POLÍTICAS Y DEBATES PÚBLICOS

PUCP

Sistema de Salud en el Perú y el COVID-19

Documento de política pública

Autora: Zoila Ponce de León
Mayo 2021

N°2
ISSN:
Mayo, 2021

Resumen

•El proceso de reforma del sistema de salud iniciado en el 2009 se caracterizó por una carencia de compromiso político durante su implementación. Además, temas como financiamiento, viabilidad del proyecto con respecto a escasez de recursos humanos, infraestructura y sostenibilidad fueron excluidos del debate en torno a la reforma.
•Las medidas implementadas en los últimos años no lograron mejorar la capacidad ni la calidad del sistema de salud de manera sustancial.
•En ese contexto de precariedad, la pandemia provocada por el COVID-19 ha generado el colapso del sistema de salud público peruano, y expuesto la necesidad de una reforma de salud integral.

Acerca de la autora

Zoila Ponce de León obtuvo un Ph.D. y una maestría en Ciencia Política en la Universidad de Carolina del Norte en Chapel Hill, Estados Unidos, y una licenciatura en Ciencia Política en la Pontificia Universidad Católica del Perú. Es profesora de Política en la Universidad de Washington & Lee, Estados Unidos; además, de ser miembro del Programa de Estudios Latinoamericanos y del Caribe (LACS).

Área de incidencia e investigación:

El área de Incidencia e investigación de la EGPP-PUCP presenta "Políticas y debates públicos", una serie de documentos relacionados con la formulación, implementación y evaluación de políticas públicas. Esta tiene como objetivo brindar diagnósticos de problemas públicos y recomendaciones técnicas sobre este a funcionarios y políticos, de manera que se pueda incidir positivamente en la toma de decisiones en el campo de políticas públicas.

Equipo de trabajo:

Jorge Aragón Trelles – Jefe de área de incidencia e investigación de la EGPP- PUCP
Marylía Cruz Sarmiento – Coordinadora del área de incidencia e investigación de la EGPP- PUCP
Karina Alcántara Hidalgo – Practicante de incidencia e investigación de la EGPP- PUCP

La pandemia del COVID-19 ha puesto a prueba a todos los sistemas de salud latinoamericanos, así como de otras regiones, como Europa y África. La cuarentena obligatoria dictada por el gobierno peruano en marzo del 2020 (El Peruano, 2020), no fue capaz de evitar la transmisión del virus y controlar las cifras crecientes de hospitalización y muertes. En Perú, el número de contagios por COVID-19 fue 30,387 por cada millón de habitantes y se registraron 1,131 muertes por COVID-19 por cada millón de habitantes hasta diciembre de 2020. Esto lo convirtió en el país con la tasa de mortalidad más alta en el continente americano y tercera más alta en el mundo (Reporte de contagios y muertes por COVID-19, Worldometer, 2021)[1]. Además, es considerado el país con mayor exceso de fallecidos por cada millón de habitantes (Financial Times, 2021). Este documento analiza el sistema de salud peruano, discute su proceso de reforma más reciente, y las principales razones que explican el colapso del sistema de salud público ante las necesidades de atención de salud de la población debido al COVID-19.

Al igual que en otros países en la región, en el Perú se ha intentado reformar el sistema de salud con el fin de expandir el acceso a los servicios de salud, pero este intento ha fallado (Huber & Ponce de León 2019). La pandemia hizo evidente la importancia de comprender los factores que conducen al fracaso de una reforma de salud. En momentos de crisis, las reformas fracasadas cuestan la vida de muchas personas. Reformar el sistema de salud no es tarea fácil. Los indicadores cruciales del éxito de una reforma son la financiación sostenible y el desarrollo de infraestructura. Sin estos, las reformas fracasan.

El sistema de salud ha respondido deficientemente a los desafíos de la pandemia, de allí que el Perú sea uno de los países con más muertes por número de contagiados: por cada 30 personas contagiadas, una falleció, al 31 de marzo de 2021 (Worldometer). Esta situación actual no se puede entender sin considerar el fracaso de la reforma de salud implementada en nuestro país desde el 2009. Las medidas llevadas a cabo en los últimos años no han logrado mejorar la capacidad de nuestro sistema de salud de manera sustancial.

Proceso Fallido de Reforma

El Aseguramiento Universal en Salud (AUS), aprobado en 2009, buscó ampliar el acceso a la salud en el Perú (LEY N° 29344). Sin embargo, este se llevó a cabo sin compromiso político durante su debate e implementación. Los políticos involucrados en esta reforma desde el Congreso y el poder Ejecutivo, sin interés ni compromiso con una reforma de salud, aprobaron una ley sin financiamiento ni plan de infraestructura. Esta falta de interés de los principales grupos políticos en el poder durante el debate de la reforma se tradujo en una carencia de compromiso político durante la implementación. El compromiso político duradero es central para comprender el éxito de las reformas que buscan expandir beneficios sociales. Solo con el respaldo y compromiso de los partidos políticos, se puede obtener el financiamiento sostenido y el apoyo continuo para la ejecución que una reforma requiere.

La cobertura formal en salud se expandió. Mientras que el 54% de los peruanos contaban con seguro de salud (principalmente público) en el 2008, en el 2019 este porcentaje alcanzó el 78% (INEI, 2020). Sin embargo, el financiamiento inestable se traduce en un reducido progreso en términos de recursos humanos; infraestructura, como camas de hospitales; y en el acceso efectivo, por ejemplo, las hospitalizaciones. Por ello, a pesar de que la cobertura formal de los peruanos se ha incrementado de manera importante, es decir, ahora más peruanos están asegurados, este rápido aumento no fue acompañado de una expansión paralela de infraestructura y recursos humanos para su atención.

A diferencia de otras reformas que tuvieron como meta expandir el acceso a salud en países como Chile, México, o Uruguay, la reforma peruana se gestó en un contexto de un sistema de partidos careciente de institucionalización y con partidos no programáticos (Kitschelt et al., 2010; Levitsky, 2013; Levitsky, 2018; Levitsky & Cameron, 2003; Tanaka, 2005). Los partidos programáticos tienen valores ideológicos centrales que unen a sus líderes y empujan el programa partidario, como por ejemplo la inclusión social o el respeto del libre mercado (Kitschelt et al., 2010; Roberts, 2002). Cuando estos principios son compartidos por los miembros del partido y definen los programas de partido, podemos hablar de partidos programáticos.

En cambio, cuando los partidos carecen de estos principios centrales, es muy difícil que se genere una conexión entre el partido (como grupo) y un tema de política pública. A pesar de que ciertos políticos se interesen de forma individual, no existe un interés organizado desde su partido. Tal desconexión determina, entonces, la falta de compromiso político programático de los partidos con una reforma de política pública. Esta carencia de compromiso afecta el proceso de formulación de políticas públicas, incluyendo la calidad de la legislación y su implementación. Cuando los partidos no participan activamente de la definición de una ley de reforma de salud, esta ley corre el riesgo de no contar con mecanismos que garanticen su financiamiento a largo plazo ni con el apoyo político necesario para continuar su implementación a través del tiempo.

A pesar de ser llamado "universal", el AUS no pretendía proveer los mismos derechos en salud a toda la población, es decir, universalizar. Su intención era proporcionar lo que Martínez Franzoni & Sánchez-Ancochea (2016) llaman un "instrumento" para lograr la universalización. Es decir, generar cambios en el sistema que permitiesen lograr gradualmente (1) el aseguramiento formal de toda población, y (2) una equidad en los beneficios de los asegurados de EsSalud y del Seguro Integral de Salud (SIS). De ese modo, el AUS ha tenido como objetivo lograr una cobertura de seguro generalizada, principalmente a través del SIS, y ampliar el acceso a los servicios de salud a largo plazo.

Debemos reconocer el éxito del AUS en el primer objetivo. Sin embargo, la cobertura no se ha traducido en acceso efectivo a salud para todos los asegurados. El AUS buscaba lograr una nivelación entre los beneficios de los esquemas de seguro existentes en el Perú, a través de una ampliación gradual de las condiciones de salud que cada esquema cubre. Esto, según su planteamiento inicial, llevaría a garantizar el acceso al tratamiento para tales condiciones de salud. En el cumplimiento de ese objetivo, el AUS ha fallado.

El sistema de salud peruano, como el de muchos países de la región, se caracteriza por la fragmentación. El financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios se dividen entre los sectores público y privado. Además, también existe fragmentación dentro del sistema público. En el 2007, quienes tenían empleos formales eran parte del sistema de seguridad social a través de EsSalud (20%) o, una pequeña minoría, a través de las Entidades de Servicios de Salud (EPS) privadas, mientras que el resto de la población o bien estaba afiliada a un régimen especial para los pobres, el SIS (16,9%), o compraba un seguro privado (3%), o simplemente se mantenían desprotegidos (58%) (MINSA, 2015).

El AUS pretendía dar cobertura a ese 58% de la población no asegurada, a través de la expansión del SIS, el cual podría cubrir a los trabajadores informales independientemente de su situación de pobreza. Además, a través del PEAS (Plan Esencial de Aseguramiento en Salud), un paquete de beneficios y garantías de los servicios de salud, la cobertura de las condiciones de salud de los afiliados al SIS se equipararía gradualmente a la que brinda EsSalud. Originalmente se planteó que este plan se revisaría cada dos años (LEY N° 29344). A la fecha, el PEAS no ha sido revisado ni una sola vez.

[1] A fines de agosto, el Perú era el país con la tasa de mortalidad más alta del mundo (La República, 2020).

Carencia de compromiso político

Los partidos políticos en el Congreso y el Ejecutivo no lideraron el proceso de establecimiento de agenda ni el proceso de debate de la reforma de salud. Aunque diferentes partidos presentaron proyectos de ley sobre el tema, la mayoría de estos fueron elaborados por representantes de USAID (United States Agency for International Development) y del sector privado[2]. Los representantes de los partidos políticos peruanos carecieron de compromiso político con la reforma de salud.

Los partidos políticos peruanos tuvieron una participación muy limitada en la definición de la reforma de salud y aprobaron una ley que carecía de especificaciones sobre el financiamiento necesario para su implementación y de compromiso político. Los promotores del AUS, los tecnócratas dentro del Ejecutivo (principalmente en el Ministerio de Salud - MINSA), prefirieron evitar discusiones sobre infraestructura y financiamiento porque estos temas se consideraron controversiales y con potencial de poner en riesgo la aprobación de la ley. Fueron tecnócratas quienes llenaron el vacío que dejó la falta de participación de los políticos.

Las transcripciones de los debates en el Congreso muestran que los representantes de las distintas agrupaciones políticas participaron de manera muy exigua en las sesiones de la Comisión de Salud, así como en el pleno[3]. En estos, la financiación del AUS no logró convertirse en el centro de discusión. El AUS iba a requerir financiamiento para dos áreas principales: fortalecer el lado de la oferta (principalmente infraestructura y recursos humanos) y financiar la demanda (a través del SIS, el Estado cubriría los servicios para los pobres totalmente, y parcialmente para aquellos con cierto poder adquisitivo). Sin embargo, se debatió muy poco sobre cómo financiar esta propuesta.

Si bien el financiamiento atrajo más atención en el Poder Ejecutivo, no se definieron especificaciones de la reforma. Por ejemplo, no se especificaron las fuentes de financiamiento, como la posibilidad de crear una prima universal o el uso de un porcentaje de impuestos específicos. Participantes de las reuniones entre el Ministerio de Salud (MINSA) y el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) dan cuenta de que no había un plan de financiamiento por lo que el acuerdo al que se llegó fue que "el MINSA se las arregle como pueda"[4]. La ley del AUS aprobada en el 2009 solo menciona que los fondos provendrían de impuestos generales (LEY N° 29344).

En síntesis, en el Perú no hubo un proceso de debate exhaustivo sobre la reforma de salud. Se dejaron de lado temas clave como el financiamiento, la viabilidad del proyecto dada la escasez de recursos humanos e infraestructura, los cuales definen su sostenibilidad. Esta falta de compromiso político ha impactado negativamente la implementación de la reforma.

En el contexto de partidos no programáticos que carecen de compromiso político con la reforma, un actor externo como USAID fue determinante para la introducción de la reforma en la agenda política. Estos tecnócratas no se comprometieron a elaborar un proyecto de ley con especificaciones claras sobre las necesidades de financiamiento e infraestructura para implementar la reforma. Varios de ellos consideraron que tales especificaciones eran innecesarias en ese momento pues era el próximo gobierno quien debía encargarse de elaborarlos. Los tecnócratas aislados del proceso político tienden a diseñar políticas públicas sin considerar el aspecto político de la implementación. Es decir, pueden pasar por alto la necesidad futura de apoyo político para el financiamiento de la reforma y, por lo tanto, descuidar la inclusión de mecanismos de financiamiento firmemente anclados en la legislación. Eso fue lo que ocurrió en el caso del AUS en el Perú.

Impacto del Aseguramiento Universal en Salud (AUS)

El incremento en la cobertura formal (aseguramiento) en salud que ha generado el AUS ha sido acompañado de una escasez de los recursos necesarios (infraestructura y recursos humanos) para prestar los servicios de salud que esta cobertura promete. Aunque la reforma fomentó un aumento en el financiamiento estatal de la salud, este ha sido inconsistente. La falta de compromiso político con la reforma llevó a una legislación e implementación deficientes, carecientes de financiamiento estable y actores comprometidos con la ejecución del AUS. Dada esta falta de fondos de manera sostenida y de un desarrollo de infraestructura que realmente permita responder a las necesidades de salud de la población, hoy existe una escasez de acceso efectivo a la atención en salud en el Perú.

El financiamiento de la demanda (a través del SIS) durante los primeros años del AUS no varió significativamente. El presupuesto del SIS fue de 471 millones de soles en el 2008 (un año antes de la implementación del AUS). Este aumentó en un 24% en el 2012 (gráfico 1) . En el año 2013, el SIS vio un incremento importante en su presupuesto, el cual ascendió a 925 millones. Sin embargo, experimentó reducciones en el 2016, 2017 y 2019. En el 2020, el 73% de peruanos (casi 24 millones) se encontraban afiliados al SIS, como podemos ver en el gráfico 2.

Gráfico 1. Presupuesto Inicial de SIS, 2004-2020 (milliones de soles)

Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos del Sistema de Consulta Amigable - Ministerio de Economía y Finanzas

Gráfico 2. Asegurados del SIS, 2004-2020
(en porcentaje)

Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos de la Encuesta Nacional de Hogares, Instituto Nacional de Estadísticas (2004 - 2010) y Ministerio de Salud (2011 - 2020).

[2] Entrevistas con Oscar Ugarte (ex consultor del proyecto PRAES de USAID, ministro de Salud 2008-2011), Arturo Granados (consultor de los proyectos PHRplus, PRAES, y PolSalud de USAID, 2003-2012; director del MINSA 2012-2016), entrevista anónima (ex miembro de la oficina de USAID en Lima), Jorge Ruiz (ex asesor del PPC, CEO de la Clínica Stella Maris, y miembro del directorio de la Asociación de Clínicas Particulares del Perú 2002-2012), Ada Pastor (consultora de PHRplus y PRAES 2003-2008, directora del MINSA 2012), David Tejada (asesor del PNP 2006-2011), Luis Wilson (congresista del APRA 2006-2011).
[3] Debates en el pleno del Congreso del 5 y 18 de marzo del 2009.
[4] Entrevista con Augusto Portocarrero (director de la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto del MINSA 2008-2011). Tanto el viceministro como el ministro de salud de ese entonces coincidieron en que se conformaron con este acuerdo y esperaban obtener recursos en el futuro.

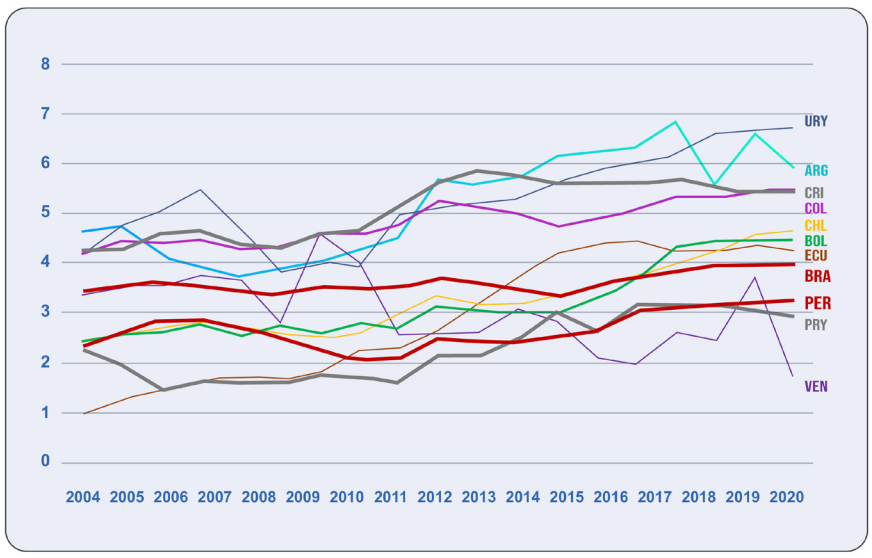
Con respecto a los recursos humanos, mientras que el número de médicos del MINSA y gobiernos regionales era de 15 mil en el 2009, este aumentó a 26 mil en el 2018 (MINSA, 2019). Si bien es un incremento considerable, no está a la par del enorme crecimiento de usuarios. En el 2018, había un médico por cada 675 afiliados al SIS. Con respecto a recursos de infraestructura, las camas de hospitales del MINSA y de gobiernos regionales se incrementó de 25,607 en 2009 a 29,141 en 2019 (MINSA 2020).

Así como crece el número de afiliados, también crece el número de quejas sobre la capacidad del sistema público para responder a esta enorme demanda. Indicadores de acceso efectivo a los servicios de salud demuestran que la capacidad de los establecimientos del MINSA se ha desarrollado muy poco. Mientras que el número de egresos hospitalarios fue de 856,968 en 2009, este fue 872,286 en 2018. Este es un incremento muy pequeño en más de ocho años (MINSA, 2012).

Para quienes toman las decisiones dentro del MINSA, como ministros y viceministros, uno de los principales desafíos del AUS ha sido la inestabilidad del financiamiento. En palabras de la exministra de Salud, el financiamiento entra en riesgo porque depende de "la capacidad del MINSA para negociar con el MEF, que siempre ha sido débil"[5]. A diferencia de otras reformas de salud en la región, las cuales especifican las fuentes de financiamiento (como una prima universal o cierto porcentaje de impuestos), en el caso peruano existe mucha incertidumbre. Una prima universal consiste en un pago per cápita que se hace al ente asegurador. Por ejemplo, en el caso del SIS, un asegurador público, el Estado le pagaría esta prima por cada uno de sus afiliados. De esta manera, el financiamiento se hace sostenible y va acorde con el crecimiento de la afiliación.

Por último, el gasto público en salud como porcentaje del PBI en el Perú se mantiene como uno de los más bajos de la región, como podemos observar en el gráfico 3. En 2018, este era de 3.3%, colocando al país solo por encima de Venezuela (1.7%) en América del Sur.

Gráfico 3. Gasto en salud del gobierno central en América Latina, 2004-2020 (en porcentajes del PBI)



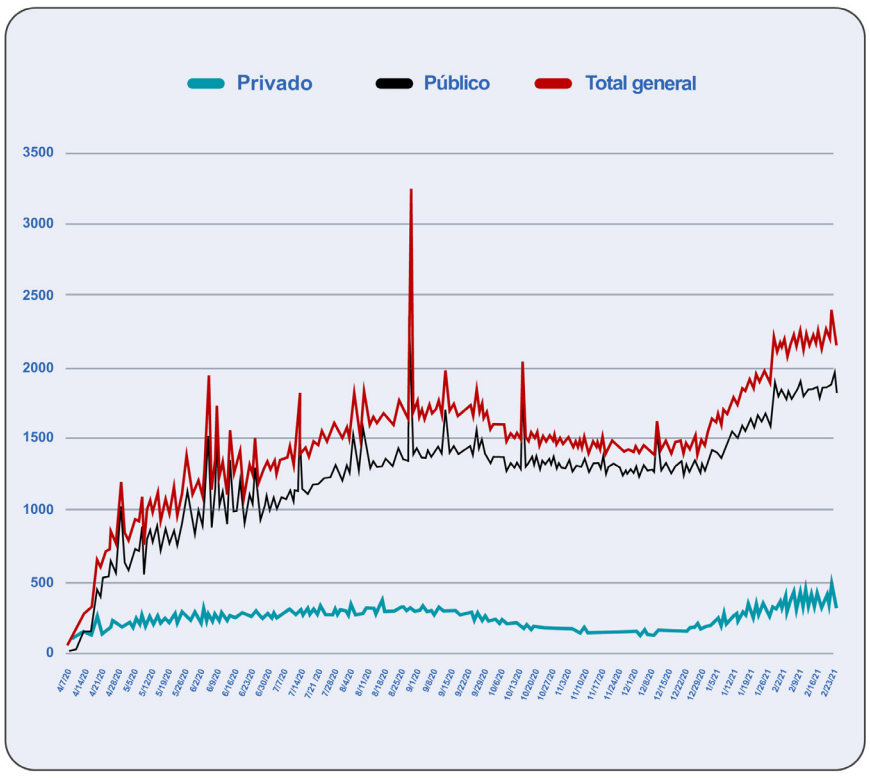
Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos del Sistema Open Data del Banco Mundial.

En resumen, el sistema de salud público peruano previo a la pandemia del COVID-19 se caracterizaba por la falta de financiamiento sostenible y la carencia de infraestructura y recursos humanos. La pandemia encontró un sistema de salud en el Perú fragmentado y desigual en el acceso a los servicios de salud.

Indicadores COVID-19

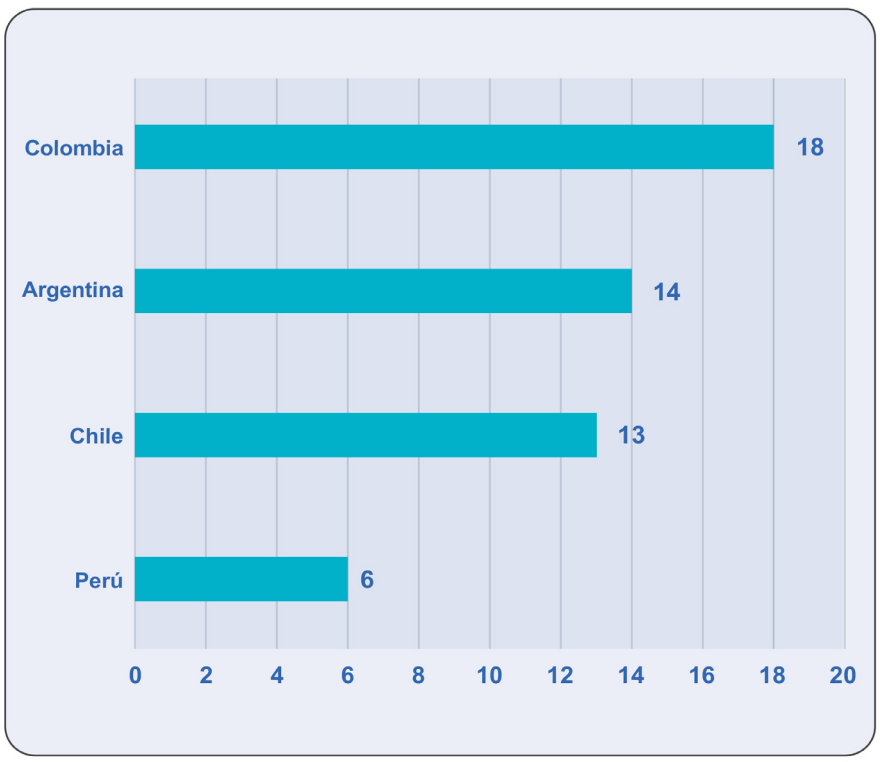
A inicios de la crisis sanitaria (abril de 2020), el país tenía solo 133 camas UCI a nivel nacional, como podemos ver en el gráfico 4. Debemos resaltar el importante esfuerzo hecho por el gobierno de incrementar este número, hasta llegar a más de 2,000 camas UCI en febrero de 2021. Sin embargo, si comparamos la tasa de camas UCI de distintos países de América del Sur, podemos ver que el Perú queda relegado (con 6 por cada 100 mil habitantes) muy por debajo de países como Colombia (18) y Argentina (14) (gráfico 5).

Gráfico 4. Número de camas UCI en centros de salud



Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos de la plataforma de datos abiertos de la Superintendencia Nacional de Salud al 8 de febrero del 2021.

Gráfico 5. Tasa de camas UCI por cada 100 mil habitantes (31 de enero del 2021)

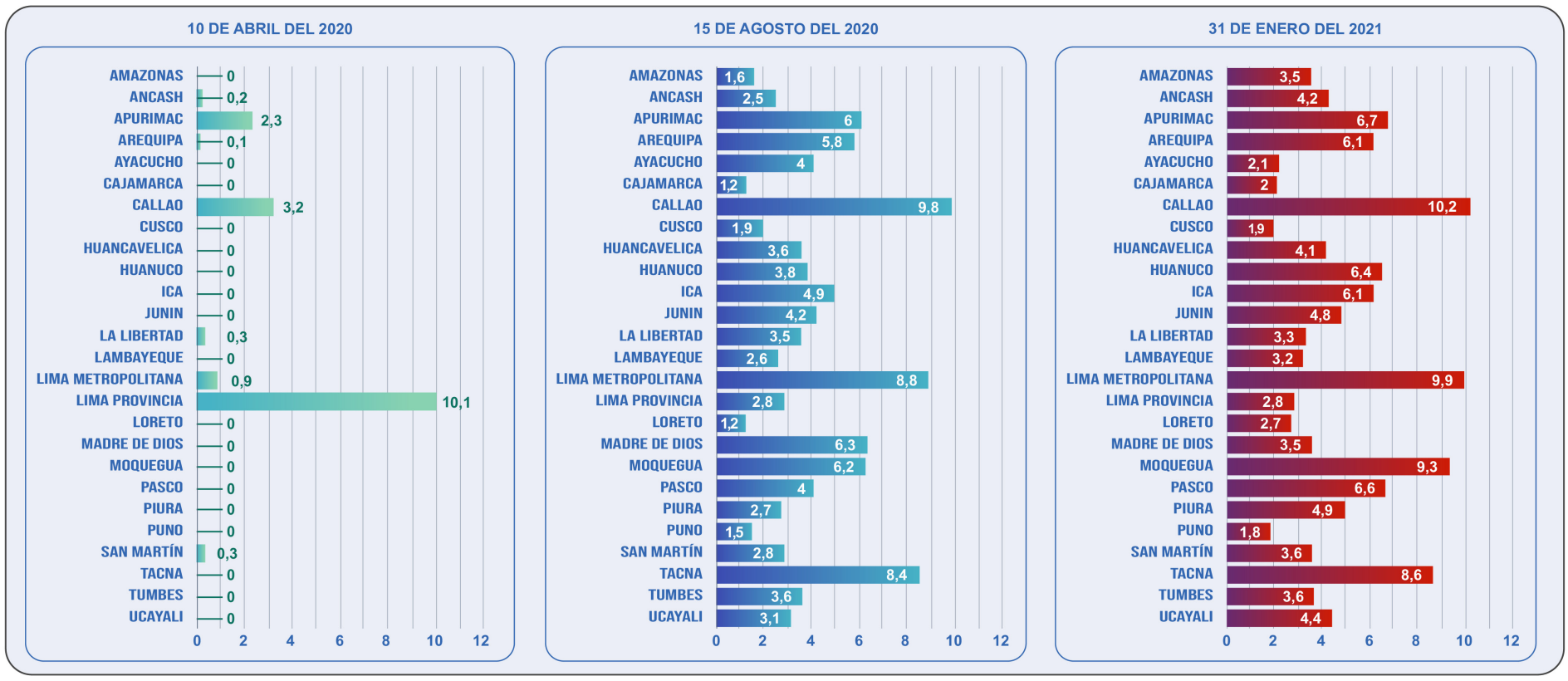


Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos de los Ministerios de Salud de Colombia, Argentina, Chile, y Perú.

Además, es importante mirar este indicador a nivel subnacional. Como podemos observar en el gráfico 6, hay diferencias grandes entre las distintas regiones del país en el número de camas UCI por cada 100 mil habitantes. A inicios de la crisis sanitaria generada por el COVID-19, tan solo tres regiones (Apurímac, Callao y Lima Provincias) contaba con más de dos camas UCI por cada 100 mil habitantes. Afortunadamente, estas diferencias se acortaron progresivamente en los siguientes meses. Aún así, a enero de 2021, regiones como Ayacucho, Cajamarca, Cusco, Loreto y Puno siguen teniendo menos de tres camas UCI por cada 100 mil habitantes.

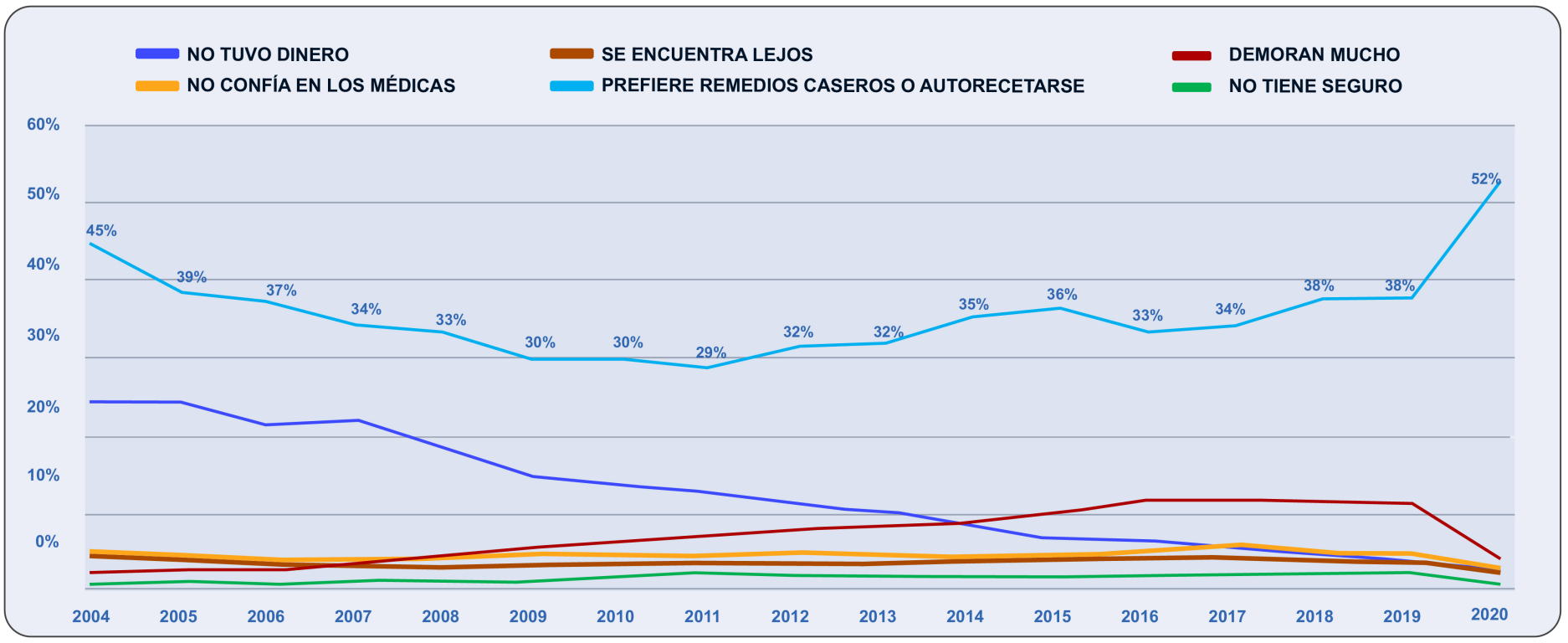
[5] Entrevista con Midori de Habich (consultora de los proyectos PHRplus y PRAES de USAID, ministra de salud 2012-2014)

Gráfico 6. Tasa de camas UCI para zona Covid-19 por cada 100 mil habitantes en regiones del Perú



Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos de la plataforma de datos abiertos de la Superintendencia Nacional de Salud al 8 de febrero del 2021.

Gráfico 7. Razones por las no acudió a un centro de salud



Fuente: Elaboración propia sobre la base de datos de la Encuesta Nacional de Hogares, Instituto Nacional de Estadísticas.

Finalmente, resulta pertinente observar el cambio a través del tiempo de las razones por las cuales los peruanos no acudieron a un centro de salud cuando requirieron atención médica. Como vemos en el gráfico 7, hubo una reducción abismal con respecto a la falta de dinero como una razón para no buscar atención en salud ("No tuvo dinero"). Esto puede ser debido a distintos factores, como un aparente incremento del poder adquisitivo, pero también gracias a la cobertura, aunque con deficiencias, que provee el SIS.

Además, desde el 2011, se produjo un aumento progresivo de aquellos que prefieren remedios caseros o auto recetarse, alcanzando un nivel muy alto (52%) en el 2020 (INEI , ENAHO 2020). Cabe resaltar que, en el Perú, el gasto de bolsillo en salud de acuerdo a datos del Banco Mundial, es decir, el dinero que las personas gastan en atender su salud (medicamentos, citas, exámenes, etc.) de manera directa, es aún alto (29% en el 2018). No solo las clínicas privadas han aumentado en número y usuarios, sino que también las farmacias se han convertido en un medio común para acceder a servicios de salud. Resulta preocupante que muchos peruanos que prescinden de acudir a un centro de salud cuando lo necesitan, prefieran auto medicarse o utilizar remedios caseros (52% en el 2020).

Una breve reflexión

La precariedad del sistema de salud está lejos de ser la única explicación de la agudeza de la pandemia en el Perú. Entre otros importantes factores que explican las distintas respuestas a la pandemia y sus resultados en la región, debemos prestar atención al nivel de informalidad, a la desigualdad en acceso a otros servicios básicos, así como al liderazgo político, o la ausencia de este (Pribble, 2020).

Los trágicos efectos causados por el COVID-19 en el Perú pueden abrir una ventana de oportunidad para posicionar el tema de una reforma de salud integral en la agenda política. Esta experiencia debería iniciar un nuevo proceso de reforma del sistema de salud, en el cual los principales actores políticos, así como de la sociedad civil del país participen de manera constante.

SALUD EN LA CAMPAÑA PRESIDENCIAL 2021

La principal pregunta con respecto a la salud pública que los candidatos presidenciales recibirán será sobre sus acciones para combatir la pandemia del COVID-19 durante sus primeros 100 días de gobierno. Aunque esta pregunta es importante, no puede ser la única sobre salud. El tema salud no suele presentarse en los debates previos a las elecciones en el Perú.

La experiencia del Perú con el COVID-19 ha manifestado la urgente necesidad de discutir (e implementar) reformas de nuestro sistema de salud. Es necesario que solicitemos que los candidatos dejen en claro cuáles son sus planes con respecto a salud, más allá de la respuesta a la pandemia actual. Algunas preguntas que estos deberían ser capaces de responder son:

1.

¿Qué visión tienen para el sistema de salud del país? Si el sistema hoy en día es fragmentado y desigual, ¿cómo cambiaría este en 5 años de su gobierno, y cómo lograría ese cambio?

2.

¿Qué rol debe tener el Estado en el sistema de salud? ¿Un rol financiero, de provisión, de administración, o una combinación de ellos?

3.

¿Qué rol debe tener el sector privado en el sistema de salud? ¿Un rol principal o subsidiario en cuanto a aseguramiento y provisión de servicios?

4.

Si considera que el presupuesto del sector salud debe incrementarse, ¿cómo garantizar que esos fondos sean estables a lo largo del tiempo? ¿Cómo asegurase de que aquellos fondos sean usados de manera eficiente?

5.

¿Cuán importante considera el rol de la Superintendencia Nacional de Salud? ¿Cómo fortalecería esta institución durante su gobierno?

Recomendaciones para el próximo quinquenio

Una evaluación del sistema de salud peruano es imperativa. Hoy en día, el país cuenta con un sistema fragmentado. Esta fragmentación existe tanto en términos de aseguramiento como de provisión de servicios. No solo encontramos división entre los aseguradores públicos y privados, sino que dentro del mismo sector público existe fragmentación (EsSalud y SIS). Además, aún existen millones de peruanos que no cuentan con ningún tipo de seguro de salud (casi 7.5 millones o 22.3% de la población en el 2019) (INEI, 2020).

En términos de provisión, existen claras diferencias de infraestructura, costo, y calidad de atención entre las clínicas privadas y los establecimientos de salud públicos. La fragmentación del sistema de salud implica enormes desigualdades en cuanto al acceso a salud de los peruanos.

El artículo 7 de la Constitución del Perú estable que “Todos tienen derecho a la protección de su salud...”. En la práctica, esto no ocurre, y aquellos peruanos que cuentan con protección de salud no experimentan la misma calidad en los servicios de salud que reciben. El nuevo gobierno elegido este año debe tener planes claros sobre cómo abordar esta problemática.

Las políticas de salud implementadas durante los próximos cinco años serán específicas al gobierno de turno y estarán definidas por sus posiciones ideológicas. Sin embargo, es importante que tales políticas, por lo menos, consideren los siguientes puntos:

- Incrementar el presupuesto del sector salud.
- Crear mecanismos de financiamiento que sean estables, como una prima universal; con el fin de garantizar un financiamiento sostenible y acorde con el crecimiento de los afiliados.
- Hacer un estudio de la brecha de infraestructura y de recursos humanos existente en el sector de salud público a lo largo del territorio peruano. Es decir, un análisis de qué áreas requieren mayor inversión para mejorar la calidad de la atención en salud de los beneficiados.
- Unificar el sistema de salud público con el fin de equiparar los beneficios y calidad de los servicios que reciben aquellos que cuentan con un seguro público (EsSalud y SIS).
- Fortalecer la Superintendencia Nacional de Salud y su capacidad supervisora de los sectores público y privado de aseguramiento y provisión de servicios.
- Desarrollar un sistema de información unificado que permita desarrollar análisis y comparaciones entre los sistemas de salud público y privado.

Bibliografía

Financial Times (2021), 20 de abril. Coronavirus tracker: the latest figures as countries fight the Covid-19 resurgence. Recuperado el 20 de abril del 2021 de https://www.ft.com/content/a2901ce8-5eb7-4633-b89c-cbdf5b386938

Huber, E., & Ponce de León, Z. (2019). The Changing Shapes of Latin American Welfare States. En Oxford Research Encyclopedia of Politics.

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (2020). Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO 2009-2020). Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática.

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (2020). Informe técnico: condiciones de vida en el Perú. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática.

Kitschelt, H., Hawkins, K. A., Luna, J. P., Rosas, G., & Zechmeister, E. J. (2010). Latin American party systems. Cambridge University Press.

La República (2020), 27 de agosto. "Perú, el país con la mayor mortalidad del mundo por COVID-19." Recuperado el 30 de marzo de 2021 de https://larepublica.pe/sociedad/2020/08/27/coronavirus-peru-el-pais-con-la-mayor-mortalidad-del-mundo-por-covid-19/

Levitsky, S. (2013). Peru: The Challenges of a Democracy without Parties. Constructing Democratic Governance in Latin America, 282-315.

Levitsky, S. (2018). Peru: The institutionalization of politics without parties. Party Systems in Latin America. Institutionalization, Decay, and Collapse, 326-356.

Levitsky, S., & Cameron, M. A. (2003). Democracy without parties? Political parties and regime change in Fujimori's Peru. Latin American Politics and Society, 45(3), 1-33.

Martínez Franzoni, J., & Sánchez-Ancochea, D. (2016). The quest for universal social policy in the South: Actors, ideas and architectures. Cambridge University Press.

Ministerio de Salud (MINSA). (2012). Compendio estadístico de egresos hospitalarios: Perú 2009 - 2010 / Ministerio de Salud. Oficina General de Estadística e Informática. Oficina de Estadística

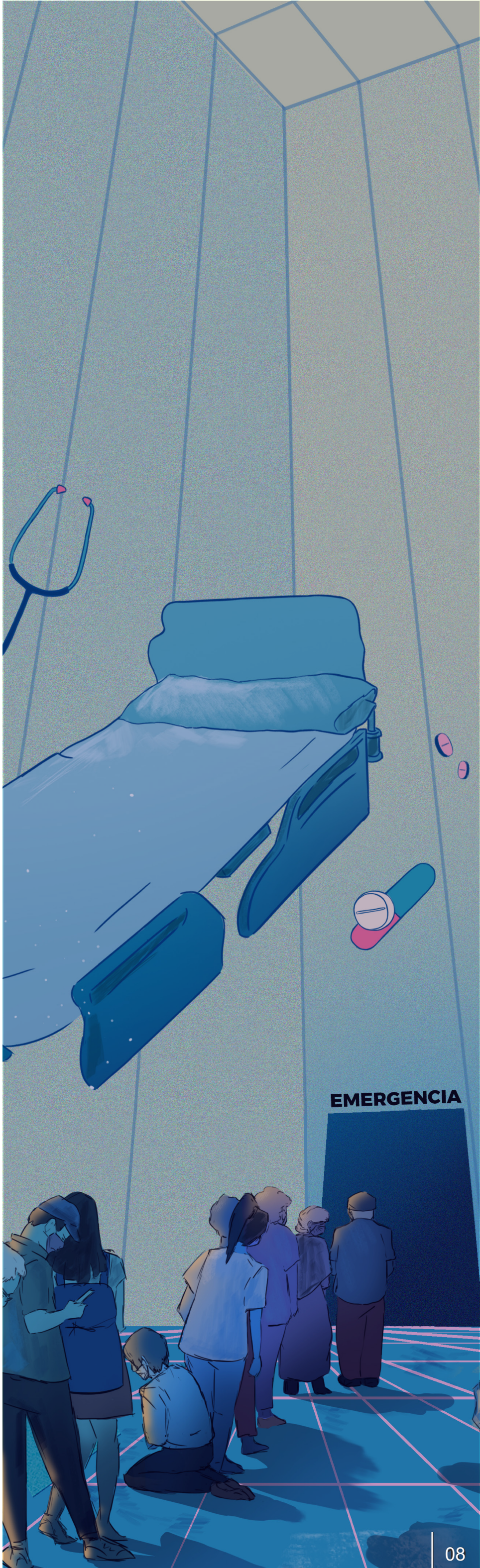
Ministerio de Salud (MINSA). (2015). Cuentas Nacionales de Salud, Perú 1995-2012. Dirección General de Planeamiento y Presupuesto. Unidad Funcional de Estudios Económicos en Salud.

Ministerio de Salud (MINSA). (2019). Compendio estadístico: Información de recursos humanos del sector salud, Perú 2013-2018. Dirección General de Personal de la Salud. Observatorio de Recursos Humanos en Salud.

Ministerio de Salud (MINSA). (2020). Registro Único Nacional de Información en Salud (REUNIS). Recuperado el 20 de abril del 2021 de https://www.minsa.gob.pe/reunis/recursos_salud/index_camas_hospitalarias.asp

Pribble, J. (2020). Uruguay quietly beats coronavirus, distinguishing itself from its South American neighbors–yet again. The Conversation. June, 15.

Roberts, K. M. (2002). Party-society linkages and democratic representation in Latin America. Canadian Journal of Latin American and Caribbean Studies, 27(53), 9-34.

Tanaka, M. (2005). Peru 1980-2000: Chronicle of a Death Foretold?. In: Hagopian, F. & Mainwaring, S.(Eds.), The third Wave of Democratization in Latin America.

Worldometer (2021) Reporte de contagios y muertes por COVID 19. Recuperado el 30 de marzo de 2021 de https://www.worldometers.info/coronavirus/country/peru/