

Sistema de salud de Perú

Jacqueline Elizabeth Alcalde-Rabanal, MSP,⁽¹⁾ Oswaldo Lazo-González, PhD,⁽²⁾ Gustavo Nigenda, PhD.⁽¹⁾

Alcalde-Rabanal JE, Lazo-González O, Nigenda G.
Sistema de salud de Perú.
Salud Publica Mex 2011;53 supl 2:S243-S254.

Alcalde-Rabanal JE, Lazo-González O, Nigenda G.
The health system of Peru.
Salud Publica Mex 2011;53 suppl 2:S243-S254.

Resumen

En este trabajo se describen las condiciones generales de salud de la población peruana y, con mayor detalle, el sistema peruano de salud: su estructura y cobertura, sus fuentes de financiamiento, los recursos físicos, materiales y humanos con los que cuenta, y las actividades de rectoría que en él se desarrollan. Asimismo se discute el estado en el que se encuentran la generación de información y la investigación, y la participación de los ciudadanos en la gestión y evaluación del sistema. El artículo concluye con una discusión de las innovaciones más recientes, dentro de las que destacan el Seguro Integral de Salud, el sistema de Empresas Prestadoras de Salud, el proceso de descentralización y los Comités Locales de Administración de Salud. El reto principal que enfrenta este sistema es ampliar la atención a la salud a poco más de 10% de la población que todavía no recibe servicios básicos.

Palabras clave: sistema de salud; seguridad social; Perú

Abstract

This paper describes the health conditions in Peru and, with greater detail, the Peruvian health system, including its structure and coverage, its financial sources, its physical, material and human resources, and its stewardship functions. It also discusses the activities developed in the information and research areas, as well as the participation of citizens in the operation and evaluation of the health system. The article concludes with a discussion of the most recent innovations, including the Comprehensive Health Insurance, the Health Care Enterprises system, the decentralization process and the Local Committees for Health Administration. The main challenge confronted by the Peruvian health system is the extension of coverage to more than 10% of the population presently lacking access to basic health care.

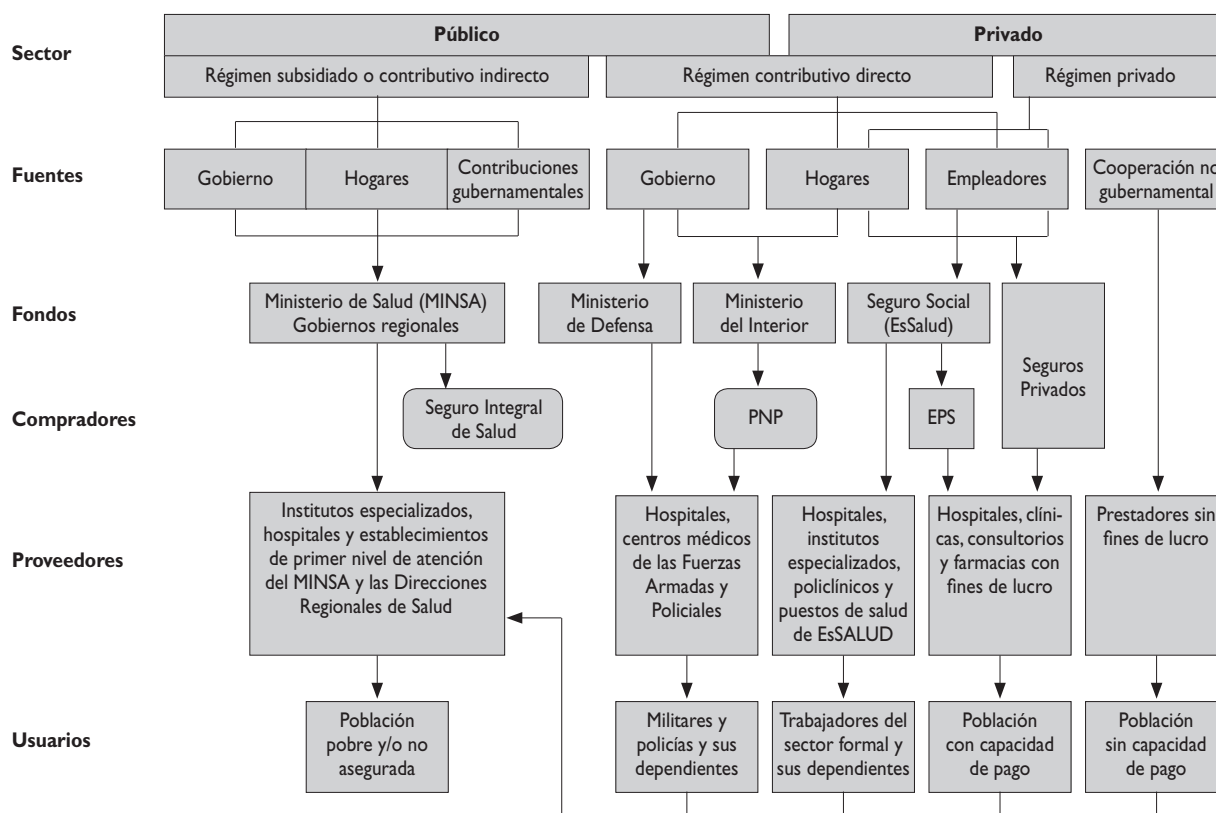
Key words: health system; social security; Peru

(1) Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. México.

(2) Universidad Peruana Cayetano Heredia. Perú.

Fecha de aceptado: 28 de marzo de 2011

Solicitud de sobretiros: Jacqueline Elizabeth Alcalde-Rabanal. Centro de Investigación en Sistemas de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. Av. Universidad 655, Col. Santa María Ahuacatlán. 62100 Cuernavaca, Morelos, México.
Correo electrónico: jackeline.alcalde@gmail.com; jackeline.alcalde@yahoo.com



PNP: Policía Nacional del Perú
EPS: Entidades Prestadoras de Salud

Fuente: Referencia 24

El sistema de salud del Perú tiene dos sectores, el público y el privado. Para la prestación de servicios de salud, el sector público se divide en régimen subsidiado o contributivo indirecto y régimen contributivo directo, que es el que corresponde a la seguridad social. El gobierno ofrece servicios de salud a la población no asegurada a cambio del pago de una cuota de recuperación de montos variables sujetos a la discrecionalidad de las organizaciones o a través del Seguro Integral de Salud (SIS). La prestación de servicios tanto para el régimen subsidiado de población abierta como para la población afiliada al SIS se realiza a través de la red de establecimientos del Ministerio de Salud (MINSA), hospitales e institutos especializados que están ubicados en las regiones y en la capital de la república. El sistema de seguridad social en salud tiene dos subsistemas: el seguro social con provisión tradicional (EsSalud) y la provisión privada (EPS). EsSALUD ofrece servicios de salud a la población asalariada y sus familias en sus propias instalaciones, pero desde la promulgación de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en 1997, el sector privado le ha vendido servicios personales a EsSALUD a través de las Entidades Prestadoras de Salud (EPS). Los militares, policías y sus familias tienen su propio subsistema de salud integrado por las Sanidades de las Fuerzas Armadas (FFAA) y la Policía Nacional del Perú (PNP). En el sector privado se distingue el privado lucrativo y el privado no lucrativo. Forman parte del privado lucrativo las EPS, las aseguradoras privadas, las clínicas privadas especializadas y no especializadas, los centros médicos y policlínicos, los consultorios médicos y odontológicos, los laboratorios, los servicios de diagnóstico por imágenes y los establecimientos de salud de algunas empresas mineras, petroleras y azucareras. Como prestadores informales están los proveedores de medicina tradicional. El sector privado no lucrativo está clásicamente representado por un conjunto variado de asociaciones civiles sin fines de lucro. La mayor parte presta servicios de primer nivel y frecuentemente reciben recursos financieros de cooperantes externos, donantes internos, gobierno y hogares.

Contexto

Demografía

Perú tiene una población de 28 807 034 millones de habitantes. Poco menos de la mitad (49.7%) son hombres y poco más de la mitad (50.3%) son mujeres.¹

A nivel demográfico, los siguientes hechos han marcado el crecimiento de la población en Perú:²

- la disminución de la tasa de mortalidad infantil, que pasó de 159 por 1000 nacidos vivos en 1950 a 21 por 1000 nacidos vivos en 2008;
- el descenso en la tasa bruta de mortalidad, que pasó de 22.5 defunciones por 1000 habitantes en 1950 a 5.5 en 2008;
- el incremento en la esperanza de vida, que pasó de 45 años en las mujeres y 43 en los hombres en 1950 a 75 años en las mujeres y 70 en los hombres en 2008, y

- el descenso de la tasa global de fecundidad, que pasó de 6.8 hijos por mujer en 1950 a 2.41 en el 2008.

La proporción de la población que se ubica entre los 5 y los 15 años es cada vez menor. La población de menores de 15 años ha disminuido de 42% en 1972 a 31% en 2005, mientras que la proporción de la población de adultos mayores aumentó casi tres puntos porcentuales (6.4 a 9.1%) en los últimos 50 años y se estima que en los siguientes 20 años aumentará al menos cinco puntos porcentuales más para alcanzar cerca de 14% en 2025.^{3,4}

Perú ha experimentado también un acelerado proceso de urbanización. En 2007 la población urbana del país alcanzó 76% y la rural 24%.⁵ Lima continúa siendo el centro económico del país y concentra 54% del PIB.⁶ Los bolsones de pobreza se localizan en la periferia de las ciudades, en las zonas rurales de la sierra y en la selva.^{7,8} El rostro social del Perú de hoy es el de una población básicamente urbana, joven, subempleada y pobre.

Perú es además un país multilingüe y pluricultural, con cerca de 70 grupos etno-lingüísticos agrupados en 16 zonas culturales, 5 666 comunidades campesinas y 1 450 comunidades indígenas reconocidas por la Constitución.⁹ La población indígena asciende a 8 793 295 personas, de los cuales ocho millones son quechua-andinos, 603 mil aymaras y 190 295 indígenas amazónicos que se encuentran distribuidos en todo el territorio nacional.

Condiciones de salud

En las últimas décadas se ha producido una mejora importante en la salud de la población peruana que se ha atribuido al proceso de urbanización, al incremento del nivel de instrucción, a mejoras en el acceso a servicios de saneamiento básico, a cambios en los estilos de vida, a cambios demográficos y a la expansión de servicios de salud de primer nivel de atención.¹⁰ Los niños que nacieron en el país en el periodo 1950-1955, por ejemplo, presentaban una esperanza de vida de 44 años. La esperanza de vida promedio hoy en Perú es de 73 años.¹¹

La mortalidad también sufrió cambios en las causas de defunción y en la composición etaria. A comienzos de los años cincuenta, las muertes en menores de 5 años representaron 56% del total. A fines de los ochenta representaban 45% del total de las defunciones, siendo las principales causas de muerte las enfermedades respiratorias agudas y las infecciones digestivas.¹² En 2004 la primera causa de muerte seguían siendo las infecciones respiratorias agudas, pero ocupaban el segundo y tercer

Cuadro I
INDICADORES BÁSICOS, PERÚ, 2008

Población total	28 807 034
Esperanza de vida al nacer	73.1
Esperanza de vida a los 60 años	ND
Tasa de mortalidad general	5.5
Tasa de mortalidad infantil	20
Razón de mortalidad materna	185
Prevalencia de diabetes	ND
Prevalencia de hipertensión arterial	ND
Proporción de partos atendidos por personal calificado	72.6
Cobertura de vacunación	
DPT en menores de 1 año	99%
DPT en niños de entre 1 y 4 años	90%
Población con protección social en salud	12 098 954
Población sin protección social en salud	16 708 080
Gasto total en salud como porcentaje del PIB	4.5
Gasto total en salud per cápita*	385
Gasto público en salud como porcentaje del gasto total en salud	59.4
Porcentaje de hogares con gastos catastróficos por motivos de salud	3.2

Fuente: Referencias 13-20

* Dólares PPA (paridad de poder adquisitivo)

lugar las enfermedades isquémicas del corazón y las enfermedades cerebrovasculares.

Las principales causas de muerte entre las mujeres peruanas son las infecciones respiratorias agudas, pero las enfermedades no transmisibles ya empiezan a tener una presencia creciente. De hecho, las enfermedades isquémicas del corazón y la enfermedad cerebrovascular son la segunda y tercera causa de muerte en este grupo poblacional (cuadro II).

La misma situación se observa en los hombres, que fallecen sobre todo de infecciones respiratorias agudas, enfermedades isquémicas del corazón, cirrosis y enfermedad cerebrovascular (cuadro III).

En la capital de la república se registran las más altas tasas de muertes por accidentes de tránsito.²¹ De hecho, los perfiles de mortalidad al interior del país son muy heterogéneos. Los departamentos ubicados en la Sierra Sur presentan tasas más altas de mortalidad por enfermedades transmisibles, ciertas afecciones originadas en el período perinatal y causas externas que Lima y Callao.

La tasa de mortalidad infantil ha mostrado una tendencia al descenso pero se mantienen brechas al interior del país. Según la Encuesta Demográfica y de

Cuadro II
DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN MUJERES, PERÚ, 2004

	Número	Tasa*	%
1. Infecciones respiratorias agudas	5 455	39.8	12.4
2. Enfermedades isquémicas del corazón	2 109	15.4	4.8
3. Enfermedad cerebrovascular	2 046	14.9	4.6
4. Septicemia, excepto neonatal	1 577	11.5	3.6
5. Enfermedades hipertensivas	1 536	11.2	3.5
6. Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	1 490	10.9	3.4
7. Ciertas afecciones del periodo perinatal	1 431	10.4	3.2
8. Tumor del estómago	1 279	9.3	2.9
9. Deficiencias nutricionales y anemias nutricionales	1 141	8.3	2.6
10. Diabetes mellitus	1 008	7.4	2.3
Las demás causas	24 961	182	57
Total	44 033	-	100

*Tasa por 100 000 mujeres
Fuente: Referencia 12

Cuadro III
DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MUERTE EN HOMBRES, PERÚ, 2004

	Número	Tasa*	%
1. Infecciones respiratorias agudas	5 604	40.5	11.2
2. Enfermedades isquémicas del corazón	2 507	18.1	5.0
3. Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	2 001	14.4	4.0
4. Enfermedad cerebrovascular	1 967	14.2	3.9
5. Ciertas afecciones originadas en el periodo perinatal	1 845	13.3	3.7
6. Septicemia, excepto neonatal	1 541	11.1	3.1
7. Enfermedades hipertensivas	1 402	10.1	2.8
8. Tumor de estómago	1 324	9.6	2.6
9. Tuberculosis	1 193	8.6	2.4
10. Tumor de próstata	1 100	7.9	2.2
Las demás causas	29 645	214.0	59.1
Total	50 129	-	100

*Tasa por 100 000 hombres
Fuente: Referencia 12

Salud 2000, la tasa de mortalidad infantil en el área rural fue de 45 defunciones por 1000 nacidos vivos en el área rural contra 24 en el área urbana.²¹ En 2009 la mortalidad infantil en las zonas rurales fue de 27 contra 17 en las zonas urbanas. Estos datos muestran un descenso del 40% de las defunciones infantiles en el área rural y de 29.2% en el área urbana.

La razón de mortalidad materna también ha disminuido de 318 por 100 000 nacidos vivos en el periodo 1980-1985 a 185 en 2008.

Años de vida saludable perdidos

Se estima que en 2004 se perdieron más de cinco millones de años de vida saludables (AVISA).²² Del total de AVISAS perdidos, 43.2% se deben a muertes prematuras y 56.8% a discapacidad. La razón de AVISA obtenido fue de 183.4 por 1000 habitantes. Del total de AVISAS perdidos, 52.6% correspondieron a hombres y 47.4% a mujeres.

La mayor carga de enfermedad se atribuyó a enfermedades no transmisibles (58.5%) y el segundo lugar

a enfermedades transmisibles, maternas y perinatales (27.6%). Los accidentes y lesiones contribuyeron con 14.7% a la carga total de enfermedad.

La principal causa de la pérdida AVISAS por enfermedades no transmisibles correspondió a las enfermedades neuro-psiquiátricas (depresión, dependencia del alcohol y esquizofrenia). Se ha calculado que por estas causas se pierden 36 años de vida saludable por cada 1000 habitantes. Los hombres pierden más AVISAS por esta causa que las mujeres (40 versus 31).

Estructura y cobertura

El sistema de salud del Perú tiene dos sectores, el público y el privado. Para la prestación de servicios de salud, el sector público se divide en el régimen subsidiado o contributivo indirecto y el contributivo directo, que es el que corresponde a la seguridad social.

En el sector público el gobierno ofrece servicios de salud a la población no asegurada a cambio del pago de una cuota de recuperación de montos variables sujetos a la discrecionalidad de las organizaciones y por medio del Seguro Integral de Salud (SIS), que subsidia la provisión de servicios a la población que vive en condiciones de pobreza y pobreza extrema. La prestación de servicios para el régimen subsidiado de población abierta o asegurada al SIS se realiza a través de la red de establecimientos del Ministerio de Salud (MINSA), hospitales e institutos especializados que están ubicados en las regiones y en la capital de la república.²³

El sistema de seguridad social en salud tiene dos subsistemas: el seguro social con provisión tradicional (EsSalud) y la provisión privada (EPS). EsSALUD ofrece servicios de salud a la población asalariada y sus familias en sus propias instalaciones, pero desde la promulgación de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en 1997, el sector privado le ha vendido servicios personales a EsSALUD a través de las Entidades Prestadoras de Salud (EPS). Los militares, policías y sus familias tienen su propio subsistema de salud integrado por las Sanidades de las Fuerzas Armadas (FFAA) y la Policía Nacional del Perú (PNP).²⁴ Adicionalmente se creó un Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT) que cubre la atención por accidentes.¹

En el sector privado se distingue el privado lucrativo y el privado no lucrativo. Forman parte del privado lucrativo las EPS, las aseguradoras privadas, las clínicas privadas especializadas y no especializadas, los centros médicos y policlínicos, los consultorios médicos y odontológicos, los laboratorios, los servicios de diagnóstico por imágenes y los establecimientos de salud de algunas empresas mineras, petroleras y azucareras.⁶ Como prestadores informales están los proveedores de medicina

tradicional: shamanes, curanderos, hueseros y parteras, entre otros.

El sector privado no lucrativo está clásicamente representado por un conjunto variado de asociaciones civiles sin fines de lucro dentro de las que destacan los organismos no gubernamentales (ONG), la Cruz Roja Peruana, las Compañías de Bomberos Voluntarios, las organizaciones de acción social de algunas iglesias (CARITAS, ADRA), los servicios de salud de parroquias de la Iglesia Católica y las comunidades terapéuticas, entre otras. La mayor parte presta servicios de primer nivel y frecuentemente reciben recursos financieros de cooperantes externos, donantes internos, gobierno y hogares.

¿Quiénes son los beneficiarios?

En 2009 se promulgó la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud. La Ley tiene como objeto establecer el marco normativo para el aseguramiento universal en salud a fin de garantizar el derecho progresivo de toda persona a un conjunto de intervenciones para diversas condiciones de salud y enfermedad con independencia de su inserción laboral.²⁵

DIEZ HITOS EN LA HISTORIA DEL SISTEMA PERUANO DE SALUD

1903	Creación de la Dirección General de Salubridad Pública
1935	Creación del Ministerio de Salud Pública, Trabajo y Previsión Social, hoy Ministerio de Salud
1936	Creación de la Caja Nacional de Seguro Social Obrero
1948	Creación del Seguro Social del Empleado
1979	Establecimiento en la Constitución Política de la responsabilidad del Poder Ejecutivo de organizar un sistema nacional de salud descentralizado y desconcentrado
1980	Creación del Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS)
1997	Promulgación de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, que incorpora al sector privado y cambia de nombre a la institución pública (IPSS por ESALUD) y promulgación de la Ley General de Salud
2001	Creación del Seguro Integral de Salud sobre la base del Seguro Escolar Gratuito y el Seguro Materno Infantil
2002	Ley Orgánica de los Gobiernos Regionales que define las competencias y funciones del sector salud a ser transferidas desde el Gobierno Nacional
2006	Culminación de la transferencia de competencias y funciones en salud a los gobiernos regionales según lo establecido por las leyes descentralizadoras

Fuente: Referencia 26

Los trabajadores del sector informal, los autoempleados de zonas rurales (sector agrícola) y los desempleados y sus familias, que representan alrededor de 58% de la población total, son los beneficiarios de los servicios del MINSA (cuadro IV).²⁷

Cuadro IV
COBERTURA DE ATENCIÓN A LA SALUD, PERÚ,
2000 Y 2008

	2000 %	2008 %
Población con protección social en salud	32.33	42.0
Población con EsSALUD	19.7	20.0
Población con SIS*	-	18.0
Población con otro tipo de seguro [‡]	12.6	4.0
Población sin protección social en salud	67.7	58.0
Población total	100	100

Fuente: Referencias 3 y 32

* En el año 2000 se incluye al Seguro Escolar Gratuito que se transforma en SIS

‡ En los años 2003-2005, la categoría "otro tipo de seguro" incluye a las EPS, seguros universitarios, seguro escolar privado y las Fuerzas Armadas y Policiales

Los beneficiarios del SIS, alrededor de 18% de la población, provienen en su mayoría de zonas rurales y urbanas marginales, donde el nivel de pobreza es mayor.²⁸ Adicionalmente el SIS beneficia a mujeres no gestantes y varones mayores de 17 años que viven en situación de extrema pobreza y pobreza, tanto en provincias rurales como urbanas, a condición que no tengan cobertura de EsSALUD u otros regímenes de seguridad social.²⁹ Se han incorporado a este seguro líderes de comedores populares, madres de menores beneficiarios del Programa de Alimentación Suplementaria "El Vaso de Leche", madres que trabajan en guarderías infantiles públicas (Wawa wasi), mujeres miembros de los Comités Locales de Administración de Salud (comités de gestión) y limpiabotas.

EsSALUD cubre aproximadamente a 20% de la población, los trabajadores del sector formal, los jubilados y sus familias. Presta servicios de salud en sus propias unidades de salud que están localizadas principalmente en zonas urbanas.

Los miembros de las fuerzas armadas y policiales, y sus familiares directos cuentan también con una red propia de establecimientos de salud y un equipo de profesionales.

Los seguros privados y los servicios prepagados ofrecen cobertura a poco menos de 2% de la población.

Entre 10 y 20% de la población se encuentra totalmente excluida del sistema de salud a pesar de que el Gobierno ha intentando, a través del MINSA y los gobiernos regionales, llegar a los más pobres.^{30,31}

Como puede observarse en el cuadro IV, la ampliación de la cobertura de protección social en salud se debe sobre todo a la creación del Seguro Escolar Gratuito

(SEG) y el Seguro Materno Infantil (SMI), unificados en el actual SIS.

¿En qué consisten los beneficios?

Los beneficiarios de EsSalud, la Sanidad de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional tienen un plan de beneficios denominado plan específico de salud con cobertura de todas las necesidades de salud. Sin embargo, debido a la oferta insuficiente y largas listas de espera para la atención, una parte importante de los asegurados acude al sector privado lucrativo en zonas urbanas y a los servicios estatales en zonas rurales.

Por otro lado, EsSalud, dado su mayor desarrollo tecnológico, concentra la atención del mayor volumen de enfermedades crónicas de alto costo, ya que a él tienden a afiliarse las personas con los problemas de salud más serios. Se estima que de 100% de los pacientes en diálisis, 95% se atienden en EsSalud. Lo mismo ocurre con 65% de los pacientes con sida bajo tratamiento y casi 100% de los trasplantados de corazón, hígado y médula ósea.³³

El impacto del SIS se refleja en el incremento del uso de servicios de salud por los pobres y el parto institucional, que ha ascendido de 57.9% en 2000 a 70.4% en 2004.³⁴

Recientemente se aprobó el plan de beneficios de aseguramiento universal bajo la denominación de Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) que consiste en una "lista priorizada de condiciones asegurables e intervenciones que como mínimo son financiadas a todos los asegurados." El plan cubre 75% de la carga de morbilidad y debe ser provisto obligatoriamente, pero de manera diferenciada, por las organizaciones de salud públicas y privadas.³⁵ La regulación y fiscalización del aseguramiento está a cargo de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud (SUNASA).

Financiamiento

¿Quién paga?

El gasto de bolsillo sigue siendo la principal fuente de financiamiento de los servicios de salud. Sin embargo, en los últimos años se observa un importante incremento del financiamiento de parte del gobierno.

El 79% del financiamiento del MINSA en 2007 provino de impuestos generales, 15% de las cuotas de recuperación y 6% de donaciones y transferencias.

El SIS se financia casi en su totalidad (94%) con recursos ordinarios provenientes del presupuesto general. El 6% restante de sus recursos proviene de donaciones y contribuciones no reembolsables de gobiernos regiona-

les, organismos de cooperación internacional, aportes de personas naturales, instituciones públicas y privadas, y transferencias del Fondo Intangible Solidario de Salud y recursos directamente recaudados en su operación.

Las prestaciones de EsSalud se financian con aportaciones de los empleadores, que equivalen a 9% del salario de los trabajadores activos. En el caso de los jubilados, el aporte proviene de los asegurados y equivale a 4% de la remuneración asegurable. Cuando el asegurado elige acceder únicamente a los servicios de EsSalud, la totalidad del financiamiento se asigna a esta institución, pero cuando decide acceder a servicios mixtos (EsSalud y EPS), el financiamiento se distribuye: 6.75% para EsSalud y 2.25% para las EPS.

En el subsector privado lucrativo el financiamiento está a cargo del usuario a través del pago de seguros (primas, copagos deducibles) y pagos de bolsillo. En el subsector privado no lucrativo, los cooperantes externos canalizan recursos en calidad de donaciones de los distintos cooperantes internacionales y otros agentes que realizan donaciones internas para financiar servicios de salud en unidades públicas o privadas a la población sin seguridad social y en condiciones de pobreza.³⁶

¿A cuánto asciende el gasto en salud?

En 2008 el gasto en salud de Perú como porcentaje de su PIB fue de apenas 4.5%, porcentaje que se mantiene casi invariable desde 1995.¹⁵ El gasto per cápita en salud es de 385 dólares paridad de poder adquisitivo.

El gasto público asciende a 59.4% del gasto total y el gasto privado concentra el 40.6% restante.¹⁵ Esta relación entre gasto público y privado poco se ha modificado desde el año 2000.

El grueso del gasto privado (75.4%) es gasto de bolsillo y sólo 20.8% es gasto en seguros privados.¹⁵

¿Cómo se distribuyen estos recursos?

En 2007 alrededor de 37% del presupuesto del MINSA se dedicó a gasto de personal y obligaciones sociales (vacaciones, compensaciones, gratificaciones y asignación familiar, entre otras), 6.2% a gasto de obligaciones previsionales (pagos de seguridad social de salud a cargo de los empleadores y de pensiones a cargo de los trabajadores) y 46% a gasto en bienes y servicios. Los gastos de inversión y otros gastos de capital estuvieron por debajo de 11%.

En 2006 el gasto de EsSalud se distribuyó de la siguiente manera: 21% a la compra de bienes, 55% a sueldos y salarios, 6.8% a gastos diversos de gestión, 1.3% a servicios a terceros y 2.3% a otros.

Los principales rubros de gasto de los hogares son medicamentos, servicios de salud privados y servicios de salud públicos.

Recursos

¿Con qué infraestructura y equipo se prestan los servicios de salud?

En Perú se han realizado tres censos de infraestructura sanitaria y recursos humanos del sector salud (1992, 1996 y 2005). En 2005 se registraron 8 055 establecimientos de salud, de los cuales 93% pertenecían al sector público (cuadro V).³⁷ 60% (146) de los hospitales, 84% (1 203) de los centros de salud y la totalidad de los puestos de salud del sector público eran del MINSA. En el sector privado había 564 unidades, de las cuales 37% eran hospitales y 63%, centros de salud.

Por lo que se refiere a la localización de las unidades de salud, alrededor de 90% de hospitales e institutos de salud del MINSA se ubican en zonas urbanas, 7% en zonas urbanas marginales y 3% en zonas rurales.³⁸ En las zonas rurales, la infraestructura de servicios de salud consiste básicamente en centros y puestos de salud que brindan atención primaria. Los casos de mayor complejidad se refieren a los establecimientos hospitalarios.

En 2005 había en Perú 31 431 camas disponibles, para una razón de 1.12 camas por 1 000 habitantes. Del total de camas hospitalarias en funcionamiento, 50% correspondían a hospitales del MINSA, 20.7% a las fuerzas armadas y 21.6% al sector privado.

¿Con qué recursos humanos se prestan los servicios?

En el sistema de salud peruano laboran alrededor de 180 000 trabajadores, de los cuales 123 663 pertenecen

Cuadro V
ESTABLECIMIENTOS DEL SECTOR SALUD, PERÚ,
2004-2009

Año	Hospitales	Centros de salud	Puestos de salud	Total
2004	441	1926	5591	7958
2005	453	1932	5670	8055
2006	463	1972	5802	8237
2007	470	1990	5835	8295
2008	485	2049	6010	8544
2009	469	2321	6165	8955

Fuente: Referencia 36

al MINSA y 36 063 a EsSalud.³⁹ Las EPS cuentan con un total de 7 230 personas y las Sanidades de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional 14 587, entre profesionales, técnicos y auxiliares de enfermería.

Del total de profesionales de salud, 13% son médicos, 13% enfermeras, 6% trabajadoras obstétricas, 42% técnicos y auxiliares de enfermería y 18% personal administrativo. El 8% restante lo concentran diversas categorías ocupacionales.⁴⁰

En la distribución de los recursos humanos en salud se refleja la persistencia del centralismo en la capital de la república y en la costa urbana. En 2009 la densidad promedio de profesionales por 1 000 habitantes fue de 9.2 para médicos, 9.5 para enfermeras y 3.3 trabajadoras obstétricas.⁴¹ Sin embargo, Lima concentra 53.19% de los médicos, 40.23% de las enfermeras, 44.25% de los odontólogos y 41.47% de los técnicos y auxiliares de enfermería.⁴²

Las facultades de medicina se incrementaron de 13 en 1960 a 28 en 2002; las escuelas de enfermería de 8 a 42 en el mismo periodo.⁴³ En consecuencia, se ha incrementado el número de egresados de medicina de 951 a 1 238 entre 1993 y 2003, y de enfermería de 1 402 a 1 760. En este periodo se observa una tasa de crecimiento de médicos de 4% anual que no corresponde con la tasa de crecimiento demográfico, que fue de 1.77% por año.⁴⁴ A pesar del déficit de profesionales de salud en la mayoría de departamentos del país, existe una baja oferta de puestos de trabajo en las instituciones de salud, lo cual provoca desempleo, subempleo y migración. Entre 1996 y 2004, luego de un mínimo de dos años de haber salido del país, no habían retornado al Perú 13 711 médicos, 7 340 enfermeras y 2 112 odontólogos.

¿Cuánto se gasta en medicamentos y cuál es el nivel de acceso a ellos?

Según la Dirección Ejecutiva de Registros y Drogas, en 2005 había en el mercado peruano 15 257 productos farmacéuticos, de los cuales 65% eran medicamentos de especialidad farmacéutica, 33% agentes de diagnóstico, 2% productos de origen biológico y 1% genéricos.⁴⁵ Para 2007 el porcentaje correspondiente a genéricos se había incrementado a 20%.⁴⁶

Formalmente, el gasto en medicamentos en 2005 fue de 889 millones de dólares, de los cuales 5.4% correspondió a insumos médicos y 94.6% a medicamentos.

El grueso de los medicamentos lo siguen distribuyendo las farmacias y boticas, aunque su participación en la distribución de estos insumos disminuyó de 83 a 70% entre 1995 y 2005. Esto se debe a la mayor participación de EsSalud y del MINSA, que han duplicado el valor en dólares americanos de sus adquisiciones de me-

dicamentos e insumos médicos, llegando a concentrar 14 y 10% del gasto en salud para el rubro medicamentos, respectivamente.

¿Quién genera la información y quién produce la investigación?

Existen varias instancias que generan información en salud, dentro de las que destacan el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), la red pública de información (MINSA, EsSalud, FFAA) y los privados que tienen su propio sistema de información.

El INEI es el órgano rector de los Sistemas Nacionales de Estadística e Informática del país. Es responsable de los censos de población, las proyecciones de población, la información sobre estadísticas vitales, las Encuestas de Demografía y Salud Familiar, la Encuesta Continua de Hogares y la Encuesta Nacional de Hogares con Propósitos Múltiples.

La red pública de información se administra desde varias dependencias del MINSA: la Oficina General Estadística e Informática (OGEI), la Dirección General de Epidemiología y los programas o estrategias nacionales.

La OGEI es la encargada de generar información en salud del MINSA, así como de gestionar y normar el proceso de recolección, análisis, publicación y uso de la misma. El sistema de información almacena datos desde las unidades de salud del MINSA y sus contrapartes regionales.⁴⁷

El Instituto Nacional de Salud (INS) tiene como misión la promoción, desarrollo y difusión de la investigación científica. Sin embargo, no existe un registro confiable de los investigadores dedicados al área de la salud ni sobre la calidad de sus investigaciones, mucho menos de las publicaciones en revistas internacionales indexadas.

Rectoría

¿Quién pone orden en el sector salud y cómo se regula la atención?

Según el Decreto Legislativo 584 (Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud), el MINSA es la máxima autoridad sanitaria y el ente rector del Sistema Nacional de Salud.⁴⁸ La Ley General de Salud (LGS) asigna al MINSA la dirección y gestión de la política nacional de salud, así como la supervisión de su cumplimiento de conformidad con la política general del gobierno. También establece que el gobierno es responsable de proveer los servicios de salud pública a toda la población y que la salud individual es una responsabilidad compartida por el individuo, la sociedad y el Estado.⁴⁹

A pesar de la normatividad existente y la creación de múltiples instancias para fortalecer la regulación, la capacidad rectora del gobierno es aún débil.

La Dirección General de Salud de las Personas del MINSA es responsable de normar los procesos relacionados con la conducción, regulación, armonización de la provisión, aseguramiento y desarrollo de funciones esenciales de salud pública.⁵⁰ La regulación de la salud ambiental corresponde a la Dirección General de Salud Ambiental. La regulación de los productos farmacéuticos corresponde a la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas.

Entre los órganos desconcentrados para la regulación sanitaria destaca la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Servicios, que, a partir de los cambios legales establecidos por la Ley de Aseguramiento Universal, deberá convertirse en la SUNASA.

Con la finalidad de fortalecer la rectoría en recursos humanos en salud, en 2006 se aprobó la Ley del Sistema de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad Educativa, que pretende normar un conjunto de procesos para asegurar la calidad educativa en todos sus niveles. Este dispositivo legal crea el Consejo de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Educación Superior (CONEAU), y al mismo tiempo define la obligatoriedad de la acreditación y certificación en las profesiones de las ciencias de la salud y educación.

Finalmente, la LGS faculta al MINSA para efectuar el control e inspección de los establecimientos y servicios de salud, cualquiera que sea su naturaleza o modalidad de gestión. Sin embargo, esta función no se desempeña regularmente, y la supervisión y control a los establecimientos del MINSA es sobre todo de orden presupuestal/contable.

Voz de los usuarios

¿Cómo participan los ciudadanos en la gestión y evaluación del sistema?

La LGS estipula el derecho de los ciudadanos a decidir libremente sobre las intervenciones que se les indique previa información: “ninguna persona puede ser sometida a tratamiento médico o quirúrgico, sin su consentimiento previo o el de la persona llamada legalmente a darlo, si correspondiere o estuviere impedida de hacerlo” y “a que se le brinde información veraz, oportuna y completa.”⁴⁹

Igualmente es un derecho ciudadano participar en la gestión de la atención de salud. Desde 1994 se impulsó un modelo de cogestión para unidades de primer nivel

de atención denominado Programa de Administración Compartida. En este modelo, el gobierno cede la administración de los establecimientos a la comunidad organizada bajo el Comité Local de Administración de Salud (CLAS). En 2000 más de 1 242 establecimientos bajo esta modalidad atendieron aproximadamente seis millones de habitantes y actualmente se ha implementado en 35% de los establecimientos del primer nivel atención del MINSA.⁵¹ En 2007 se aprobó además la Ley de Participación y Cogestión Ciudadana para el primer nivel de atención con la finalidad de fortalecer e institucionalizar la cogestión en salud.⁵²

Como parte de la inclusión de los usuarios en la vigilancia de los servicios de salud, en 2007 el MINSA organizó los Módulos del Buen Trato en Salud para recibir solicitudes de los usuarios y buscar soluciones a sus inquietudes. Este mecanismo contribuye a abrir un espacio de participación eficiente entre los usuarios y el prestador a través de un equipo de Promotores del Buen Trato. Frente al reclamo de los usuarios, se han contemplado algunas líneas de acción para el corto plazo, como la puesta en marcha del voluntariado para los institutos y hospitales de Lima y Callao.

¿Cómo perciben los usuarios la calidad de la atención a la salud?

El documento de Política Nacional de Calidad en Salud señala que “pese a no contarse en el país con estudios de evaluación de la calidad de atención suficientemente integrales y rigurosos, a la luz de resultados parciales del proceso de autoevaluación de la atención materno-perinatal y en menor grado de otros tipos de atenciones, es posible colegir que, no obstante los esfuerzos desplegados por el Ministerio de Salud y las demás organizaciones proveedoras de salud, el nivel de calidad dista mucho de ser satisfactorio. Complementariamente, la población percibe baja calidad en la atención que recibe según se concluye de los estudios realizados anualmente por la Universidad de Lima donde se aprecia no sólo un bajo nivel en la percepción de calidad, sino también una tendencia a seguir descendiendo, tanto para los hospitales del MINSA, como para los de EsSalud.”⁵³

En 2004 poco más de 80% de los usuarios declaró estar “satisfecho” o “muy satisfecho” con los servicios recibidos por la seguridad social, cifra que aumentó a 93.6% en 2007. Este último año, 88.5% de los encuestados declaró como “mejores” los servicios ofertados por EPS que los de EsSalud porque ofrecen una buena y rápida atención y medicinas de calidad.

Innovaciones

¿Qué innovaciones recientes se han implantado?

En el sistema de salud de Perú destacan propuestas como los CLAS, el SIS, el sistema de EPS, el SOAT y la nueva Ley de Medicamentos con avances regulatorios importantes.⁵⁴ Cabe destacar también el proceso de descentralización.

Las mayores expectativas sociales están puestas en la implementación de la Ley de Aseguramiento Universal, aunque su adecuada ejecución supone niveles de inversión pública que al parecer el actual gobierno no está dispuesto alcanzar. Una ampliación de la cobertura de protección al amparo de esta ley que no esté acompañada de un incremento y un fortalecimiento de la oferta corre el riesgo de ser percibida como una medida demagógica que a la postre puede generar frustración y descontento en la población.

Finalmente, cabe mencionar el Programa de Apoyo a los Más Pobres (JUNTOS) dirigido a la población de mayor vulnerabilidad. Su finalidad es contribuir a la reducción de la pobreza y romper la transmisión intergeneracional de la pobreza extrema. Este programa tiene componentes de salud muy importantes. Se inició a fines del 2005 en 70 distritos con una cobertura de 22 299 hogares. Actualmente abarca 14 departamentos, 115 provincias y 638 distritos, y beneficia a 450 110 hogares pobres.⁵⁵

¿Qué impacto han tenido las innovaciones más recientes?

En Perú no ha sido posible evaluar el impacto de las más recientes innovaciones, entre otras razones porque se trata de un conjunto de reformas parciales y fragmentadas que no cuentan con un marco definido ni una orientación clara.

Se sabe, sin embargo, que el seguro materno-infantil ha tenido un impacto positivo sobre el acceso al parto institucional de los segmentos más pobres de la población y que el SIS amplió la cobertura del componente materno a los 24 departamentos del territorio nacional. A diciembre de 2006, los servicios de este seguro habían atendido más de un millón y medio de partos. El SIS tiene registrados, además, a 2.7 millones de niñas y niños menores de 4 años y a más de 196 000 madres pobres, y atiende a más de siete millones de niños y jóvenes en edad escolar. A pesar de los serios cuestionamientos que rodean estas cifras, uno de los más grandes logros del SIS es el incremento de la cobertura de atención de personas de escasos recursos.

La reforma del sistema de finanzas impulsada por el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) ha tenido

un impacto importante en la gestión de recursos al introducir metodologías de programación, ejecución y seguimiento presupuestal por resultados, para los denominados programas estratégicos (Materno Perinatal y Articulado Nutricional). Adicionalmente, se ha dado énfasis a la descentralización, y se han producido avances en la estandarización de procedimientos de gestión y en el equipamiento de los establecimientos de salud.

El programa JUNTOS se ha asociado a un aumento significativo en la utilización de servicios de salud entre los más pobres y mejoras en gastos de alimentación, orientados hacia productos de mayor calidad nutricional.⁵⁶

¿Cuáles son los retos y las perspectivas del sistema de salud?

Uno de los retos más importantes para el país es erradicar la exclusión sanitaria, que afecta a entre 10 y 20% de la población nacional.

Asimismo, el sistema de salud debe prepararse para afrontar las consecuencias del envejecimiento poblacional. Para ello es indispensable rediseñar su modelo de atención con base en la atención primaria, haciendo énfasis en el incremento de la capacidad resolutive de las unidades.

El combate al rezago obliga también a fortalecer el saneamiento básico en las zonas rurales. Es indispensable también sentar las bases de un nuevo contrato social entre los servicios de atención y la población, basado en la corresponsabilidad individual y colectiva sobre la salud. Esto requiere, entre otras cosas, del fortalecimiento de la descentralización y los CLAS.

Perú también requiere de una sólida política de formación y desarrollo de recursos humanos que permita responder a las nuevas necesidades.

Finalmente, con la finalidad de materializar la política del SIS, es indispensable ampliar el gasto en salud para llevarlo, por lo menos, a los niveles promedio de la región.

Declaración de conflicto de intereses: Los autores declararon no tener conflicto de intereses.

Referencias

1. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Indicadores demográficos Perú 1950-2050. [consultado 2010 junio 5]. Disponible en : <http://www1.inei.gob.pe/perucifrasHTM/inf-dem/cuadro.asp?cod=3643&name=po03&ext=gif>
2. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Indicadores demográficos estimados por quinquenios 1950-2025. [consultado 2010 junio 15]. Disponible en : <http://www1.inei.gob.pe/biblioineipub/bancopub/Est/Lib0006/ANEX002.htm>

3. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Censos Nacionales 2007: XI de Población y VI de Vivienda. [consultado 2010 julio 5] http://www.unfpa.org.pe/infosd/adultomayor/adultomayor_01.htm
4. Chávez L. La evolución de las estructuras de edad de las poblaciones y sus consecuencias para el desarrollo. [consultado 2010 junio 10]. Disponible en: http://unclef.com/esa/population/cpd/cpd2007/Country_Statements/Peru.pdf
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática, Fondo de Población de las Naciones Unidas. Censos Nacionales 2007: XI de Población y VII de Vivienda. Primeros Resultados. Crecimiento y Distribución de la Población. Lima: INEI, 2007
6. Gonzales E. Crecimiento, desigualdad e ingobernabilidad en el Perú, 2002. [consultado 2010 julio 16]. Disponible en: <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/peru/iep/estado/gonza.pdf>
7. Bardales C. La salud en el Perú. [consultado 2010 julio 15]. Disponible en: <http://www.comunidadesaludable.org/doc/ESTUDIOS/saludenelperu.pdf>
8. Claverías R. Desarrollo territorial y la nueva ruralidad en el Perú. Lima: Centro de Investigación y Desarrollo, 2008.
9. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Censo de Comunidades Indígenas de 1992. Lima: INEI, 1992
10. Bardalez C. Proyecto observatorio de la salud: La salud en el Perú. [consultado 2010 julio 15]. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd67/saludenelperu.pdf>
11. Vallenás G. La mortalidad en el Perú 2009. [consultado 2010 junio 12]. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/texcom/sct/047992.pdf>
12. OPS Perú. Indicadores básicos de salud OPS. [consultado 2010 julio 16]. Disponible en: <http://www.inei.gob.pe/perucifrasHTML/inf-dem/cuadro.asp?cod=3643&name=po03&ext=gif>
13. Indicadores demográficos Perú 1950-2050. [consultado 2010 julio 16]. Disponible en: <http://www.inei.gob.pe/perucifrasHTML/inf-dem/cuadro.asp?cod=3643&name=po03&ext=gif>
14. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Indicadores sociales Perú 2004-2008. [consultado 2010 julio 16]. Disponible en: <http://www.inei.gob.pe/perucifrasHTML/inf-soc/cuadro.asp?cod=8215&name=sal15&ext=gif>
15. Ministerio de Salud. Información estadística maternidad segura y saludable. [consultado 2010 julio 16]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2010/maternidad/estadistica.asp>
16. Organización Mundial de la Salud: Estadísticas mundiales 2010. Ginebra: OMS, 2010.
17. World Health Organization. National health accounts. Peru. [consultado 2011 marzo 21]. Disponible en: <http://www.who.int/nha/country/per.pdf>
18. Wong R, Knaul F, Arreola-Ornelas H, Mendez O, Lafontaine L. Health financing and social protection in Latin America and the Caribbean. [consultado 2010 julio 16]. Disponible en: http://www.observatoriodelasalud.net/images/stories/iatros/11/estudio_regional_pf_en_8_pases.pdf
19. Pan American Health Organization. Health situation in the Americas: Basic indicators 2009. Washington, DC: PAHO, 2010.
20. Organización Panamericana de la Salud. Las condiciones de salud en las Américas: La mortalidad y sus causas 1990. Washington, DC: PAHO, 1991.
21. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2009. Lima: INEI, 2010.
22. Dirección General de Epidemiología, MINSA. Estudio de carga de enfermedad en el Perú 2004. Lima: Ministerio de Salud, 2006.
23. Becerril-Montekio V, Valenzuela A, Velázquez A. Mapa del sistema de salud de Perú 2008. México, DF: Fundación Mexicana para la Salud, 2008.
24. Lazo-Gonzales O. Sistema de salud del Perú. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia (sf).
25. Wilson L, Velásquez A, Ponce C. La Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud en el Perú: análisis de beneficios y sistematización del proceso desde su concepción hasta su promulgación. *Rev Peru Med Exp Salud Pública* 2009;26(2):207-217.
26. Ministerio de Salud del Perú. Reseña histórica. [consultado 2010 junio 10]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/portada/institucional.asp>
27. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Condiciones de vida en el Perú: evolución 1997-2004. Lima: INEI, 2006.
28. Parodi S. Evaluando los efectos del Seguro Integral de Salud sobre la equidad en la salud materna en el contexto de barreras no económicas al acceso a los servicios. Lima: Grupo de Análisis para el Desarrollo, 2007.
29. Ley 28588. Ley que incorpora al seguro integral de salud a la población mayor de 17 años en situación de pobreza extrema y pobreza. [consultado 2010 julio 18]. Disponible en: http://www.sis.gob.pe/PDF/Resol_Direc/ley_28588_050721.pdf
30. Francke P, Arroyo J, Guzmán A. Salud en el Perú: diagnóstico y propuestas para el período 2006-2011. Lima: CIES, 2006.
31. Organización Panamericana de la Salud. Exclusión en salud en países de América Latina y el Caribe. Washington DC: OPS, 2003.
32. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Nacional de Hogares 2009. [consultado junio 20]. Disponible en: <http://www.inei.gob.pe/web/BoletinesInformeTecnicoENHAHO.asp>
33. Organización Panamericana de la Salud. Esquemas de protección social para la población maternal, neonatal e infantil: Lecciones aprendidas de la región de América Latina. Washington DC: OPS, 2008.
34. EsSalud. Memoria institucional 2004. Lima: Ministerio de Salud, 2005.
35. Ley 29344. Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud [consultado 2010 jul 12]. Disponible en: <http://www.congreso.gob.pe/ntley/Imagenes/Leyes/29344.pdf>
36. Ministerio de Salud-CIES. Cuentas Nacionales de Salud. Perú, 1995-2005. Lima: Ministerio de Salud, Consorcio de Investigación Económica y Social, Observatorio de la Salud, 2008.
37. Ministerio de Salud. Establecimientos del sector salud. Perú 2002-2009. [consultado 2011 marzo 25]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/indicadoresSalud/recursos/establecimientos/ESTABMacros.asp?00>
38. Ministerio de la Salud. Diagnóstico físico funcional de infraestructura, equipamiento y mantenimiento de los hospitales e institutos del Ministerio de Salud. Lima, 2006. [consultado 2010 junio 23]. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portada/Comisiones/Hospitales/presenta_cph.htm
39. Arroyo J. Los recursos humanos en salud en Perú al 2010. [consultado 2010 junio 19]. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/texcom/sct/048524.pdf>
40. Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas. Trabajadores de salud del MINSALUD 2009. [consultado 2010 junio 12]. Disponible en: <http://www.digemid.minsa.gob.pe/daum/sala/INFRAESTRUCTURA Y ACCESO/INFRAESTRUCTURA Y ACCESO 2009.pdf>
41. Ministerio de Salud. Densidad de recursos humanos del sector salud 2009. [consultado 2010 junio 23]. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/dgdrh/observatorio/estadisticas/pdf_nuevo/5densi_rrhh_minsa2009.pdf
42. Ministerio de Salud. Estudio de la dotación de profesionales de la salud en los establecimientos del Ministerio de Salud. Lima: MINSALUD, 2007.
43. Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud del Perú. Situación y desafíos de los recursos humanos en salud en Perú: Informe de país. Lima: MINSALUD, 2005.
44. Carrasco-Cortés V, Vargas-Guerra A. Análisis actual y prospectivo de la oferta, demanda y necesidad de médicos en el Perú 2005 - 2011. Lima: Colegio Médico del Perú, 2007.
45. Ministerio de Salud. Evaluación de la situación de los medicamentos en el Perú. Lima: MINSALUD, 2006.
46. Velázquez A. La reforma del sector salud: acceso a medicamentos. [consultado 2010 junio 22]. Disponible en: <http://reformasalud.blogspot.com/2009/09/acceso-medicamentos-en-el-peru.html>
47. Ministerio de Salud. Dirección General de Epidemiología. [consultado 2010 junio 23]. Disponible en: http://www.dge.gob.pe/info_presentacion.php
48. Decreto Legislativo N° 584. Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud. [consultado 2010 julio 6]. Disponible en: ftp://ftp.minsa.gob.pe/intranet/leyes/DL-584_LOF-MINSA.pdf

49. Ley General de Salud, Ley No 26842. [consultado 2010 junio 22]. Disponible en: <http://www.congreso.gob.pe/ntley/Imagenes/Leyes/26842.pdf>.
50. Dirección General de Salud de las Personas: Memoria Anual 2007-DGSP. [consultado 2010 junio 23] Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/dgsp/>
51. Díaz-Romero R. CLAS: Una experiencia para descentralizar servicios de salud. *Semanario Gestión Médica* 2001;6:18-19.
52. Ley de Cogestión y Participación Ciudadana para el Primer Nivel De Atención en los Establecimientos de Salud Del Ministerio De Salud. [consultado 2010 julio 20]. Disponible en: http://www.forosalud.org.pe/clas_proyecto_ley_aprobado_comision_salud.pdf
53. Ministerio de Salud. Política Nacional de Calidad en Salud. Dirección de Salud de las Personas/Dirección de Calidad en Salud. Lima: MINSALUD, 2009.
54. Ley N° 29459 de Productos Farmacéuticos, Dispositivos Médicos y Productos Sanitarios: modificaciones no esenciales en relación al marco de la Política Nacional de Medicamentos. el 29 de octubre 2010. [consultado 2010 noviembre 11]. Disponible en: <http://es.scribd.com/doc/48432955/LEY-N-%28BA-29459-LEY-DE-LOS-PRODUCTOS-FARMACEUTICOS-Dispositivos-MEDICOS-y-PRODUCTOS-SANITARIOS>.
55. Gerencia de Monitoreo, Supervisión y Evaluación del programa JUNTOS. Febrero, 2010. [consultado 2010 agosto 22]. Disponible en: <http://www.juntos.gob.pe/boletin/estadistico10/General.pdf>
56. Perova E, Vakis R. Welfare impacts of the "JUNTOS" Programa in Peru: Evidence from a non-experimental evaluation. [consultado 2010 julio 15]. Disponible en: http://info.worldbank.org/etools/library/251779/D2.1.2_Milagro%20Nuñez_CCT-%20Peru_6-16-09.pdf.