países de América Latina (la diferencia es aún más grande al comparar con países de la OECD). En esa misma línea, se hace notar que el

Perú tiene una de las mayores brechas fiscales para cerrar en términos de recursos del sistema de salud, lo cual podría ser remediado a través de un aumento del IVA y otros impuestos sobre productos nocivos.

Adicionalmente, el gasto de bolsillo se mantiene como el componente más importante del gasto total en salud. A pesar de que el acceso a seguros de salud, incluyendo al SIS, ha ayudado a disminuir el gasto de bolsillo (algunas investigaciones no encuentran efecto del SIS sobre el gasto de bolsillo), este aún es muy alto, principalmente, a consecuencia de la necesidad de los usuarios de pagar por medicamentos.

Otras investigaciones en esta área señalan que el éxito de la implementación del PpR depende, en parte del nivel de apoyo político de los gobernadores regionales y locales al cumplimiento de las acciones correctivas de las evaluaciones.

Un punto de particular importancia es el de la unificación del sistema de financiamiento de la salud. Aunque en el último quinquenio no se encontraron publicaciones académicas enfocadas específicamente en este tema, el informe de la Comisión de Protección Social “Propuestas de reformas en el sistema de pensiones, financiamiento en la salud y seguro de desempleo”, elaborado por Arrieta et al. (2017), propone la creación de un fondo único.

Con base en el diagnóstico hecho por estas publicaciones en los últimos cinco años, y observando los temas omitidos, se plantean las líneas de investigación siguientes:

- Impacto del financiamiento en el acceso efectivo a salud por parte de la población cubierta
- Impacto de la fragmentación en el financiamiento de la salud
- Financiamiento de acciones de salud pública de prevención y de acciones de vigilancia epidemiológica

- Razones detrás del estancamiento del gasto de bolsillo
- Alternativas para la reducción del gasto de bolsillo
- Factores que han llevado al aumento de la automedicación, incluyendo la compra de productos en farmacias que carecen de efectividad
- Gasto de bolsillo durante la pandemia de la COVID-19, comparado a la población asegurada por EsSalud, el SIS y seguros privados
- Sostenibilidad financiera del SIS y EsSalud, y el sistema de aseguramiento público en su conjunto
- Cumplimiento de la *Ley de Financiamiento de Salud*, incluyendo las razones de la falta de implementación del uso del número de afiliados a los seguros públicos para el establecimiento del financiamiento
- Efectividad y eficiencia de los distintos mecanismos de pago de servicios de salud provistos por los proveedores públicos
- Efectos del apoyo político (y falta de este) de las autoridades en gobernadores regionales y locales a los distintos sistemas de financiamiento
- Eficiencia del financiamiento de las acciones contra la pandemia de la COVID-19, incluyendo abastecimiento de medicamentos, equipos y vacunación
- Comparación del sistema de financiamiento de la salud en Perú con otros países de la región

### **4.3. Aseguramiento**

Los estudios enfocados en el aseguramiento, publicados en los últimos cinco años, llegan a varias conclusiones relevantes. Primero, la cobertura global se incrementó desde la implementación del AUS; este aumento incluye tanto al SIS como a EsSalud. Segundo, a pesar de la expansión de

cobertura formal, la eficacia y eficiencia de los servicios de salud ha presentado serias limitaciones. El aumento de la demanda generada a través de la expansión del SIS no ha ido en paralelo con la oferta en recursos humanos, insumos e infraestructura. Tercero, gracias a la expansión del SIS, se observa un importante incremento en la utilización de servicios de salud, especialmente para la provisión de cuidados curativos. Cuarto, la capacidad de gestión del SIS ha sido deficiente, específicamente, en cuanto a la supervisión de las cuentas que paga y cuánto estas reflejan una atención efectiva y de calidad de la población.

Tomando en cuenta los resultados de las investigaciones sobre financiamiento revisadas en el balance, y considerando aquellos temas sobre los cuales existe escasa información, se proponen las siguientes líneas de investigación:

- Impacto de la falta de unificación de los seguros públicos, con respecto a la creación de barreras de acceso
- Viabilidad, opciones y consecuencias de la unificación del sistema de aseguramiento
- Factores de apoyo y resistencia a la unificación del sistema de aseguramiento
- Sostenibilidad financiera de los seguros de salud públicos
- Equidad del sistema de aseguramiento público
- Posibilidad de hacer del SIS un seguro capaz de colectivizar el riesgo de la población que cubre, asignar recursos con base en las prioridades de salud de esa población, y ser financieramente sostenible
- Efecto de la expansión del PEAS y los planes complementarios sobre la cobertura efectiva en salud



- Posibilidad de utilizar el PEAS para medición de riesgos y realización de análisis actuariales que permitan tomar decisiones sobre financiamiento y provisión
- Efectos del SIS gratuito en la atención de la población cubierta, incluyendo calidad de atención y uso de procesos que permiten a los usuarios presentar quejas en caso de falta de acceso o acceso de mala calidad
- Eficiencia de la gestión del SIS y EsSalud
- Posibilidad e impacto de un incremento progresivo en la contribución a EsSalud desde los empleadores
- Eficiencia de las intervenciones basadas en redes integradas e impacto en la atención en salud
- Impacto del mayor envejecimiento de la población en el sistema de aseguramiento
- Impacto en la provisión de servicios de salud y la calidad de la atención de la integración vertical en el sector privado de salud
- Comparación del sistema de aseguramiento de la salud en Perú con otros países de la región

#### **4.4. Provisión de servicios**

En el periodo 2016-2021, la producción científica sobre la provisión de servicios de salud fue abundante y generó resultados bastante interesantes. Un grupo de estos estudios se enfocó en la COVID-19; así, se encontró que las reformas del sistema sanitario y de salud no pusieron suficiente atención en las causas estructurales de las desigualdades en el acceso a salud. El acceso efectivo diferenciado (por ingresos, género, etnia, geografía, etc.) que nuestro sistema fragmentado genera es señalado como una de las principales razones de las desastrosas consecuencias de la pandemia en el Perú. En esa misma línea, algunas investigaciones encuentran que la falta de

infraestructura y personal especializado para abordar la pandemia y el liderazgo deficiente de las autoridades de salud también son responsables del terrible impacto de la COVID-19 en el país. Así, un estudio encuentra que la Amazonía ha sido el área más vulnerable al virus porque tenía la menor cantidad de infraestructura de salud. También se observaron buenas prácticas, como la implementación de la Villa Panamericana, que fue capaz de adaptar su infraestructura para ampliar la cobertura. Por último, un par de documentos estudian el efecto de la pandemia en indicadores claves, como la mortalidad materna e infantil, señalando que debido al impacto sobre la infraestructura de salud, la pandemia ha afectado negativamente los objetivos de salud en estas áreas.

Otro grupo de estudios se enfoca en la falta de equidad del sistema de provisión de servicios. En ese sentido, se identifican disparidades en cuanto a recursos humanos y equipos de salud entre las distintas regiones del país. Esta brecha de infraestructura y equipos de salud, junto con la poca articulación de los establecimientos de salud primaria y recursos humanos poco remunerados, se señalan como los retos más urgentes para incrementar la cobertura prestacional. También se menciona la deficiencia de calidad de la atención como una de las razones por las que un sector de la población renuncia a buscar atención de salud.

Adicionalmente, un par de estudios se enfocan en el sistema de salud electrónica en Perú. Se enfatiza que es necesario el cumplimiento de los planes de evaluación para monitorear la implementación de este sistema. Algunas limitaciones de implementación de este sistema son la seguridad de los datos y el clima político; mientras que los recursos humanos y el conocimiento digital son facilitadores de este proceso.

El insuficiente acceso a medicamentos es eje de otro grupo de investigaciones, las cuales encuentran que por lo menos un 30 % de la población experimenta barreras de acceso a medicamentos. Los usuarios del Minsa y Gobiernos regionales, personas de la tercera edad y de

bajos recursos tienen una probabilidad más alta de padecer falta de acceso a medicamentos. Además, la automedicación irresponsable se ha dado en más de la mitad de la población. Esta es más frecuente entre los hombres, las personas que viven en la sierra, aquellos entre 40 y 59 años, y quienes no cuentan con seguro de salud.

Por último, otro grupo importante de publicaciones se enfoca en la satisfacción de los usuarios de los servicios de salud. Los usuarios del SIS y EsSalud tienen niveles de satisfacción bajos, en comparación con los usuarios del sector privado. Un estudio enfatiza la importancia de la comunicación interpersonal entre pacientes y personal médico, y el entrenamiento de trabajadores de salud sobre comunicación.

En este contexto, se proponen las siguientes preguntas de investigación:

#### **Acceso a servicios de salud**

- Interacciones entre la salud pública y la salud individual, particularmente en el contexto de la COVID-19
- Efectividad de los servicios de salud pública, como vigilancia, prevención y control de enfermedades
- Impacto de estrategias implementadas para el fortalecimiento del primer nivel de atención
- Brechas de acceso al segundo nivel de atención y capacidad resolutive
- Causas de la falta de acceso a servicios de salud (los estudios con representatividad nacional son escasos) y de la falta de acceso a medicamentos
- Tendencias en el uso de servicios (del primer y segundo nivel de atención) en el sector público y privado

- Satisfacción de la población usuaria de los servicios de salud (los estudios con representatividad nacional son escasos)
- Impacto de la telemedicina y nuevas tecnologías, a través del Minsa, EsSalud y el sector privado

### **Provisión de servicios de salud**

- Impacto de las estrategias de mejora de infraestructura y el equipamiento en los establecimientos de salud públicos a nivel nacional
- Distribución de recursos humanos en el primer nivel de atención
- Recursos humanos en zonas rurales y estrategias para generar mayor descentralización de los recursos humanos en salud
- Impacto y eficiencia de las asociaciones público-privadas
- Impacto y eficiencia de las redes integradas de provisión de salud
- Eficiencia del personal médico en los sectores público y privado
- Formación médica y clínica, así como presencia de incentivos y estímulos para que la atención al paciente sea de buena calidad
- Incorporación de los médicos en los procesos de reforma de salud
- Impacto de la ampliación las remuneraciones del personal médico, incluyendo la incidencia en la atención a la población
- Incentivos positivos y negativos presentes en los gremios del sector salud con respecto al uso, meritocracia y rendición de cuentas
- Eficiencia en la compra y designación de insumos estratégicos en el sector público
- Derechos de los pacientes y derechos humanos en momentos de crisis en el contexto de falta de oferta durante la pandemia de la COVID-19

- Viabilidad de la portabilidad del derecho a la salud y sus implicancias con respecto a la estandarización de datos y ajuste de estados de cuentas
- Viabilidad y opciones en el desarrollo de una historia clínica única informatizada para los distintos prestadores de salud

## **5. Conclusiones y reflexiones finales**

Después de haber presentado el balance de las principales investigaciones sobre reforma sanitaria publicadas en el periodo 2016-2021, las percepciones de expertos y detallar una propuesta de agenda de investigación para el periodo 2021-2026, a continuación, se presentan las principales conclusiones de este informe.

El balance de las publicaciones sobre organización y rectoría muestra que, desafortunadamente, son pocos los estudios enfocados en este importante tema. Los resultados de estas investigaciones evidencian que el fortalecimiento de la función rectora del Minsa ha progresado poco. Una de las principales razones de esta debilidad de gobernanza es la fragmentación del sistema de salud. Se enfatiza la necesidad de diferenciar el proceso de rectoría de la gestión prestacional, fortalecer la autoridad sanitaria en caso de riesgos o cuando los Gobiernos regionales o locales incumplen funciones de salud pública, y mejorar la regulación de los intereses privados. Asimismo, se recomienda mejorar la capacidad operativa, infraestructura y asignación de recursos de Susalud. Esta recomendación es reiterada por las y los expertos entrevistados, quienes subrayan la necesidad de dotar a la Superintendencia de la capacidad de establecer requisitos de funcionamiento mínimos a los proveedores de salud.

En cuanto al financiamiento, el balance de investigación encuentra que importantes barreras de acceso a salud se mantienen pese al incremento en el financiamiento público, aunque este es aún bajo en comparación con otros países de América Latina. Además, se recalca que el gasto de

bolsillo sigue siendo el componente más importante del gasto total en salud, principalmente, por necesidad de los usuarios de pagar por medicamentos. Las entrevistas hacen eco de estos puntos, enfatizando que el aumento de recursos financieros no ha significado un aumento importante en el acceso a salud. Adicionalmente, se considera la estabilidad financiera como primordial, para lo cual es necesario que el financiamiento dependa del número de afiliados a los distintos seguros. En esa misma línea, una de las principales recomendaciones es la unificación del sistema de financiamiento de la salud.

El balance de aseguramiento resalta que, si bien la cobertura formal se expandió, esta no fue de la mano de mayor acceso a los servicios de salud. Este diagnóstico implica la necesidad de evaluar los factores detrás de esta falta de acceso efectivo, a pesar de la afiliación a un seguro, incluyendo la eficiencia del SIS y EsSalud. En esa misma línea, como señalan algunos entrevistados, se necesita analizar la posibilidad de integrar el sistema de aseguramiento público, incluyendo su viabilidad, opciones y posible impacto en la calidad de servicios que la población recibe.

En el balance sobre provisión de servicios se identifican tres puntos principales: primero, la falta de equidad del sistema, con disparidades (en recursos humanos, equipos de salud, infraestructura, etc.) entre las distintas regiones del país; segundo, la deficiente calidad de la atención en salud lleva a un sector de los usuarios a no buscar atención; tercero, la falta de acceso a medicamentos sigue siendo prevalente.

Adicionalmente, parte de la producción científica en este eje de investigación se enfocó en el acceso a servicios de salud durante la pandemia de la COVID-19. Estas investigaciones encontraron que, desafortunadamente, las causas estructurales de las desigualdades en el acceso a salud no han sido atacadas por las reformas de salud recientes. El acceso a servicios de salud varía dependiendo de los ingresos, género, etnia y geografía de los usuarios. En este contexto, la

pandemia tuvo desastrosos resultados en nuestro país. En esa misma línea, algunas investigaciones encuentran que la falta de infraestructura y personal especializado para abordar la pandemia y el liderazgo deficiente de las autoridades de salud también son responsables del terrible impacto de la COVID-19 en el país.

El desarrollo de investigación sobre la reforma del sistema sanitario es de extrema relevancia; por ello, es importante que la producción de estudios sobre la reforma de salud crezca y que exista comunicación con el sector público. El diseño y la implementación de políticas públicas de salud deben estar basados en los estudios científicos existentes. Muchos de estos estudios nos dan luces sobre el éxito y fracaso de distintas medidas, lo cual debe ser insumo para los planificadores de políticas públicas. Conjuntamente, es de suma importancia generar más estudios que incluyan distintas regiones del país. Aunque las investigaciones que se enfocan en una sola región o localidad tienen gran mérito, aquellas que analizan y comparan distintas partes del país nos permiten comprender mejor las desigualdades presentes y los posibles caminos para combatir tal inequidad.

## Referencias

- Arana, P. A. & Huaman, K. B. (2020) Análisis de los factores en la implementación de la reforma del Presupuesto por Resultados (PpR) en el Perú a nivel nacional al 2019. [Tesis de licenciatura, PUCP]. <https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/16646>
- Arrieta, A., Suárez, G., & Hakim, G. (2018). Assessment of patient safety culture in private and public hospitals in Peru. *International Journal for Quality in Health Care*, 3 (30), pp. 186-191.
- Bernal, N., Carpio, M. A., & Klein, T. J. (2017). The effects of access to health insurance: evidence from a regression discontinuity design in Peru. *Journal of Public Economics*, 154, pp. 122-136.
- Bustíos, C. (2016). Reformas de los sistemas oficiales del cuidado de la salud en la República del Perú: 1821-2013 (Estudio de investigación N° 150121015). Consejo Superior de Investigación UNMSM.
- Cañizares, W.R. (2017). Evolución del sistema de salud de Perú: buenas prácticas y desafíos en su construcción. Década 2005-2014. *Anales De La Facultad de Medicina*, 4 (78), pp. 445–451.
- Carrasco-Escobar, G., Manrique, E., Tello-Lizárraga, K. & Miranda, J. J. (2019). Travel time to health facilities as a marker of geographical accessibility across heterogeneous land coverage in Peru. *Frontiers in Public Health*, 498 (8), pp. 1-10.
- Centro Nacional de Planeamiento Estratégico. (2020) Análisis espacial de la situación e impactos en los servicios de salud y educación en el contexto de la pandemia por la COVID – 19. [https://www.ceplan.gob.pe/wp-content/uploads/2020/12/CEPLAN-Analisis\\_espacial\\_de\\_la\\_situacion\\_e\\_impactos\\_en\\_los\\_servicios\\_de\\_salud\\_y\\_educacion\\_en\\_el\\_contexto\\_de\\_la\\_pandemia\\_por\\_la\\_COVID-19.pdf](https://www.ceplan.gob.pe/wp-content/uploads/2020/12/CEPLAN-Analisis_espacial_de_la_situacion_e_impactos_en_los_servicios_de_salud_y_educacion_en_el_contexto_de_la_pandemia_por_la_COVID-19.pdf)



- Dale, E., Prieto, L., Seinfeld, J., Pescetto, C., Barroy, H., Montañez, V. (2020) [Budgeting in health: Budgeting for results in health: key features, achievements and challenges in Peru](#). Geneva: World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/333887/9789240004436-eng.pdf>
- Gianella, C (Coord). 2020. *Fortalecer el sistema de salud público para la equidad en salud: una necesidad impostergable*. PUCP, HSS
- Gianella, C., Gideon, J., & Romero, M. J. (2020). What does COVID-19 tell us about the Peruvian health system? *Canadian Journal of Development Studies/Revue canadienne d'études du développement*, 1-13.
- Gianella, C., Ruiz-Cabrejos, J., Villacorta, P., Castro, A., & Carrasco-Escobar, G. (2021). Reverting five years of progress: Impact of COVID-19 on maternal mortality in Peru. *CMI Brief*, n.º 1, pp. 1-4.
- Göttems, L. & Mollo, M. (2020). Neoliberalism in Latin America: effects on health system reforms. *Revista de Saúde Pública*, 54, p. 74.
- Graham, L. K., & Huanca, L. (2017). *Inversión en salud: Obras por impuestos en el nivel nacional a partir de la experiencia regional*. Universidad del Pacífico. <https://repositorio.up.edu.pe/handle/11354/1700>
- Guerrero, J. (2020). Densidad de recurso humano y desigualdad en gastos en salud en países de las Américas. *Revista panamericana de salud pública*, 44, e133. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.133>
- Gutiérrez, C., Romani Romani, F., Wong, P., & Del Carmen Sara, 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*, 1 (79), pp. 65–70.

- Henríquez-Suarez, M., Becerra-Vera, CE., Laos-Fernández, E.L., & Espinoza-Portilla, E. (2017). Evaluación de programas de salud electrónica en el Perú: Enfoque multidisciplinario y perspectivas actuales. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 4 (34), 731-737.
- Hernández-Vásquez, A., Rojas-Roque, C., Santero, M., Prado-Galbarro, F. J. & Rosselli, D. (2018). Gasto de bolsillo en salud en adultos mayores peruanos: análisis de la Encuesta Nacional de Hogares sobre Condiciones de Vida y Pobreza 2017. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 3 (35), 390.
- Hidalgo-Salas, D., Ortiz-Pérez, C., Lobatón-Flores, J., Huamaní-Ñahuinlla, P. & Mezones-Holguín, E. (2016). Mecanismos alternativos para la solución de controversias en el contexto de los derechos en salud: experiencia peruana desde el Centro de Conciliación y Arbitraje de la Superintendencia Nacional de Salud. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 3 (33), 567-573.
- Huicho, L., Huayanay-Espinoza, C. A., Hernandez, P., Niño de Guzman, J., & Rivera-Ch, M. (2018). [Enabling reproductive, maternal, neonatal and child health interventions: Time trends and driving factors of health expenditure in the successful story of Peru](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0206455). *PloS one*, 10 (13), <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0206455>
- Inga-Berrosapi, F., & Arosquipa Rodríguez, C. (2019). Avances en el desarrollo de los recursos humanos en salud en el Perú y su importancia en la calidad de atención. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 2 (36), 312-318.
- Jara, M. G. (2018). *La descentralización del sistema de salud en el Perú*. Pontificia Universidad Católica del Perú. <https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/20.500.12404/10153>

- Jumpa-Armas, D. V. (2019). Aseguramiento universal en salud en el Perú: Una aproximación a 10 años de su implementación. *Revista de la Facultad de Medicina Humana*, 3 (19). 75-80.  
<http://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH/article/view/2158>
- Kanavos, P., Parkin, G. C., Kamphuis, B. & Gill, J. (2019). *Latin America healthcare system overview: a comparative analysis of fiscal space in healthcare*. London School of Economics and Political Science. <https://www.lse.ac.uk/business/consulting/reports/latin-america-healthcare-system-overview>
- Lu, H. (2020). *Strengthening Urban Primary Healthcare Service Delivery Through the Use of eHealth Programs-The Super Study in Peru* [tesis de maestría en Global Health, Duke University].
- Mejía-Álvarez, C.R., Miranda-Mesías, R.R., Contreras-Carmona, P.J., & Huapaya-Huertas, O.S. (2018). Herramientas para mejorar la satisfacción del usuario a partir de un estudio situacional peruano. En O. Lazo y Santivañez-Pimentel, A. (eds.). *Atención de Salud con Calidad*. Colegio Médico del Perú. 81-94.
- Mendoza-Arana, P. (2018). *Reforma en salud: complejidad y límites de la formación de recursos humanos especializados*. *Anales de la Facultad de Medicina*, 1 (79), 60-64.
- Mendoza-Arana, P. J., Río, G. R., Gutiérrez-Villafuerte, C., & Sanabria-Montáñez, C. (2018). *El proceso de reforma del sector salud en Perú*. *Rev Panam Salud Publica*, 42 (e74).
- Nepo-Linares, E., & Velásquez, A. (2016). El Acuerdo Nacional como espacio de consenso para la definición de los objetivos de la reforma de salud y establecer políticas de salud en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 3 (33), 540-545.
- Mezones-Holguín, E., Amaya, E., Bellido-Boza, L., Mougnot, B., Murillo, J. P., Villegas-Ortega, J., & Sara, J. (2019). Cobertura de aseguramiento en salud: el caso peruano desde la Ley de Aseguramiento Universal [Health insurance coverage: the peruvian case since the universal

- insurance act]. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 2 (36), 196–206.  
<https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/3998>
- Mezones-Holguín, E., Solis-Cóndor, R., Garnica Pinazo Holguín, G., Marquez Bobadilla, E., Tantaleán Del Águila, M., Villegas Ortega, J. H., Phillips Cuba, F. d. M., & Benítez-Zapata, V. A. (2016). Diferencias institucionales en el insuficiente acceso efectivo a medicamentos prescritos en instituciones prestadoras de servicios de salud en Perú: Análisis de la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios de los Servicios de Salud. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 2 (33), 205-214.  
<https://repositorioacademico.upc.edu.pe/handle/10757/612791>
- Montañez, V. A. (2018). *Análisis del gasto de bolsillo en salud en Perú (tesis par optar al grado de Doctor en Ciencias Políticas)*. Universidad Complutense de Madrid.
- Murillo, J. P., Bellido-Boza, L., Huamani-Ñahuinlla, P., Garnica-Pinazo, G., Munares-García, O., & Del-Carmen, J. (2019). Satisfacción y tiempo de espera de usuarios de establecimientos de salud peruanos: análisis secundario de ENSUSALUD 2014-2016. *Anales de la Facultad de Medicina*, 3 (80), 288–297. <https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/16846>
- Neelsen, S., & O'Donnell, O. (2017). Progressive universalism? The impact of targeted coverage on health care access and expenditures in Peru. *Health economics*, 12 (26), e179–e203.  
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/hec.3492>
- Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017). Primary health care systems (primasys): comprehensive case study from Peru. Geneva: World Health Organization.  
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341085/WHO-HIS-HSR-17.32-eng.pdf?sequence=1>

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE). (2017). *Reviews of Health Systems: Peru 2017*. Paris: OECD Publishing,

<https://doi.org/10.1787/9789264282735-en>

Padilla, P. G. (2018). *Sistematización de la reforma de los sistemas de información en salud del Ministerio de Salud del Perú (MINSA) en el período 2016-2017* (tesis para optar por el grado académico de maestro en Informática Biomédica). Universidad Peruana Cayetano Heredia. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341085/WHO-HIS-HSR-17.32-eng.pdf?sequence=1>

Petrera, M. (2016). Reflexiones para la política sectorial de salud en Perú a partir de las Cuentas Nacionales de Salud. *Economica*, 78 (39), 35-65.

Petrera, M. (2018). *El complejo proceso de la inclusión: reforma y seguro integral de salud*. Universidad Peruana Cayetano Heredia. <https://ceditorial.cayetano.edu.pe/publicaciones/item/271-el-complejo-proceso-sis.html>

Petrera, M. & Jiménez, E. (2018). Determinantes del gasto de bolsillo en salud de la población pobre atendida en servicios de salud públicos en Perú, 2010. *Revista Panamericana de salud pública*, 42 (e20).

Ponce de León, Z. (2021). Healthcare Reform out of Nowhere? Policy Reform and the Lack of Programmatic Commitment in Peru. *Journal of Latin American Studies*, 1-27.

Ponce de León, Z. (2021). *Sistema de Salud en el Perú y el COVID-19*. Escuela de Gobierno y Políticas Públicas, Pontificia Universidad Católica del Perú.

Proaño, D., & Bernabé, E. (2018). Determinants of catastrophic healthcare expenditure in Peru. *International journal of health economics and management*, 4 (18), 425-436.

Ramos, E., Winkler, V., Brenner, S., & De Allegri, M. (2020). Identifying the determinants of health insurance coverage among Peruvian women of reproductive age: an assessment

- based on the national Peruvian demographic survey of 2017. *International journal for equity in health*, 1 (19), 195.
- Rebaza-Iparraguirre, H., Vela-López, M., Villegas-Ortega, J., Lozada-Urbano, M., & Munares-García, O. (2016). Desafíos de la desconcentración y participación local en el marco de la protección de los derechos en salud: experiencia de la Intendencia Macrorregional Norte, SUSALUD. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 3 (33). 556-560.
- Reinders, S., A. Alva, L. Huicho, & M. M. Blas. (2020). Indigenous communities' responses to the COVID-19 pandemic and consequences for maternal and neonatal health in remote Peruvian Amazon: a qualitative study based on routine programme supervision. *BMJ Open*. 12 (10).
- Robles, R. (2017). Una década de experiencia en el ejercicio de la función de regulación de la Autoridad Nacional de Salud: Perú 2006 – 2015. *Horizonte Médico*, 2 (17), 59-70.
- Rojas, D.E. (2016). *Características de la población peruana que no busca atención médica por deficiencias de la calidad de atención en el período 2005-2015* [tesis de licenciatura, Universidad Nacional Mayor de San Marcos].
- Santivañez-Pimentel, A. (2018). Seguridad de la atención en el Perú: situación y perspectivas” En O. Lazo y Santivañez-Pimentel, A. (eds.). *Atención de Salud con Calidad*. Colegio Médico del Perú, pp. 21-38.
- Schwalb, A., & Seas, C. (2021). The COVID-19 pandemic in Peru: What went wrong? *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 104(4), 1176.
- Seinfeld, J., Ugarte, Ó., Amaro, C., Salomón, O., & Dancuart, A. (2021). *Cambios en el sistema de salud centrados en el ciudadano*. Proyecto Perú Debate 2021.
- Torres, J. (2018). ¿El seguro integral de salud reduce la vulnerabilidad de los hogares peruanos? Análisis usando data panel de 2004 a 2017. CIES.

- Urrunaga-Pastor, D., Benites-Zapata, V. A., & Mezones-Holguín, E. (2019). Factors associated with self-medication in users of drugstores and pharmacies in Peru: an analysis of the National Survey on User Satisfaction of Health Services, ENSUSALUD 2015. 8 (23).
- Vammalle, C., Rivadeneira, A. M. R., James, C., Prieto, L., & Montañez, V. (2018). Financing and budgeting practices for health in Peru. *OECD Journal on Budgeting*, 2 (17), 25-64. <https://www.oecd-ilibrary.org/content/paper/budget-17-5j8v16g3czth>
- Vargas, S. (2017). *Las reformas del sistema de salud en el Perú en la última década: Un análisis crítico y elementos para un nuevo sistema* [Tesis para optar por el grado académico de doctor en Medicina, Universidad de San Martín de Porres]. <https://repositorio.usmp.edu.pe/handle/20.500.12727/3774>
- Vermeersch, C., Cotlear, D., Alvarado, B., & Giovagnoli, P. (2016). Financiamiento de la salud en el Perú: Análisis de la situación actual y desafíos de política al 2021.
- 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*, 3 (33), 546-555. <https://repositorioacademico.upc.edu.pe/handle/10757/622347>
- Villegas-Ortega, J., Loyola-Martínez, C., Santisteban-Romero, J., Manchego-Lombardo, M., & Lozada-Urbano, M. (2016). Tecnologías de la información para resolver contingencias en la afiliación al régimen subsidiado de salud en Perú: experiencia “Resuelve tu afiliación”. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 3 (33), 1-6. [https://www.researchgate.net/publication/308046117\\_Tecnologias\\_de\\_la\\_informacion\\_para\\_resolver\\_contingencias\\_en\\_la\\_afiliacion\\_al\\_regimen\\_subsidiado\\_de\\_salud\\_en\\_Peru\\_ReSUELVE\\_tu\\_afiliacion](https://www.researchgate.net/publication/308046117_Tecnologias_de_la_informacion_para_resolver_contingencias_en_la_afiliacion_al_regimen_subsidiado_de_salud_en_Peru_ReSUELVE_tu_afiliacion)

