

EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD EN EL PERÚ

THE NATIONAL HEALTH SYSTEM IN PERU

Francisco Sánchez-Moreno^{1,2,a}

¹ Academia Peruana de Salud. Lima, Perú

² Presidente emérito de la Academia Peruana de Salud; exdecano del Colegio Médico del Perú

^a Doctor en Medicina.

Recibido: 18-09-14; Aprobado: 24-09-14

RESUMEN

Un grupo de profesionales en el Perú, conocedores de sistemas nacionales de salud, conformado desde 1975, comenzó un proceso que llevó al país a ser el primero en América del Sur en iniciar la organización moderna de este sistema. El avance pionero que significó la creación del Sistema Nacional de Servicios de Salud en 1978 ocurrió antes de las reformas de los sistemas de salud en Chile (1980), Brasil (1990), Colombia (1993) y Ecuador (2008). El alentador inicio tuvo vaivenes reformistas permanentes desde entonces, con evolución negativa por falta de una política de Estado. Las características actuales del sistema peruano son el desempeño ineficiente y la discontinuidad, sin evaluación alguna, lo que determina un gran atraso con relación a los sistemas de salud de América. En el siglo XXI se han desaprovechado importantes esfuerzos técnicos para modernizar el sistema y sus funciones. El futuro es preocupante y el papel de las nuevas generaciones será decisivo.

Palabras clave: Sistemas nacionales de salud; Derecho a la salud; Gastos en salud; Seguridad social; Perú (fuente: DeCS BIREME).

ABSTRACT

In 1975, a group of professionals in Peru who were experts on national health systems began a process that led the country to be the first in South America to initiate a modern organization of the health system. This pioneering development meant that the creation of the National Health Services System [in Peru] in 1978 occurred before the health system reforms in Chile (1980), Brazil (1990), Colombia (1993), and Ecuador (2008). This encouraging start has had permanent reformist fluctuations since then, with negative development because of the lack of a State policy. Current features of the Peruvian system are inefficient performance, discontinuity, and lack of assessment, which creates a major setback in comparison with other health systems in America. In the 21st century, significant technical efforts have been missed to modernize the system and its functions. The future is worrying and the role of new generations will be decisive.

Key words: National health systems; Right to health; Health expenditures; Social security; Peru (source: MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

El sistema nacional de salud es el conjunto interrelacionado de organizaciones, instituciones, dependencias y recursos, incluidos aquellos vinculados con otros sectores, que realizan principalmente acciones de salud. Lo conforman, asimismo, todas las personas que actúan en él y todas las actividades que se realizan. La interrelación de los elementos es una interacción dinámica y da lugar a propiedades que no poseen las partes, como por ejemplo la concertación, coordinación y articulación de acciones. Cada país tiene un sistema nacional de salud, aunque parezca funcionar de manera no sistémica^(1,2).

Sin la organización moderna y el progreso del sistema nacional de salud no es posible alcanzar un nivel

aceptable de salud. Primero, porque los objetivos de un sistema nacional son mejorar la salud de toda la población, responder a sus expectativas y protegerla contra los riesgos financieros de la enfermedad y la discapacidad. En un sistema es muy importante cómo se protege a la persona contra los costos de la enfermedad y sus secuelas, cuál es el costo-beneficio de las prestaciones y cómo y en qué magnitud se recaudan los ingresos para el financiamiento; los sistemas de salud que responden a otros objetivos, por ejemplo neoliberales, no desarrollan cabalmente y no pueden lograr los objetivos en salud ni alcanzar los progresos que esperan. Segundo, porque el sistema nacional de salud tiene cuatro funciones esenciales: rectoría; financiamiento, incluida la recaudación; prestación de servicios, y generación de recursos humanos y físicos.

Tabla 1. Evaluación mundial del desempeño de los sistemas nacionales de salud: lugar ocupado entre 191 países (OMS 2000)

	Indicadores		
	Desempeño global del sistema	Capacidad de respuesta	Equidad de la contribución financiera
Francia	1	16	26
Italia	2	22	45
España	7	34	26
Chile	33	45	168
Costa Rica	36	68	64
EE.UU.	37	1	54
Cuba	39	115	23
Perú	129	172	184

Fuente: Informe sobre la Salud en el Mundo, OMS 2000⁽³⁾

La mayor o menor eficiencia en el desempeño de estas funciones explica las grandes brechas existentes entre los sistemas nacionales que funcionan bien y aquéllos que no lo hacen^(3,4).

Lograr un mejor nivel de salud y la satisfacción de las necesidades de la población está vinculado con otros factores condicionantes de la situación de salud, que suelen escapar del control del sector, como alimentación, educación, vestido, vivienda, trabajo, transporte, ambiente e intereses económicos y políticos. Por ende, la responsabilidad de la salud es también competencia de las instituciones de otros sectores sociales, económicos y políticos, sector privado, universidades y, en general, de todos. El sistema nacional de salud permite la visión del conjunto de procesos y facilita la coordinación intersectorial^(5,6).

Los resultados que alcanzaron algunos países con los tres indicadores principales utilizados en la evaluación contenida en el Informe 2000 de la Organización Mundial de la Salud, se reseñan en la Tabla 1, donde se observa un mejor desempeño global de los sistemas nacionales con seguro social universal. La capacidad de respuesta del sistema implica su desempeño ante los problemas de salud y sus determinantes⁽³⁾. Con posterioridad a la publicación del Informe 2000 surgieron divergencias que no encontraron un camino de entendimiento, por lo que este fundamental estudio mundial de sistemas de la OMS fue discontinuado hace catorce años.

CREACIÓN Y REFORMAS DEL SISTEMA PERUANO

En 1972 la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas aprobó el Plan Decenal de Salud para las Américas 1971-1980, en el que se fijó como meta: "...

la cobertura total de la población con sistemas de salud en todos los países de la región"⁽⁷⁾. Ese mismo año, y a fin de cooperar con los gobiernos "...en las decisiones fundamentales sobre el sistema destinado a satisfacer las necesidades de salud de cada país y las sociedades que lo constituyen...", la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP) –dirigida por Abraham Horwitz– editó su histórica Publicación Científica N.º 234 "Sistemas de salud"⁽⁸⁾.

Llegaba entonces al Perú en calidad de representante de la OSP Martín Vázquez Vigo, quien organizó un valioso apoyo técnico sobre sistemas nacionales de salud, logrando la difusión de los nuevos conocimientos y su complementación con la visita de expertos latinoamericanos, entre ellos durante dos años del reconocido planificador Antonio José González, exministro de salud de Argentina. Se conformó así un grupo de profesionales peruanos concedores de sistemas de salud, el cual entre 1975 y 1979 generó un proceso que llevó al país a ser el primero en América del Sur en crear y organizar un moderno sistema nacional de salud^(1,2).

Coincidiendo con el año de la Declaración de Alma-Ata, en 1978 se dio un avance pionero con la creación del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) por Decreto Ley 22365. El sistema tuvo año y medio de organizada y fructífera coordinación de todas las instituciones de salud a través del Consejo Nacional de Salud, y numerosos consejos regionales, concretó logros trascendentes para construir equidad, como el primer plan nacional de atención primaria de salud, un importante programa nacional de medicamentos básicos y la aprobación y desarrollo del Régimen de Prestaciones de Salud del Seguro Social para la extensión del seguro social a la familia (Decreto Ley 22482). El innovador proceso fue singularmente destacado por el director general de la Organización Mundial de la Salud Halfdan T. Mahler con la visita específica que hizo al Perú en 1980⁽⁹⁻¹²⁾.

Este alentador inicio, que había ocurrido antes de las reformas de los sistemas nacionales de salud en Chile (1980), Brasil (1990), Colombia (1993) y Ecuador (2008), tuvo sucesivos vaivenes reformistas desde entonces, con evolución negativa por falta de una política de Estado (Tabla 2).

Cuando en los años 40 a 60 del siglo XX, el Perú realizaba un ejemplar desarrollo moderno en salud con el valioso apoyo técnico de la Oficina Sanitaria Panamericana, ¿hubiera imaginado alguien el progresivo deterioro que comenzaría pocos años después y que en el siglo XXI se agravaría sin poderse avizorar un cambio? Lo evidente es que el Sistema Nacional de Servicios de Salud fue desacelerado en 1980, desactivado en 1985 sin evaluación alguna y derogado en 1990. Por Decreto

Tabla 2. Sistemas nacionales en América del Sur desde 1978

País	Inicio	Hace...	Reforma del sistema nacional de salud (a,b)	Gasto en salud per cápita 2011 (c)
Perú	1978	36 años	Sistema nacional de servicios de salud	283 (con economía destacada)
Chile	1980	34 años	Sistema dual: Isapres + Fonasa	1022 (es mayor en 361%)
Brasil	1990	24 años	Sistema único de salud + sistema privado (dual)	1119
Colombia	1993	21 años	Sistema nacional de mercado regulado	466
Ecuador	2008	6 años	Red pública integral + sector privado (dual)	362

Fuentes: (a) Academia Peruana de Salud. Enciclopedia Historia de la Salud en el Perú; v. 6, 2008 (1). (b) Revista de la Academia Peruana de Salud; v. 20(1), p.13, 2013. (c) Organización Mundial de la Salud; último informe 2011. Disponible en http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2014/es/ (citado el 26 de agosto del 2014) (13).

Legislativo 584 fue creado el Sistema Nacional de Salud (SNS) en 1990 y nunca fue reglamentado; en 1992 se crearon los sistemas locales de salud (Zonadis), que fueron desactivados en 1994 y eliminados el 2002. Por último, el actual Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud (SNCDs) fue creado por Ley 27813 el año 2002 y desacelerado el 2003, nunca tuvo prioridad, se intentó derogarlo el 2008, se pretendió desnaturalizarlo con varios proyectos de Ley el 2012 y su rectoría ha sido severamente debilitada con la prioridad del mercado en la "reforma" del 2013. Como consecuencia, las características principales del sistema de salud peruano son el desempeño ineficiente y la discontinuidad sin evaluación. Esto explica el gran atraso e inequidad con relación a los sistemas nacionales de salud de América. Y no podrá haber desarrollo si cada gobierno continúa estableciendo "su" política de salud⁽¹⁴⁻²¹⁾.

Pero hay más aun. En el siglo XXI han sido desaprovechados importantes esfuerzos públicos, técnicos y plurales para modernizar e impulsar el sistema nacional de salud y sus funciones:

CINCUENTA Y UNA (51) PROPUESTAS CONCERTADAS DE SOLUCIÓN (2001-2014)

En agosto del 2001, por gestiones previas con el recientemente elegido presidente constitucional de la República, fue creada la Comisión de Alto Nivel del Ministerio de Salud encargada de reiniciar el proceso de organización del sistema nacional de salud (R.M. 463-2001-SA/DM), la cual realizó durante cinco meses una labor concertada con 127 profesionales de todas las instituciones de salud y el apoyo de importantes organismos internacionales. Inclusive, por una gestión del gobierno peruano con la Embajada de Francia –país que el año 2000 había ocupado el primer lugar en el informe de la Organización Mundial de la Salud sobre evaluación del desempeño de los sistemas nacionales de salud– vino especialmente invitada una reconocida autoridad de la salud y la seguridad social francesa,

Pierre-Jean Lancry, quien brindó una excepcional consultoría.

La Comisión identificó en su informe final de enero de 2002, los diferentes problemas de salud existentes y planteó 51 propuestas de solución con acciones concertadas. Sin embargo, la única propuesta que tramitó el Ministerio de Salud fue la creación del Sistema Nacional Descentralizado de Salud (SNDS) y, con ella, se gestionó y aprobó la Ley 27813 del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud (SNCDs). Sin explicación alguna, fueron archivadas las otras 50 propuestas concertadas orientadas al desarrollo moderno de las diferentes funciones del sistema, entre ellas las siguientes: desarrollar la ciudadanía plena en salud con derechos y deberes; promover el aseguramiento universal en salud; definir un plan mínimo de atención en todo el sistema nacional de salud; coordinación efectiva de los prestadores de servicios de salud e intercambio de servicios; organización descentralizada de los niveles de atención de salud; regulación de la oferta y demanda de recursos humanos; creación del Servicio de Medicina y Salud Comunitaria (SERMEC); nuevos lineamientos de política de medicamentos, y creación de un fondo de apoyo a la ciencia y tecnología en salud^(1,2,16).

EVALUACIÓN TÉCNICA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD DEL PERÚ (2002-2014)

Desde su creación en 1978, el sistema nacional de salud nunca ha sido evaluado. En abril de 2002 la representación peruana a la XXII Jornadas de Economía de la Salud en Pamplona, España, conoció que la totalidad de sistemas nacionales de salud en Europa eran técnicamente evaluados cada trimestre. En representación de la OMS concurrió a dichas Jornadas el Dr. Christopher Murray –experto en evaluación del desempeño de los sistemas nacionales de salud y director ejecutivo de pruebas científicas e información para las políticas– a quien luego de proponerle en principio, ofreció venir al Perú con el fin de exponer el diseño de la evaluación. No obstante, sorprendió

la ausencia de formalización nacional de la invitación. Esta necesidad imperiosa no solo persiste doce años después, sino que es muchísimo mayor, pues dadas las severas ineficiencias del sistema y la obsoleta debilidad del financiamiento, sin evaluaciones técnicas no podrá concretarse el derecho a la salud para la gran mayoría de peruanos ^(1,2).

ANTEPROYECTO DE LEY DEL SERVICIO DE MEDICINA Y SALUD COMUNITARIA – SERMEC (2004-2014)

Su finalidad es desarrollar y fortalecer el primer nivel de atención del sistema nacional de salud con la estrategia de atención primaria de salud y recursos humanos calificados, fue elaborado por la Comisión de Apoyo a la Reforma en Salud (R.M. 988-2003-SA/DM) con participación y concertación de los diferentes comités nacionales del Consejo Nacional de Salud. Después de cinco meses de trabajo coordinado intensivo, fue concluido, aprobado y entregado a la autoridad en enero de 2004. Pero fue archivado sin explicación alguna ^(1-2,16).

ANTEPROYECTO DE LEY DE ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD (2004-2014)

Su finalidad es el aseguramiento universal en salud como medio para lograr el acceso al cuidado integral de la salud de toda la población. Este anteproyecto, con base social y solidaria, fue preparado, también, por la Comisión de Apoyo a la Reforma en Salud (R.M. 988-2003-SA/DM), con participación y concertación de los diferentes comités nacionales del Consejo Nacional de Salud. Fue concluido, aprobado y entregado a la autoridad en febrero de 2004 después de seis meses de trabajo coordinado intensivo, e igualmente fue archivado sin explicación alguna. El año 2009 se le utilizó como referencia en la formulación de la vigente Ley 29344, también denominada de Aseguramiento Universal en Salud, pero orientada con la política de mercado y desfinanciada ^(1-2,16).

Con estos inesperados e increíbles avatares, el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud y sus elementales funciones de rectoría, financiamiento, prestación de servicios y generación de recursos humanos y físicos subsisten muy lejos de un desempeño eficiente. El Consejo Nacional de Salud –carente de conducción eficaz– incumple la ley y sus funciones de concertación, coordinación, articulación y descentralización. En las distintas instituciones del sistema la descentralización está desarticulada y, más aun, existen deficiencias severas en todos los consejos regionales y provinciales, comprobadas el 2012 en el informe oficial de la Secretaría de Coordinación del

Consejo Nacional de Salud presentado al Congreso de la República ^(1,2,22,23). No se ha emitido norma alguna para mejorar el desempeño y evaluarlo, no obstante que la Organización Mundial de la Salud propicia y apoya desde el año 2000 la evaluación técnica de todos los sistemas nacionales de salud ⁽³⁻⁶⁾. Una realidad más en el país y en las universidades es que el significado e importancia de los sistemas nacionales de salud son casi desconocidos ^(1,2).

FUNCIÓN DE FINANCIAMIENTO DEL SISTEMA: DETERIORADA Y AÚN SIN REFORMA

Hay escasa conciencia en el Perú que en el siglo XX quedó demostrado a nivel mundial que el seguro social es el mejor sistema nacional de salud, con un financiamiento superior para el desarrollo social como se comprueba en diversas naciones europeas; a diferencia de menores resultados en los pocos sistemas estatales integrados (ex Unión Soviética y Cuba); o en los cuestionados modelos de mercado, donde predominan los intereses económicos empresariales sobre el derecho fundamental de todos a la salud (ej.: EE.UU. y Colombia) ⁽¹⁾.

Además, persisten en el país durante décadas dos posiciones extremas sobre sistemas nacionales de salud contrarias al desarrollo del seguro social: (a) El modelo socialista de integración de fondos, promovido desde 1968 por un gobierno inconstitucional estatista; y (b) El modelo neoliberal forzado por la banca internacional desde 1990. Ambos extremos ideológicos carecen del apoyo de la población y los asegurados, pero continuarán impidiendo el progreso nacional mientras subsistan. Desde la separación de salud y pensiones en el seguro social al crearse en los años 90 las Administradoras de Fondos de Pensiones (AFP) y las Entidades Prestadoras de Salud (EPS), el subdesarrollo social es progresivo, porque lo que preocupa prioritariamente al liberalismo económico es el máximo rendimiento empresarial ⁽¹⁹⁻²¹⁾.

Las carencias para un aseguramiento social factible y efectivo que determinó la Ley 29344 del 2009, al no haber sido afrontadas por la “reforma” de salud del 2013, perpetúan la inequidad y la exclusión neoliberal. El último informe de estadísticas sanitarias de la OMS, correspondiente al año 2011 y publicado hace pocas semanas, evidencia a tres años de vigencia de la mencionada ley que el gasto anual per cápita en salud en el Perú fue apenas de 283 dólares (de los cuales 96 fueron gasto “de bolsillo”), mientras que en Chile fue 1022 dólares, 361% mayor (Tabla 3) ⁽¹³⁾.

Tabla 3. América del Sur: gasto anual per cápita en salud (Promedio 2011 = 625 dólares)

Gasto 2011 per cápita (US \$)		Gasto 2011 per cápita (US \$)	
1. Uruguay	1.174	6. Colombia	466
2. Brasil	1.119	7. Ecuador	362
3. Chile	1.022	8. Paraguay	352
4. Argentina	866	9. PERÚ	283
		(96 gasto de bolsillo)	
5. Venezuela	487	10. Bolivia	115

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014; último informe 2011. Disponible en http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2014/es/ (citado el 26 de agosto del 2014) ⁽¹³⁾.

Este deterioro no es coherente en un país con economía de exportación destacada durante doce años. Como consecuencia, más del 20% de peruanos no está asegurado y el Seguro Integral de Salud tuvo apenas un gasto per cápita de 35 dólares (para 42% de la población) el año 2012; mientras en EsSalud fue 196 dólares (30% de peruanos) y en las EPS 542 dólares (1,7% de la población). Tal resultado implica que dos tercios de peruanos seguirán sin acceso a la atención integral de salud; y es poco probable que la oportunidad económica se repita ⁽²⁴⁻²⁸⁾.

Se trata de diferencias abismales –sin motivo aceptable– como realidad del subdesarrollo en salud y serán mayores aun, pues han sido suspendidos los aportes por gratificaciones en el seguro social y se pretende hacerlo ahora indefinidamente. ¿Que hubiera comentado frente a este enorme retroceso social el eminente Edgardo Rebagliati, precursor de la seguridad social peruana? No es difícil imaginar con el recuerdo de históricas expresiones en su ejemplar trayectoria pública ⁽²⁹⁻³²⁾.

Los diseños de las aportaciones y la recaudación debieron ser modernizados hace dos a tres décadas, porque excluyen a la mayoritaria población con trabajo informal, en la cual un porcentaje importante tiene ingresos de nivel medio y alto. Esta exclusión afecta seriamente el financiamiento contributivo, debido a que del total de trabajadores peruanos solo el 25,1% cotiza al seguro social, cuando en Sudamérica aporta el

Tabla 4. Algunos países a nivel mundial: Gasto anual per cápita en salud

Gasto 2011 per cápita (US \$)		Gasto 2011 per cápita (US \$)	
EE.UU.	8.467	Uruguay	1.174
Francia	4.968	Costa Rica	883
Italia	3.339	Cuba	605
España	2.978	PERÚ	283

Fuente: Organización Mundial de la Salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2014; último informe 2011. Disponible en http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2014/es/ (citado el 26 de agosto del 2014) ⁽¹³⁾.

46% y en los países de Europa cerca del 100%. Es otra diferencia inmensa ^(2,24,25,33). (Tabla 4)

SITUACIÓN ACTUAL

El ritmo que tuvieron las naciones de América del Sur durante el siglo XX en el desarrollo de la salud, se desvaneció en el Perú desde fines de los años sesenta con un gobierno estatista ajeno a la democracia. Desde el nivel medio que ocupaba la nación, pasó a los últimos lugares en la primera década del siglo XXI. La salud peruana es un ámbito subdesarrollado con insuficientes avances. Han influido de manera determinante en este declive el escaso conocimiento sobre sistemas nacionales de salud y seguridad social, una larguísima polarización por modelos opuestos de sistemas nacionales de salud, continuas e interesadas presiones económicas neoliberales externas e internas, la resultante débil rectoría y la inestabilidad por falta de una política de Estado en salud, lo que implica una notable diferencia con las naciones que desarrollan. Sin duda, de persistir esta tendencia, llevará al país al último lugar en la salud sudamericana ^(1,2,18,19).

La inequidad y las frustraciones de la población son crecientes por el desamparo en el primer nivel del sistema nacional de salud, la insuficiente y demorada atención en los otros niveles, la sobresaturación desesperada en emergencias y hospitales, y las frecuentes y prolongadas huelgas, todo ello con graves consecuencias. Hay una brecha profunda entre la realidad de salud y el discurso político, con la resultante distorsionada información en los medios de comunicación, lo que acentúa el desconocimiento y aleja el diálogo y las decisiones acertadas ^(1,2,18-21).

El crecimiento económico –generado por las exportaciones de materias primas con mejores precios internacionales– debió impulsar el desarrollo en salud hace doce años, pero no ocurrió. El Acuerdo Nacional, de julio de 2002, tampoco mostró resultados significativos en salud. Lo mismo ha sucedido con la “reforma” de salud del 2013, que en diez meses de vigencia ratifica mínimos avances, da toda la importancia al mercado y no al derecho a la salud, y elude los problemas esenciales del sector, como son la gravísima ineficiencia del sistema nacional de salud, el desfasado financiamiento y la insuficiente valoración de los recursos humanos ^(19-21,25,26,28).

UNA ALTERNATIVA SUPERIOR

Habiendo en el Perú condiciones desde hace más de una década para lograr un nivel muy superior en salud y aseguramiento social, se tiene que asumir la

responsabilidad de realizar un proceso exitoso de reforma y desarrollo. El país debe concertar una cabal política de Estado en salud, que afronte la crítica situación. El objetivo a alcanzar es el derecho fundamental de todos al cuidado integral de la salud y debería ser responsabilidad general en el proceso electoral del 2016^(1,2,18-21).

La política de Estado se construye por consenso a largo plazo y tendría que lograr una verdadera Ley de Aseguramiento Social Universal en Salud: solidario, equitativo, inclusivo, ético, obligatorio, factible, moderno y progresivo, financiado con estrategias efectivas, recaudación con tecnología de última generación y una inversión mayor al promedio sudamericano. La incorporación contributiva de todos los trabajadores formales e informales es esencial, a fin de recaudar con equidad sus aportes a través de las ventas y servicios. El volumen de población que se incorporaría al aporte contributivo sería elevado y progresivo. Se generaría así un aumento gradual de asegurados, con las positivas consecuencias de un mayor financiamiento, un desarrollo sin precedentes del seguro social y el incremento de la participación privada (complementaria y no alternativa). Pero esto no puede diferirse eternamente^(1,2,18-20,26,28). Inclusive el Banco Interamericano de Desarrollo propone ahora un nuevo esquema con impuesto al consumo, que reemplazaría a los aportes por planillas y triplicaría el número de asegurados cotizantes activos y permanentes^(19,34).

Resulta imprescindible entonces, organizar un diálogo nacional moderno para actualizar conocimientos y avances mundiales, como cuestión previa para concertar el desarrollo, terminar con la elusión de los problemas fundamentales del sector y afrontarlos con éxito. La Academia Peruana de Salud ha propuesto que a la brevedad se organice como nación dos foros internacionales sobre temas cruciales a exponer y concertar:

- (A) Evaluación del sistema nacional de salud; y,
- (B) Financiamiento contributivo e impositivo del aseguramiento social universal en salud⁽¹⁹⁾.

A continuación, será responsabilidad de todos concretar una alternativa factible y viable:

El Proyecto de Ley de "Política de Estado en Salud", el cual debe ser concertado con la totalidad de partidos políticos en el proceso electoral nacional del año 2016 y formulado como base sustentable esencial de una verdadera reforma peruana en salud a mediano y largo plazo. Los elementos cardinales del Proyecto de Ley son:

- I. Vigencia del derecho fundamental a la salud con acceso a la atención integral.
- II. Políticas nacionales principales para el desarrollo moderno del sistema nacional de salud, el aseguramiento social universal, los recursos humanos de salud y los nuevos conocimientos⁽¹⁹⁾.

En caso de seguirse desaprovechando la modernidad mundial en salud, continuarán en el Perú sucesivas décadas de injustificable subdesarrollo. El atraso es dramático y sus consecuencias permanecerían generando graves y crecientes problemas de salud, enfermedad y discapacidad a muchísimos peruanos. El papel de las nuevas generaciones será decisivo^(1,2,19,20).

Descargo de responsabilidad: las opiniones y afirmaciones contenidas aquí son propias del autor.

Fuentes de financiamiento: autofinanciado.

Conflictos de interés: el autor declara no tener conflictos de interés.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Academia Peruana de Salud. Historia de la Salud en el Perú. Sistema Nacional de Salud. Vol 6. Lima: APS; 2008.
2. Academia Peruana de Salud. Historia de la Salud en el Perú 2007-2011. Sistema Nacional de Salud. Aseguramiento social en salud. Vol 23. Lima: APS; 2013.
3. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra: OMS; 2000.
4. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2003: Forjemos el futuro. Ginebra: OMS; 2003.
5. Organización Mundial de la Salud. Evaluación del desempeño de los sistemas de salud: informe sobre el examen científico colegiado. 109ª Reunión del Consejo Directivo. Ginebra: OMS; 2001.
6. Organización Panamericana de la Salud. Evaluación y mejora del desempeño de los sistemas de salud en la región de las Américas. Washington, DC: OPS; 2001.
7. Organización Panamericana de la Salud. Plan decenal de salud para las Américas. Informe final de la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas; 1973 Oct 2-9. Washington, DC: OPS; 1973.
8. Organización Panamericana de la Salud. Sistemas de salud. Publicación científica 234. Washington, DC: OPS; 1972.
9. Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud. Creación del Sistema Nacional de Servicios de Salud. Pub. L. No. 22365 (1978).
10. Régimen de Prestaciones de Salud del Seguro Social del Perú, Pub. L. No. 22482. Mar 27, 1979.
11. Perú, Ministerio de Salud. Sistema Nacional de Servicios de Salud. Publicación SNSS-CNS-SC-002. Lima: MINSA; 1979.

12. Perú, Ministerio de Salud. Sistema Nacional de Servicios de Salud. Consejo Nacional de Salud. Boletín. 1980;(1).
13. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas sanitarias mundiales 2014 [Internet]. Geneva: OMS; 2014 [citado el 26 de agosto del 2014]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112817/1/WHO_HIS_HSI_14.1_spa.pdf?ua=1
14. Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, Pub. L. No. 584. 1990.
15. Perú, Ministerio de Salud. Propuesta de Organización y Funcionamiento del Sistema Nacional de Salud. Lima: Comisión de Alto Nivel del MINSA. Lima: MINSA; 1993.
16. Perú, Ministerio de Salud. Informe final de la Comisión de Alto Nivel para reiniciar la organización del Sistema Nacional de Salud Resolución Ministerial 463-2001-SA/DM. Lima: MINSA; 2002.
17. Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud, Pub. L. No. 27813. Lima; 2002.
18. Sánchez-Moreno F. La inequidad en salud afecta el desarrollo en el Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2013;30(4):676-82.
19. Academia Peruana de Salud. Pronunciamiento: Avances mundiales siguen postergados. Diario El Comercio. 2014 Jul 8; p.10.
20. Sánchez-Moreno F. La salud en el Perú como derecho fundamental. Exposición en el Día Nacional de la Salud. Congreso de la República. Lima, Perú. 13 de agosto del 2014.
21. Sánchez-Moreno F. La reforma de salud. Rev Soc Peru Med Interna. 2014;27(2):93-94.
22. Perú, Ministerio de Salud. Consejo Nacional de Salud. Of. N° 255-2012-SECCOR/CNS. 21 de febrero del 2012.
23. Perú, Congreso de la República; Comisión de Salud y Población. Documentos solicitados y recibidos por el grupo de trabajo sobre reforma del sistema nacional de salud y seguridad social universal. Lima, Perú. Febrero 2012.
24. Sánchez-Moreno F. Aseguramiento universal: Los procesos en el Perú y EE.UU. Sesión conjunta de la Academia Nacional de Medicina y la Academia Peruana de Salud. Rev Acad Peru Salud. 2010;17(2):26-34.
25. Academia Peruana de Salud. Foro "Salud y Desarrollo". El futuro de la salud en el Perú. Rev Acad Peru Salud. 2013;20(1):30-60.
26. Academia Peruana de Salud. Opiniones técnicas. Salud: 23 Decretos Legislativos (Ley 30073). Rev Acad Peru Salud. 2013;20(2):7-13.
27. De Habich M; Ministerio de Salud, Consejo Nacional de Salud. Lineamientos para la reforma del sector salud. Lima: MINSA; 2013.
28. Colegio Médico del Perú. Cuadernos de Debate en Salud. Reforma de Salud. En: Sánchez-Moreno F. Con la denominada "reforma de salud" del 2013 no hay desarrollo. Lima: CMP; 2014. p.35-42.
29. Rebagliati E. Exposición del Perú en la Conferencia Internacional del Trabajo. Rev Informaciones Sociales CNSS. 1938;2(7):699-705.
30. Rebagliati E. Quinta Conferencia de los Estados Americanos OIT. Rev Informaciones Sociales CNSS. 1952;7(3):5-17.
31. Gonzales D. Subdesarrollo y seguridad social. Rev Informaciones Soc. CNSS. 1965;20:3-7.
32. Aparicio-Valdez L. Discurso de orden en homenaje al doctor Edgardo Rebagliati Martins del Colegio de Abogados de Lima con motivo de los 100 años de su nacimiento. Revista Análisis Laboral. 1995(12).
33. Casali P. La iniciativa del piso de protección social. Contribuyendo al financiamiento sostenible de sistemas de salud de cobertura universal (OIT). I Conferencia Internacional de Aseguramiento Universal en Salud. Lima: OPS; 2010.
34. Levy S. A través de impuesto al consumo de trabajadores BID propone un nuevo esquema de contribución. Diario Gestión. 2014 May 16. p. 20.

Correspondencia: Francisco Sánchez Moreno
 Dirección: Monte Carmelo 428. Surco, Lima 33
 Teléfono: 372-2543
 Correo electrónico: samorel@speedy.com.pe