



# LA SALUD EN EL BICENTENARIO



PERÚ

Ministerio  
de Salud

## Catalogación hecha por la Biblioteca del Ministerio de Salud

La salud en el bicentenario / Ministerio de Salud - Lima: Ministerio de Salud; 2021.  
53 p. ilus.

GESTIÓN EN SALUD / DESARROLLO INSTITUCIONAL / POLITICA DE SALUD / IMPACTOS DE LA SALUD / PANDEMIAS / COBERTURA UNIVERSAL / REFORMA DE LA ATENCIÓN DE SALUD

### Un quinquenio de retos, camino al Bicentenario

#### Editor general:

Fernando Carbone Campoverde

#### Edición de estilo y cuidado de la publicación:

César R. Nureña

© MINSA, 2021

#### Ministerio de Salud

Av. Salaverry N° 801, Lima 11-Perú

Tel.: (51-1) 315-6600

<https://www.gob.pe/minsa/>

webmaster@minsa.gob.pe

1ª edición, julio de 2021.

Versión digital disponible: [por asignar]

### AUTORIDADES Y COLABORADORES

#### Óscar Raúl Ugarte Ubilluz

Ministro de Salud

#### Bernardo Elvis Ostos Jara

Viceministro de Prestaciones y Aseguramiento en Salud

#### Gustavo Martín Rosell de Almeida

Viceministro de Salud Pública

#### Silviana Yancourt Ruíz

Secretaria General – MINSA

#### Dalia Miroslava Suárez Salazar

Jefa del Gabinete de Asesores del Despacho Ministerial - MINSA

#### Fernando Ignacio Carbone Campoverde

Asesor del Despacho Ministerial - MINSA

#### Estela Aurora Roeder Carbo

Asesora del Despacho Ministerial - MINSA

#### Frank Wallace Britto Palacios

Asesor del Despacho Ministerial - MINSA

#### Equipo de la Oficina General de Comunicaciones del MINSA

---

#### Midori Musme Cristina Esther de Habich Rospigliosi

Exministra de Salud

#### Max Antonio Hernández Camarero

Secretario Ejecutivo del Acuerdo Nacional

#### Carlos Roberto Garzón Becerra

Representante de la OPS/OMS en el Perú

#### Celso Bambarén

Asesor Subregional para América del Sur, Emergencias Médicas de la OPS/OMS

#### Rubén Mayorga Sagastume

Exrepresentante Encargado de la OPS/OMS en el Perú

#### Janice Seinfeld

Investigadora

## ACRÓNIMOS

<b>AIRHSP</b>	Aplicativo Informático para el Registro Centralizado de Planillas y de Datos de los Recursos Humanos del Sector Público del MEF
<b>AN</b>	Acuerdo Nacional
<b>ANMAT</b>	Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica
<b>ANVISA</b>	Agencia Nacional de Vigilancia Sanitaria
<b>APEC</b>	Foro de Cooperación Económica Asia-Pacífico
<b>APOC</b>	Atención Primaria Orientada a la Comunidad
<b>APP</b>	Asociaciones Público Privadas
<b>APS</b>	Atención Primaria de Salud
<b>AUS</b>	Aseguramiento Universal en Salud
<b>BID</b>	Banco Interamericano de Desarrollo
<b>BIM</b>	Building Information Modeling
<b>BIREME</b>	Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud (antes Biblioteca Regional de Medicina)
<b>BIRF</b>	Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento
<b>BVS</b>	Biblioteca Virtual en Salud
<b>CAN</b>	Comunidad Andina
<b>CAS</b>	Contrato Administrativo de Servicios
<b>CEPLAN</b>	Centro Nacional de Planeamiento Estratégico
<b>CDC-Perú</b>	Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades
<b>CENARES</b>	Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud
<b>CICOM</b>	Célula de Información y Coordinación Médica
<b>CIE-10</b>	Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud, Décima Revisión
<b>CNS</b>	Consejo Nacional de Salud
<b>CRS</b>	Consejos Regionales de Salud
<b>CSMC</b>	Centros de Salud Mental Comunitaria
<b>DGAIN</b>	Dirección General de Aseguramiento e Intercambio Prestacional
<b>DGOS</b>	Dirección General de Operaciones en Salud
<b>DIGEMID</b>	Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas
<b>DIGEP</b>	Dirección General de Personal de la Salud
<b>DIGTEL</b>	Dirección General de Telesalud, Referencia y Urgencias
<b>DIPOS</b>	Dirección de Intercambio Prestacional, Organización y Servicios de Salud
<b>DIRESA</b>	Dirección Regional de Salud
<b>DIRIS</b>	Dirección de Redes Integradas de Salud
<b>DISAMU</b>	DISAMU Dirección de Servicios Médicos de Atención Móvil de Urgencias
<b>DPS</b>	Dirección de Promoción de la Salud
<b>EAMI</b>	Encuentro de Autoridades Competentes en Medicamentos de Países Iberoamericanos
<b>ECSI</b>	Emergency Care and Safety Institute
<b>EES</b>	Establecimientos de Salud
<b>EGRIS</b>	Equipos de Gestión de RIS
<b>EMA</b>	Agencia Europea de Medicamentos
<b>EMS</b>	Equipos Multidisciplinarios de Salud
<b>ENDES</b>	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
<b>ENSAP</b>	Escuela Nacional de Salud Pública
<b>EPS</b>	Entidad Prestadora de Salud
<b>ESSALUD</b>	Seguro Social de Salud
<b>FDA</b>	Agencia Reguladora de Medicamentos y Alimentos de los Estados Unidos
<b>FUA</b>	Formato Único de Atención
<b>GeoRIS</b>	Sistema Geoespacial de las Redes Integradas de Salud
<b>GERESA</b>	Gerencia Regional de Salud
<b>GTM</b>	Grupo de Trabajo Multisectorial
<b>HCE</b>	Historia Clínica Electrónica
<b>IAFAS</b>	Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud
<b>IAFAS FOSPEME</b>	Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud para el Personal Militar del Ejército del Perú
<b>IAFAS SALUDPOL</b>	Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú
<b>IAFAS-SIS</b>	Institución Administradora de Fondos de Aseguramiento en Salud del Seguro Integral de Salud
<b>IAL</b>	Instancia de Articulación Local
<b>IGSS</b>	Instituto de Gestión de Servicios de Salud

## ACRÓNIMOS

<b>INDECI</b>	Instituto Nacional de Defensa Civil
<b>INEI</b>	Instituto Nacional de Estadística e Informática
<b>INFORHUS</b>	Aplicativo informático del Registro Nacional del Personal de la Salud
<b>IOARR</b>	Inversiones de Optimización, de Ampliación Marginal, de Reposición y de Rehabilitación
<b>IPRESS</b>	Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
<b>IRAG</b>	Insuficiencia Respiratoria Aguda Grave
<b>MCI</b>	Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad
<b>MEF</b>	Ministerio de Economía y Finanzas
<b>MhGap Mental</b>	Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental
<b>NAEMT</b>	National Association of Emergency Medical Technicians
<b>OCDE</b>	OCDE Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos
<b>ODS</b>	Objetivos de Desarrollo Sostenible
<b>OGPPM</b>	Oficina General de Planeamiento, Presupuesto y Modernización
<b>OGTI</b>	Oficina General de Tecnologías de la Información
<b>OMS</b>	Organización Mundial de la Salud
<b>OPEE</b>	Oficina de Planeamiento y Estudios Económicos
<b>OPS</b>	Organización Panamericana de la Salud
<b>ORAS</b>	Organismo Andino de Salud
<b>PAG</b>	Programa de Alta Gerencia.
<b>PAS</b>	Procedimiento Administrativo Sancionador (SUSALUD)
<b>PCRIS</b>	Programa de Creación de Redes Integradas de Salud
<b>PEAS</b>	Plan Esencial de Aseguramiento en Salud
<b>PDG-APS</b>	Programa de Desarrollo en Gestión para la Atención Primaria de Salud
<b>PEES</b>	Programas Educativos Estratégicos en Salud
<b>PFL</b>	Programas de Formación Laboral de la ENSAP
<b>PIM</b>	Presupuesto Institucional Modificado
<b>PNA</b>	Primer Nivel de Atención
<b>PNISS</b>	Plan Nacional Integrado de Infraestructura de Salud
<b>PNMS</b>	Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030: Perú, País Saludable
<b>POI</b>	Plan Operativo Institucional
<b>PROFAM</b>	Programa Nacional de Formación en Salud Familiar y Comunitaria.
<b>PRONIS</b>	Programa Nacional de Inversiones en Salud
<b>RACSEL</b>	Red Americana de Cooperación sobre Salud Electrónica.
<b>RedPARF</b>	Red Panamericana para la Armonización de la Reglamentación Farmacéutica
<b>RENADS</b>	Registro Nacional de los Procesos de Articulación Docencia-Servicio en Salud.
<b>RENHICE</b>	Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas.
<b>RENIEC</b>	Registro Nacional de Identificación y Estado Civil
<b>RHUS</b>	Recursos Humanos en Salud
<b>RIS</b>	Redes Integradas de Salud
<b>RNT</b>	Red Nacional de Telesalud
<b>RRTS</b>	Redes Regionales de Transporte Sanitario
<b>RSC</b>	Registro Sanitario Condicional
<b>SAMU</b>	Sistema de Atención Móvil de Urgencia
<b>SERUMS</b>	Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud
<b>SERVICER</b>	Servicio COVID Especial
<b>SIAF</b>	Sistema Integrado de Administración Financiera
<b>SIENMECRO</b>	Sistema de Envío de Medicamentos a Pacientes Crónicos
<b>SIS</b>	Seguro Integral de Salud
<b>SISMED</b>	Sistema Integrado de Suministro de Medicamentos e Insumos Médico-Quirúrgicos
<b>SSE</b>	Seguro Social del Empleado (creado en 1948)
<b>SSO</b>	Seguro Social Obrero (creado en 1936)
<b>SUNEDU</b>	Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria.
<b>SUSALUD</b>	Superintendencia Nacional de Salud
<b>TIC</b>	Tecnologías de la Información y la Comunicación
<b>UCI</b>	Unidad de Cuidados Intensivos
<b>UGIPRESS</b>	Unidad de Gestión de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud
<b>UHSM</b>	Unidades de Hospitalización en Salud Mental y Adicciones

## TABLA DE CONTENIDOS

Acrónimos	Página
<b>Presentación</b>	
1 Antecedentes, evolución y perspectivas de la políticas de salud en el Perú / Dr. Óscar Ugarte Ubilluz .....	10
2 El Acuerdo Nacional y la salud / Dr. Max Hernández .....	16
3 Breve recuento en materia de rectoría y gasto público / Dra. Midori de Habich .....	20
4 Un quinquenio de cambios mundiales: la Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible / Dr. Carlos Roberto Garzón.....	25
5 La pandemia de COVID-19 en las Américas / Dr. Rubén Mayorga y Dr. Celso Bambarén.....	28
6 Aportes para la transformación de la salud en un contexto de crisis / Dr. Fernando Carbone .....	32
7 El camino de la cobertura universal / Janice Seinfeld .....	48

## Bibliografía

## TABLAS Y FIGURAS

### Tablas

1. Hechos significativos del periodo 2016-2021, con énfasis en la rectoría del sector salud
2. Gasto público por división funcional de salud
3. Gasto público per cápita por división funcional de salud
4. Modelo conceptual del Sistema de Salud

### Figuras

1. Evolución del aseguramiento en salud a nivel nacional
2. Cobertura Universal de Salud
3. Perú: evolución de los presupuestos en salud, 2002-2019
4. Nuevo mapa mental del desarrollo político-sectorial en salud



## PRESENTACIÓN

Al celebrar el Bicentenario y como parte de los homenajes por estos 200 años de vida republicana, qué mejor que honrar la frase: **“EL PAÍS QUE CUIDAMOS”**; quienes trabajamos en el sector salud nos guiamos por el pensamiento del maestro David Tejada de Rivero<sup>1</sup>, quien nos enseñó que el mensaje y la actividad principal de quienes trabajamos en salud no es la atención médica reparativa, sino el **CUIDADO INTEGRAL DE LA SALUD**; el cual tiene un gran compromiso con la promoción de la salud, con la prevención de riesgos y, también por supuesto, con la atención de calidad para todos nuestros connacionales.

Sin duda alguna la pandemia es lo urgente. Y lo importante, es el Cambio y Transformación de la Salud, para tener un futuro diferente. La senda trazada conduce progresivamente a La Unificación del Sistema en todos sus aspectos, al crecimiento del financiamiento de la salud y al desarrollo de un primer nivel de atención de primera, para el país, en el marco de la seguridad social universal.

Tenemos que caminar a un sistema de salud integrado y a la vez cumpliendo con una tarea que es esencial y de la que todos somos tributarios: el fortalecimiento del primer nivel de atención, donde es más factible combinar el cuidado de la salud en el sentido integral que significa promover salud, prevenir enfermedades y riesgos y significa también atención de las personas. Para que la propuesta sea integral tenemos que plantearnos el cierre de brechas: tenemos déficit en el nivel de recursos humanos, nos falta inversión en infraestructura y equipamiento e insumos para poder enfrentar no solo esta pandemia, sino en general todos los retos; esto requiere que el país priorice la salud dándole los recursos financieros necesarios para que pueda tener un sector como se merece, un país que celebra su bicentenario y que quiere mirar adelante, hacia el futuro.

El bicentenario que nos ha tocado en este contexto de pandemia, nos ayuda a reflexionar que el primer nivel de atención constituye el puntal de la salud pública, y donde debe desarrollarse el concepto de atención primaria en salud, entendida como los cuidados en torno a las personas, a la familia y a la comunidad.

Para eso debemos tener servicios de salud que vayan más allá de los establecimientos de salud y que se instalen en cada uno de los hogares, en las escuelas y en los sitios públicos. Y por eso mismo, en este momento del bicentenario, es importante recordar algunas enseñanzas de insignes peruanos que iniciaron esta apuesta de la salud, como por ejemplo el Doctor Manuel Núñez Butrón en Puno, donde desde una mirada indigenista de salir a las zonas rurales, llevaba la salud a los lugares más distantes; o como el mismo Doctor Tejada, que decía que la atención en realidad son cuidados, que deben partir de las mismas personas y familias, y sobre todo del sistema de salud hacia los hogares.

La salud debe instalarse justamente para brindarle las condiciones a las personas para que aun cuando se tenga una enfermedad, se puedan mantener saludable. La mirada del sistema de salud, no debe partir desde la enfermedad, sino desde estar sano y saludable. Queremos seguir trabajando en esa misma línea integral, donde se vea la parte física, biológica, pero también, la parte de salud mental, de salud social.

Finalmente, todo lo anterior es posible por **LAS PERSONAS QUE CUIDAN PERSONAS**. Los nuevos perfiles de profesionales, técnicos y administrativos, entre otras acciones, confirman nuestro aprecio, respeto y homenaje, a los héroes y mártires que cuidan nuestra salud y protegen nuestra vida.

1. Ex Ministro de Salud del Perú (Dos veces); Ex Subdirector de la OMS; organizador de la Conferencia Mundial de Salud de Alma Ata sobre Atención Primaria de la Salud; héroe de la salud de las Américas.

# 1 ANTECEDENTES, EVOLUCIÓN Y PERSPECTIVAS DE LAS POLÍTICAS DE SALUD EN EL PERÚ

Dr. Oscar Ugarte Ubilluz  
Ministro de Salud

En el Perú, el cuidado de la salud de las personas históricamente ha sido responsabilidad de las familias y la sociedad. Es pertinente señalar dos antecedentes previos a la época republicana. En primer lugar, en tiempos prehispánicos la salud era objeto de un abordaje integral. En su Nueva crónica y buen gobierno (1615), Felipe Guamán Poma de Ayala describe la organización social en el Tawantinsuyo por grupos etarios y funciones, que incluían el cuidado de la salud y de los enfermos. Había claras orientaciones para garantizar un adecuado manejo de la salud, con ordenanzas aprobadas por el Inca e, igualmente, había ordenanzas para los especialistas en estas tareas. Según Guamán Poma de Ayala, los enfermos eran atendidos por su familia o la comunidad. Es decir, la organización social del Tawantinsuyo incorporaba obligaciones para lo que actualmente denominaríamos un régimen de seguridad social integral.

Luego, el momento de la Conquista significó un quiebre de aquel sistema, en el contexto de otros trastornos en el ordenamiento social, con graves consecuencias para la cohesión social, la producción, la educación y otros aspectos. Durante la Colonia, el estado virreinal no asumió responsabilidades en el ámbito del bienestar social. Tanto la educación como la salud pasaron a ser áreas de exclusiva competencia de las familias, mientras que los únicos servicios de salud organizados eran los establecidos por órdenes religiosas como una forma de caridad hacia los pobres, con hospitales financiados por familias ricas que donaban dinero y propiedades. Las personas pudientes recibían atención domiciliaria por parte de unos pocos médicos formados en Europa. **Es así que, en 1821, existían en el Perú solo cincuenta hospitales, once de los cuales se ubicaban en Lima.**

Más adelante, en las primeras décadas de la República peruana, se crearon las primeras “beneficencias” en Lima (1834), Cusco (1835), Trujillo (1847), Huancayo (1847), Arequipa (1848), Callao (1849) y otras ciudades, en un esfuerzo por institucionalizar un sistema de administración de los recursos donados por las familias adineradas. El Estado no contaba con servicios de salud propios, salvo las primeras sanidades militares que operaban durante confrontaciones bélicas. El modelo sanitario colonial persistió durante la República hasta el siglo XX, cuando recién y progresivamente se comienzan a reconocer algunos derechos sociales de los peruanos.



El derecho al trabajo, a la educación, a la salud y otros derechos sociales, frutos de conquistas que se lograban en el mundo hacia fines del siglo XIX, empiezan a integrarse en el ordenamiento social y político peruano en las primeras décadas del siglo XX, notablemente con el establecimiento de la jornada laboral de ocho horas en 1918. **La Constitución Política de 1933 es la primera que reconoce los derechos sociales, priorizando la educación y, más tímidamente, los referidos a la salud.** Dicha Constitución indicaba, en su artículo 52, que “el Estado defiende el derecho del niño a la vida del hogar, a la educación, a la orientación vocacional, y a la amplia asistencia cuando se halle en situación de abandono, de enfermedad o de desgracia”. Como se puede apreciar, en ese entonces se reconocía ampliamente el derecho a la educación, mientras que la preocupación por la salud aparecía más asociada con situaciones de abandono.

En 1934, durante el gobierno del general Oscar R. Benavides, se creó el Ministerio de Salud Pública, Trabajo y Previsión Social. En esta primera estructuración, el Ministerio estableció servicios nacionales dirigidos a combatir las principales epidemias, como la malaria, la tuberculosis, la lepra, las enfermedades venéreas, entre otras. Estas fueron experiencias pioneras de lo que tiempo después se conocería como atención primaria de la salud (APS, con la Conferencia de Alma-Ata de 1978), impulsadas en el país por los doctores Hugo Pesce (en la provincia de Andahuaylas) y Manuel Núñez Butrón (en Puno y el altiplano boliviano-peruano).

En 1936 se promulgó la Ley 8433 que creó el Seguro Social Obrero (SSO), la primera institución peruana de previsión social, que funcionaba con el aporte de empleadores y trabajadores de la naciente industria peruana, en lo que fue el primer paso hacia el aseguramiento universal en salud. El fondo del SSO sirvió para la construcción del Hospital Obrero de Lima (1941, hoy denominado Hospital Almenara) y la implementación de una red de establecimientos menores para la atención de estos asegurados. Así tomaba cuerpo una tercera tendencia en la organización de servicios de salud, en adición a los hospitales de caridad administrados por las beneficencias y a los servicios del naciente Ministerio de Salud, adaptándose en el Perú las orientaciones impulsadas por Otto von Bismarck en la Alemania del siglo XIX. En esta misma línea, se creó en 1948 el Seguro Social del Empleado (SSE), que en la década de 1950 sostuvo la construcción del Hospital del Empleado en Lima (luego denominado Hospital Rebagliati) y otros hospitales en varias regiones del país. Ambos seguros se fusionaron en 1975, y en 1980 pasaron a constituir el Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS), que desde 1999 pasó a llamarse EsSalud.



En las Fuerzas Armadas, si bien existían servicios de salud desde los tiempos de la Independencia, estos se limitaban a intervenciones de cirugía de guerra en esa época y durante los conflictos entre caudillos militares a lo largo del siglo XIX. Fue recién a mediados del siglo XX que se crearon verdaderos sistemas de atención para los militares, policías y sus familias. Expresión de ello fue, en la década de 1950, la construcción del Hospital del Ejército, el Hospital Naval, el Hospital de la Policía Nacional y, posteriormente, el Hospital de la Fuerza Aérea. Años después se habilitaron otros servicios castrenses de menor capacidad resolutive en más zonas del país. Este subsistema de servicios de salud, aunque tenía una organización autónoma, en realidad se contemplaba como una variante de los derechos laborales, sustentado por los aportes de los miembros de las instituciones.

Paralelamente a la creación de los subsistemas públicos de salud señalados, desde la segunda mitad del siglo XIX surgieron servicios de salud privados que atendían las necesidades de varios grupos de inmigrantes, sobre todo franceses, italianos, británicos y estadounidenses, y luego también japoneses<sup>1</sup>. Por su parte, las grandes empresas mineras, petroleras, azucareras y de otras ramas de la producción implementaron servicios privados para sus trabajadores. Con la creciente importancia que se le reconocía al cuidado de la salud, desde mediados del siglo XX aparecieron en Lima varias clínicas, gestionadas por grupos religiosos, iniciativas privadas familiares, profesionales de la salud y grupos empresariales<sup>2</sup>. En otras partes del país, la implementación de servicios privados de salud fue

<sup>1</sup> La primera clínica privada en el Perú fue la Maison de Santé, fundada en 1866 por la Sociedad Francesa de Beneficencia para ciudadanos franceses residentes en el Perú. Con la misma orientación, a principios de 1900 la Sociedad Italiana de Beneficencia creó la Clínica Italiana. En 1921 se fundó la Clínica Angloamericana, por iniciativa de ciudadanos británicos y estadounidenses que llegaron al Perú con las primeras empresas mineras, petroleras y comerciales de sus países. En la década de 1960 se estableció el Policlínico Peruano-Japonés, y más adelante el Hospital de la Amistad Perú-Japón.

<sup>2</sup> Como la Clínica Good Hope (1947), fundada por la Iglesia Adventista, y las clínicas Stella Maris (1956) y Tezza (1971), ambas regentadas por religiosas católicas. Entre las iniciativas familiares destacan las clínicas Delgado y Losada, aparecidas en la década de 1940. En 1958, un grupo de médicos creó la Clínica San Felipe, y en 1959 el Grupo Brescia estableció la Clínica Internacional. En los años sesenta se fundó la Clínica Javier Prado, en los setenta las clínicas Ricardo Palma y San Borja, y en los ochenta las clínicas Vesalio, Montefiori y Santa Teresa. En los años noventa surgen las clínicas Limatambo, Oncosalud, El Golf, San Pablo y San Judas Tadeo, y poco después, las clínicas San Gabriel, Jesús del Norte, Jockey Salud y otras.

impulsada principalmente por grupos de médicos independientes. **Y, desde inicios del siglo XXI, se ha registrado un crecimiento “explosivo” de la salud privada**, con nuevas clínicas, seguros, empresas prestadoras de salud (EPS), cadenas farmacéuticas, redes de laboratorios, etcétera.



Este proceso se desarrolló a la par de los cambios en el ordenamiento legal y político del país. Con la Constitución política de 1979 se ampliaron los derechos en salud y seguridad social. En su artículo 12, dicha Constitución establecía que “El Estado garantiza el derecho de todos a la seguridad social. La ley regula el acceso progresivo a ella y su financiación”, y en el 13 que **“La seguridad social tiene como objeto cubrir los riesgos de enfermedad, maternidad, invalidez, desempleo, accidente, vejez, muerte, viudez, orfandad y cualquier otra contingencia susceptible de ser amparada conforme a ley”**. Su artículo 15 indicaba que “Todos tienen derecho a la protección de la salud integral y el deber de participar en la promoción y defensa de su salud, la de su medio familiar y de la comunidad”, y el 16 definía varias responsabilidades estatales: “El Poder Ejecutivo señala la política nacional de salud. Controla y supervisa su aplicación. Fomenta las iniciativas destinadas a ampliar la cobertura y calidad de los servicios de salud dentro de un régimen pluralista. Es responsable de la organización de un sistema nacional descentralizado y desconcentrado, que planifica y coordina la atención integral de la salud a través de organismos públicos y privados, y que facilita a todos el acceso igualitario a sus servicios, en calidad adecuada y con tendencia a la gratuidad. La ley norma su organización y funciones”.

Luego de la aprobación de la Constitución de 1979, le correspondía al Estado formular e implementar políticas para garantizar los derechos en salud y seguridad social, lo que implicaba regular el acceso a servicios de salud de calidad, proyectando el logro de la gratuidad. Sin embargo, la Constitución de 1993 restringiría los derechos en salud, eliminando la función de garantizar el acceso generalizado a los servicios de salud con tendencia a la gratuidad. En su artículo 7, esta nueva Constitución plantea que: “Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. La persona incapacitada para velar por sí misma a causa de una deficiencia física o mental tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad”. El artículo 9 señala que “El Estado determina la política nacional de salud. El poder ejecutivo norma y supervisa su aplicación. Es responsable de diseñarla en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud”. Luego, según el artículo 10, “El Estado reconoce el derecho universal y progresivo de toda persona a la seguridad social, para su protección frente a la contingencia que precise la ley y para la elevación de su calidad de vida”, en tanto que el artículo 11 indica que “El Estado garantiza el libre acceso a prestaciones de salud y a pensiones, a través de entidades públicas, privadas o mixtas. Supervisa asimismo su eficaz cumplimiento”.



**La Constitución de 1993, vigente en la actualidad, mantiene el reconocimiento del derecho universal a acceder a la seguridad social;** no obstante, en la práctica, esto se encuentra condicionado por el trabajo estable, y se elimina la posibilidad de que las personas que no cumplen con esta condición puedan acceder a servicios de salud de calidad subsidiados por el Estado, como se había planteado en 1979.

Aun así, en el devenir posterior han surgido diversos avances. En 1997 se puso en marcha el seguro escolar gratuito, en 2000 el seguro materno y en 2001 el Seguro Integral de Salud (SIS), que amplió la cobertura a distintos colectivos y grupos etarios. Sobre esta base, en 2009 la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud (AUS) extendió el derecho de todos a acceder a servicios de salud. El AUS se propone garantizar el “derecho pleno y progresivo de toda persona a la salud” (artículo 1) y

el acceso “a un conjunto de prestaciones de salud de carácter preventivo, promocional, recuperativo y de rehabilitación, en condiciones adecuadas de eficiencia, equidad, oportunidad, calidad y dignidad” (artículo 3); y contempla, además, un “Financiamiento subsidiado para aquella población más pobre y vulnerable, así como mecanismos para evitar la selección adversa” (artículo 4). Un concepto clave de la Ley del AUS es que el derecho a la salud no es completo si no se garantiza el acceso a servicios de salud en forma universal, por lo que corresponde al Estado subsidiarlos para la población pobre y vulnerable. **Esta norma abrió un proceso que permitió a un 88,2% de la población peruana ejercer su derecho a acceder a servicios de salud.**



**Hacia el año 2020 se logró tener al 95,5% de la población afiliada a un seguro de salud**, mayoritariamente al SIS (61,7%), en segundo lugar a EsSalud (24,1%) y en tercer lugar a sanidades militares o policiales y a sistemas privados (24,1%). El incremento del aseguramiento público ha ido de la mano de un aumento del financiamiento público en salud, aunque sigue siendo insuficiente. Este financiamiento creció casi diez veces en cifras absolutas entre los años 2000 y 2019, y el financiamiento del SIS (del costo variable del aseguramiento público), que en el 2002 era de 131 millones de soles, llegó en el 2019 a un valor de 1 750 millones de soles (14 veces su valor inicial), habiendo alcanzado un monto máximo de 2 200 millones de soles en el 2018.

El aseguramiento público tiene actualmente dos retos importantes: por un lado, lograr incorporar al 100% de la población, de acuerdo con la normatividad sobre cobertura universal en salud<sup>3</sup>; y, por otro lado, ampliar el plan de beneficios de EsSalud<sup>4</sup>. En síntesis, el gran desafío del Estado en materia de aseguramiento universal es incrementar los beneficios y mejorar sustantivamente la oferta de servicios de salud. Al llegar al Bicentenario de la República, se habrá recorrido un camino de algo más de ocho décadas de esfuerzos para universalizar el acceso a la salud para los peruanos. Estamos ad portas de conseguirlo.

<sup>3</sup>Decreto de urgencia que establece medidas para la cobertura universal de salud”, [DU N° 017-2019](#) (El Peruano - Normas Legales, 28/11/2019).

<sup>4</sup>Aprueban el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud - PEAS”, [DS N° 016-2009-SA](#) (28/11/2009).

Figura 1. Evolución del aseguramiento en salud a nivel nacional

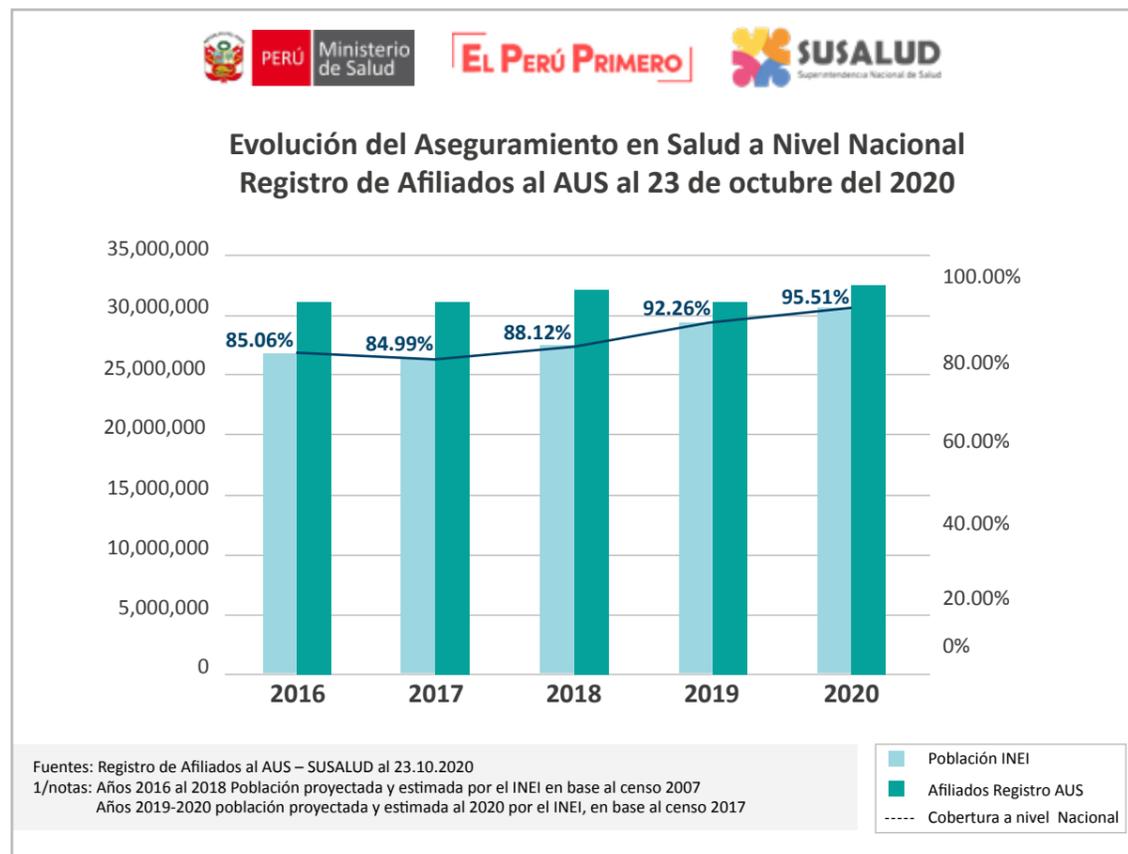


Figura 2. Cobertura Universal de Salud

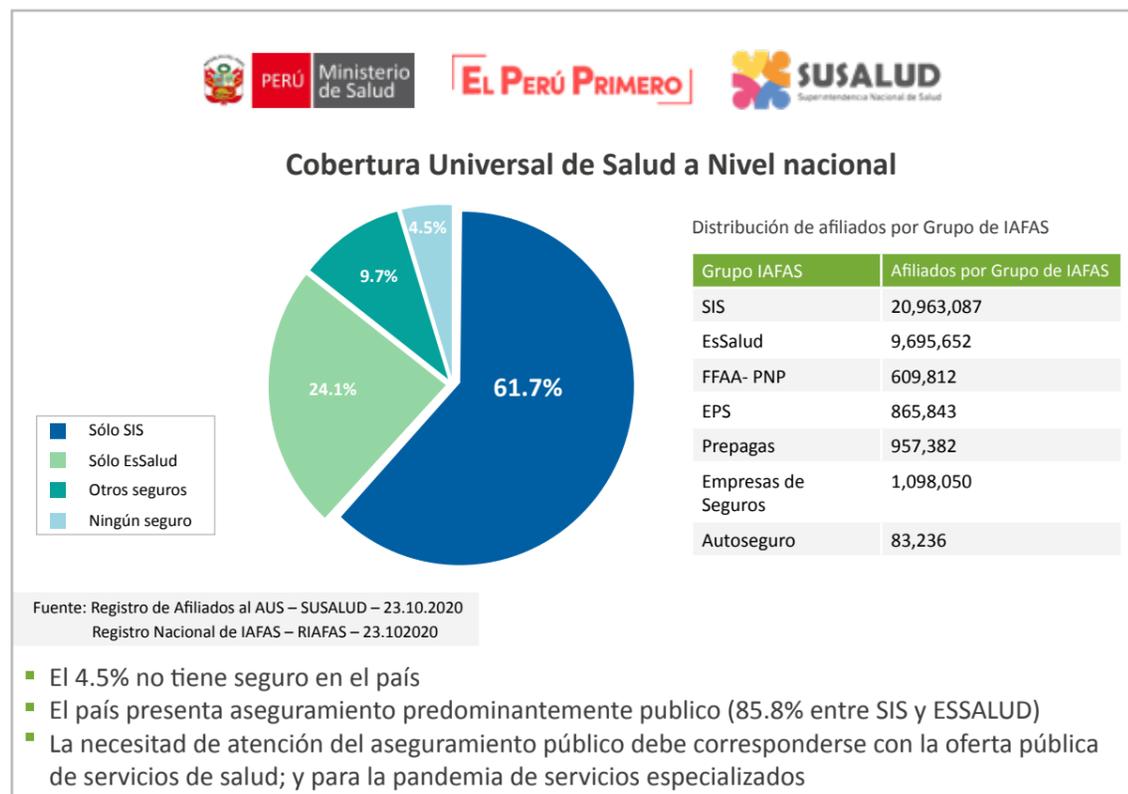
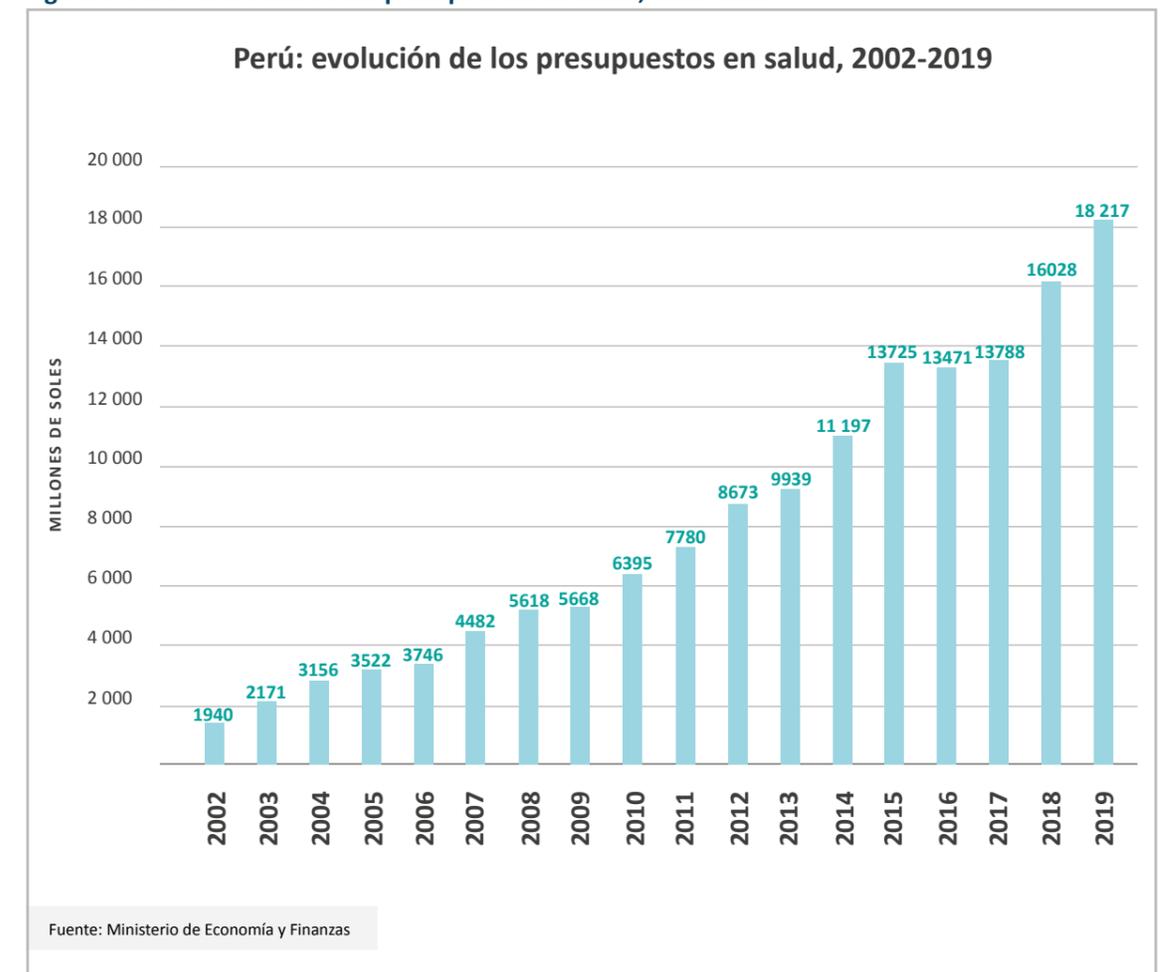


Figura 3. Perú: evolución de los presupuestos en salud, 2002-2019



## 2 El Acuerdo Nacional y la salud

Dr. Max Hernández  
Secretario Ejecutivo del Acuerdo Nacional

La invitación a escribir uno de los textos introductorios de la memoria institucional del Ministerio de Salud correspondiente al quinquenio 2016-2021, que agradezco muy especialmente, me brinda la oportunidad de hacer un apretado recuento de los consensos alcanzados en el **Acuerdo Nacional en materia de salud a lo largo de sus casi veinte años de existencia**.

El Acuerdo Nacional es una institución integrada por instituciones, la única instancia del país que reúne a los tres niveles de gobierno (nacional, regional y local), los partidos políticos con representación en el Congreso y las organizaciones de la sociedad civil más representativas a nivel nacional. **Su principal propósito es la institucionalización del diálogo como práctica democrática fundamental para construir consensos sobre los grandes temas del país y plasmarlos en políticas de Estado.** En tanto éstas encauzan las decisiones públicas hacia el cumplimiento de objetivos de largo plazo en los que todos estamos de acuerdo, no solo les confieren mayor legitimidad, sino que también propician que cada nuevo gobierno continúe lo avanzado en esa dirección por el gobierno anterior.



Una serie de usos y costumbres que se observan en el Acuerdo Nacional se han ido decantando en lo que podría verse como una metodología para la construcción de consensos. **Las propuestas que se elaboran en sus diversas instancias, para ser puestas a consideración del pleno del Foro del Acuerdo Nacional,** requieren que se compatibilice distintas concepciones e intereses para lograr una formulación -aceptada por todos- orientada a alcanzar el bien común. Los asuntos en los que persisten las disensiones seguirán siendo objeto de debate, en otros espacios regidos por las normas de la competencia política propia de la democracia.

Desde sus primeros momentos, el Acuerdo Nacional consideró que la salud pública es de trascendental importancia **para lograr uno de sus cuatro objetivos generales: desarrollar el país con equidad y justicia social. Esto se refleja en la decimotercera política de Estado, "Acceso Universal a los Servicios de Salud y a la Seguridad Social",** suscrita en 2002<sup>1</sup>, que está orientada a asegurar las condiciones para un acceso universal a la salud en forma gratuita, continua, oportuna y de calidad, con prioridad en las zonas de concentración de pobreza y en las poblaciones más vulnerables; potenciar la promoción de la salud y la prevención y control de enfermedades transmisibles, crónico degenerativas, mentales y los problemas de drogadicción; promover la participación ciudadana en la gestión y evaluación de los servicios públicos de salud; ampliar el acceso al agua potable y al saneamiento básico, y desarrollar un plan integral de control de las principales enfermedades emergentes y reemergentes de acuerdo con las necesidades de cada región; capacitar de manera oportuna y adecuada a los actores involucrados en las acciones de salud; y promover la investigación biomédica, operativa y de la medicina natural y tradicional.

En enero de 2015, a propuesta de la presidenta del Consejo de Ministros y el ministro de Salud, se formó un grupo de trabajo sobre la reforma en salud en el que, además de las organizaciones que integran el Acuerdo Nacional, participaron instituciones, gremios profesionales y expertos del sector.

En el proceso de construcción de consensos se recogieron también los aportes del Consejo de Coordinación Viceministerial y de los ministerios de Comercio Exterior y de Economía y Finanzas. Finalmente, en octubre de ese año se difundió el documento resultante, titulado Los objetivos de la reforma de salud<sup>2</sup>, que comprende tres partes. La primera plantea que el ser humano es el fin de la reforma en salud, y que esta y la seguridad social son derechos fundamentales para el desarrollo humano, que generan las condiciones para una vida digna y plena, y son esenciales para la igualdad de oportunidades. La segunda parte subraya la urgencia de cerrar brechas en el acceso a la salud y a la seguridad social en salud, para lo cual, como primer paso, se requiere fortalecer el Seguro Integral de Salud y fomentar, regular y coordinar de manera efectiva el rol complementario del sector privado en la política nacional de salud. La tercera señala algunos factores críticos que es necesario atender: cerrar la brecha cualitativa, cuantitativa y territorial de profesionales, técnicos, auxiliares asistenciales y administrativos de la salud; definir un plan estratégico nacional multianual de inversiones, con el objetivo de garantizar una infraestructura, equipamiento y mantenimiento coordinados, suficientes y adecuados a nivel nacional, regional y local; promover la modernización, adaptación, transferencia e innovación tecnológicas, así como la investigación básica y aplicada en salud con protección de los derechos humanos; e incrementar progresivamente el porcentaje del presupuesto público del sector salud.



**En 2019, el Acuerdo Nacional aprobó la Visión del Perú al 2050<sup>3</sup>, que describe la situación de bienestar que se aspira alcanzar para entonces y que es la base para la formulación del Plan Estratégico de Desarrollo Nacional (con el mismo horizonte temporal).** En lo concerniente a la salud, considerada como un aspecto esencial para que los peruanos y las peruanas alcancen su potencial en igualdad de oportunidades sin discriminación para gozar de una vida plena, la visión es que:

*El acceso al cuidado y a la atención pública de la salud es universal, equitativo, oportuno y de calidad, con enfoque intercultural, en todo el territorio. Se fomentan estilos de vida saludable y la prevención de enfermedades. Los niveles de anemia, desnutrición crónica infantil y tuberculosis han disminuido notablemente. Se promueve el cuidado de la salud mental, sexual, reproductiva y bucal, así como la prevención y el control de enfermedades transmisibles y crónico-degenerativas. Se garantiza la óptima atención en todos los niveles, priorizando el primer nivel como entrada al sistema de salud.*

<sup>1</sup>V. [Políticas de Estado](#) del Acuerdo Nacional.

<sup>2</sup>Documento del Acuerdo Nacional del 22 de octubre de 2015.

<sup>3</sup>Disponible en: <https://www.ceplan.gob.pe/visionperu2050/> (Acceso 25/6/2021).

Al año siguiente, el Acuerdo Nacional suscribió el *Compromiso Solidario con la Protección de la Vida "Perú: Hambre Cero"*<sup>4</sup> y el documento *Medidas inmediatas para reactivar la economía y preservar la salud*<sup>5</sup>, con la intención de responder a la crisis sanitaria, social y económica producida por la pandemia de COVID-19, que ha traído como consecuencia otras serias amenazas a la salud, como el hambre y diversas formas de malnutrición. A través de ellos se comprometió a priorizar la vida y el derecho a la salud, con especial atención a la población más vulnerable, facilitando la conjunción de esfuerzos públicos y privados orientados a cubrir las necesidades alimentarias básicas y de acceso al agua potable; eliminar focos de contagio; garantizar el acceso al primer nivel de atención en salud; identificar y priorizar medicamentos e insumos críticos para proteger la salud; tomar en cuenta la situación epidemiológica de regiones y localidades para el desarrollo de las actividades económicas; y observar protocolos de bioseguridad, entre otros.



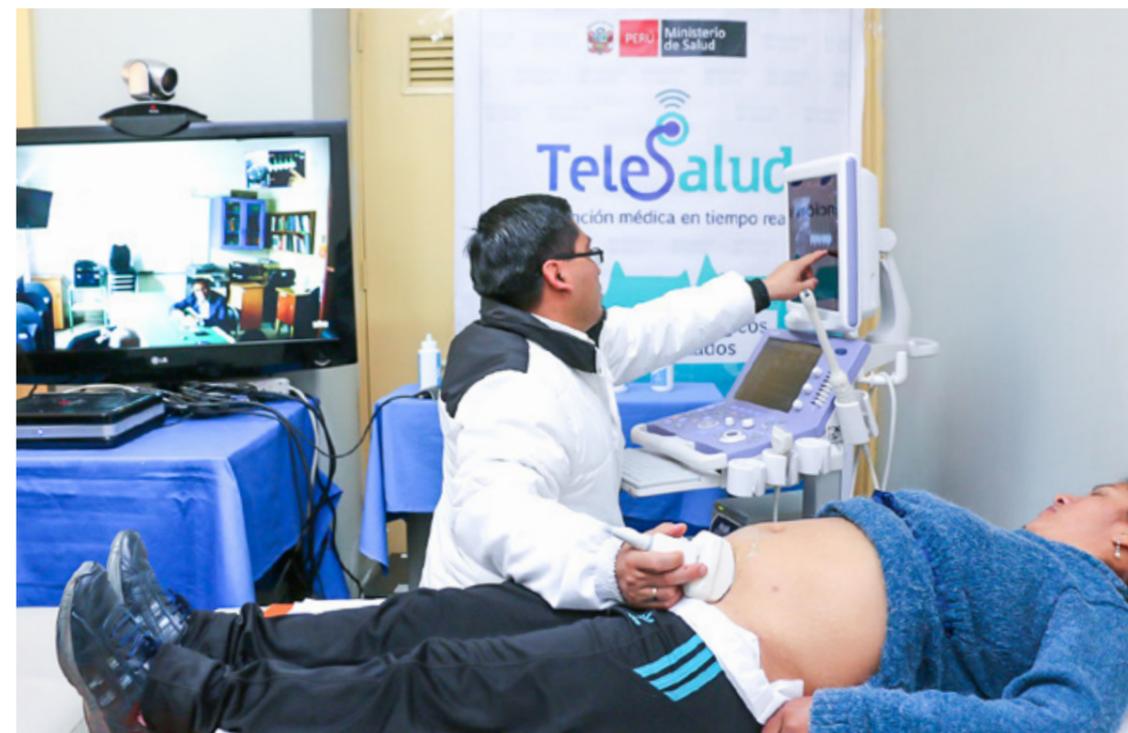
**Próximamente, el Acuerdo Nacional presentará a las autoridades electas en los últimos comicios generales un conjunto de consensos en torno a seis temas clave para la agenda nacional del siguiente quinquenio, entre ellos la construcción del sistema unificado de salud.** Las propuestas en esta materia son el producto de un grupo de trabajo del Acuerdo Nacional que incluyó la participación de instituciones, gremios y expertos del sector, así como de la OPS, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y el Centro de Planeamiento Estratégico Nacional (CEPLAN), y los aportes recogidos en reuniones descentralizadas con autoridades, funcionarios públicos y representantes de organizaciones de la sociedad civil de todos los departamentos del país

**Las propuestas consensuadas tienen como objetivo construir un sistema unificado de salud centrado en el bienestar de la persona, las familias y la comunidad, que asegure el ejercicio pleno del derecho a la salud y a la seguridad social a través del acceso universal a la atención de la salud basado en la atención primaria de la salud, con oportunidad, equidad, calidad y calidez, y que reduzca sustantivamente el gasto de bolsillo.** Subrayan que el cuidado de la salud debe responder a las características del curso de vida de la persona, tomar en cuenta los determinantes sociales, respetar los derechos humanos, la igualdad entre hombres y mujeres y las diferencias culturales, y acoger la participación ciudadana, promoviendo además la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos.



<sup>4</sup>Compromiso suscrito el 22 de mayo de 2020 por representantes del Estado, partidos políticos, organizaciones de la sociedad civil y otras instancias.

<sup>5</sup>Documento suscrito el 4 de junio de 2020.



El documento consensuado enfatiza que, para hacer posible un sistema unificado de salud con estas características, es necesario que sea financieramente sostenible, funcione de manera descentralizada en todo el territorio nacional bajo la rectoría del Ministerio de Salud (con una gestión transparente, eficaz, eficiente y con articulación intersectorial e intergubernamental), e incluya de forma complementaria la oferta del sector privado. También debe contar con equipos multidisciplinarios de salud completos, competentes y con condiciones laborales dignas, y con una estructura sanitaria ecoamigable basada en redes integradas de salud (articuladas a un sistema de referencias y contrarreferencias), con un primer nivel de atención fortalecido como puerta de acceso al sistema. El documento plantea, además, que los medicamentos son un bien esencial para garantizar el derecho fundamental a la salud, que la infraestructura del sistema unificado debe responder a las necesidades de la población, a los requerimientos de interoperabilidad y a las características del territorio, **y destaca la importancia de impulsar la telesalud.**

Como se puede inferir de lo señalado, el derecho a la salud pública y la seguridad social ha sido un asunto de interés primordial en el Acuerdo Nacional. Los consensos logrados entre las instituciones que lo componen en pro de una perspectiva comunitaria, con amplia participación social y la función complementaria del sector privado, son un incentivo para que los propósitos planteados impulsen la sinergia necesaria para tan exigente tarea.

### 3 Breve recuento en materia de rectoría y gasto público

Dra. Midori de Habich  
Exministra de Salud

Para fines de análisis se tipifican tres subperiodos de la gestión gubernamental en salud de los años 2016 a 2021. En el primer subperiodo, que se denomina aquí **“Reconcentración de funciones en el MINSA”**, se produjo la desactivación del recientemente creado Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS), que tenía la misión de gestionar los servicios de salud ubicados en Lima Metropolitana; es decir, de asumir el rol de Unidad de Gestión de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (UGIPRESS) de alcance nacional y de las redes de Lima Metropolitana. Asimismo, se preveía que el IGSS desempeñara la función de asistencia técnica y soporte para la gestión de los establecimientos públicos de los gobiernos regionales. Con ello, se buscaba que el Ministerio de Salud concentre sus esfuerzos en sus funciones principales de rectoría y salud pública.

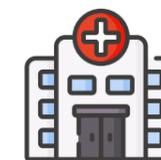
Tabla 1. Hechos significativos del periodo 2016-2021, con énfasis en la rectoría del sector salud

Subperiodo	Gasto público en salud	Gestiones ministeriales
2016-2017 <b>Reconcentración de funciones en el MINSA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Retorno de funciones de gestión de servicios de salud al MINSA.</li> <li>Retorno de funciones de categorización y acreditación de establecimientos de salud al MINSA.</li> <li>Debilitamiento de la articulación intergubernamental e intersectorial.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>2,1% del PBI.</li> <li>10% del presupuesto público.</li> <li>70% de ejecución de inversiones.</li> </ul>
2017-2019 <b>Inestabilidad gubernamental</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aprobación de la ampliación de la cobertura pública del aseguramiento universal.</li> <li>Aprobación de la modernización de la seguridad social.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>2,2% del PBI.</li> <li>10,2% del presupuesto público.</li> <li>62% de ejecución de inversiones.</li> </ul>
2020-2021 <b>Respuesta a la pandemia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estrictas medidas de confinamiento. Débil vigilancia epidemiológica y articulación comunitaria.</li> <li>Concentración en respuesta de atención hospitalaria.</li> <li>Conducción de la estrategia de vacunación universal y gratuita.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>3,2% del PBI, (2,4% sin gasto COVID).</li> <li>12% del presupuesto público (11% sin gasto COVID).</li> <li>66% de ejecución de inversiones (63% sin gasto COVID).</li> </ul>

A su vez, se revirtieron al MINSA las funciones asociadas a la categorización de los establecimientos de salud que se habían delegado a la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD). Asimismo, se detuvo el proceso de aprobación del modelo de acreditación de establecimientos de salud, que se había diseñado con el apoyo de la Fundación Donabedian y que establecía un estándar mínimo obligatorio de acreditación para todos los establecimientos de salud, sean públicos o privados. Cabe también recordar que SUSALUD se vio debilitada al reducirse los requisitos de los perfiles de cargos para el Superintendente y los miembros del Consejo Directivo.



Estos roles fueron asumidos por el MINSA sin que este se encontrara organizacionalmente preparado para manejarlos. Por ejemplo, las funciones referidas a la calidad de los servicios fueron asignadas a una “oficina funcional”; y no es de sorprender, entonces, que se haya registrado un escaso avance en este tema durante el periodo quinquenal de gestión. Si bien estas decisiones apuntaban a revertir algunos arreglos institucionales asociados a la Ley Marco del Aseguramiento Universal de Salud (AUS), no se presentó un modelo alternativo claro, lo que dificultó la conducción del sistema de salud en el siguiente subperiodo de 2017 a 2019. Tal situación se agravó por la frecuente rotación de las autoridades de alto nivel del MINSA, con cuatro gestiones ministeriales en estos años.



A fines de 2019 se retomó la política de AUS, estableciéndose medidas para ampliar la cobertura a quienes carecían de un seguro de salud<sup>1</sup>. Sin embargo, no se estableció una política explícita para la movilización del financiamiento requerido para este fin. EsSalud, por su parte, aprobó el Libro Blanco, que contiene sus lineamientos de adecuación institucional a la Ley Marco del AUS. Ambos procesos se vieron interrumpidos en su reglamentación e implementación por la emergencia de la COVID-19 en 2020.

El último subperiodo, de 2020 a 2021, es el de la respuesta a la pandemia de COVID-19, acompañado de una persistente crisis política que implicó nuevos recambios ministeriales (seis gestiones).

Desde una mirada comparativa a nivel internacional, el Perú aparece entre los países más afectados por la pandemia. Esto, a pesar de haberse dispuesto tempranamente un confinamiento rígido de la población solo nueve días después de la detección del primer caso local de coronavirus<sup>2</sup>. No obstante, se evidenciaron luego las limitaciones en la implementación de medidas complementarias de control de la epidemia y de salud pública, la escasa cobertura de las redes de protección social y las debilidades institucionales, como factores explicativos del curso posterior (Koh et al. 2020).



En general, el esfuerzo del MINSA se enfocó sobre todo en ampliar las capacidades para cuidados críticos y la disponibilidad de camas UCI en hospitales del subsector público de la capital del país. Esta respuesta se puede caracterizar como fragmentada y desigual, por su concentración en Lima Metropolitana, la restringida rectoría sobre el sistema y el limitado alcance a nivel nacional. En esta coyuntura, el MINSA enfrentó dificultades para corregir oportunamente algunas medidas iniciales que resultaron inadecuadas (como el uso de pruebas rápidas en la detección del coronavirus y el control de la epidemia, y el empleo de medicamentos sin evidencia de eficacia ni efectividad). Aun así, se puede destacar como un aspecto positivo el significativo despliegue de la telemedicina, un avance que debe ser sostenido y reforzado a futuro.

<sup>1</sup>Con la aprobación del “Decreto de urgencia que establece medidas para la cobertura universal de salud”, [DU N° 017-2019](#) (EP-NL, 28/11/2019).  
<sup>2</sup>El COVID-19 Stringency Index le asignó al Perú un valor de 94,44 en una medición compuesta en base a nueve indicadores de respuesta a la pandemia, que incluyen cierres de escuelas, cierres de lugares de trabajo y prohibiciones de viaje, en una escala de 0 a 100 (100 = más estricto).

Desde 2021, junto a la vacunación contra la COVID-19, se observa una progresiva corrección de las principales debilidades en la conducción del ente rector. **Se modificó el plan inicial de vacunación para consolidar un único proceso conducido por el MINSA, estableciéndose un orden de prioridad más claro y fortaleciéndose las negociaciones con diversos laboratorios para la adquisición de las vacunas.** Es así que la gestión ministerial iniciada en febrero de 2021 ha señalado que, para julio de este año, se alcanzará una meta de vacunación de cinco millones de personas a nivel nacional, y que se ha asegurado un suministro de vacunas en número suficiente (60 millones de dosis) para que el siguiente gobierno pueda continuar e incluso acelerar el proceso de inmunización.



#### Gasto público en salud en el periodo 2016-2020

En el periodo analizado el gasto público en salud se mantuvo relativamente estable, tanto como proporción del PBI como del presupuesto público, registrándose un incremento significativo solo en 2020 debido al gasto adicional para enfrentar la pandemia. **En términos nominales ha habido una tendencia creciente con un incremento de 26% entre 2016 y 2019, y de 67% de 2016 a 2020 como consecuencia del gasto en COVID-19.** El aumento en gestión fue de 41% en todo el periodo, aun descontando el rubro de la pandemia, lo que merece un análisis más detallado.



El gasto en salud para enfrentar la COVID-19 ascendió a S/ 5 600 millones en 2020, de los cuales el 52% se destinó a la atención médica especializada, el 19% a la atención básica y el 17% a la salud colectiva. Si se descuenta el gasto COVID-19, se nota en 2020 un estancamiento con respecto al año anterior en todos los rubros (salvo en gestión, como se ha indicado; v. tabla 2). Es importante asegurar que en 2021 y en adelante no se revierta el incremento del gasto originado por la respuesta a la pandemia.

En el periodo 2016-2019 se asignó un promedio de apenas S/ 47 por persona al año para el rubro de salud colectiva, lo que se elevó a S/ 68 en 2020 (v. tabla 3). El análisis de la asignación en la salud individual considera los siguientes supuestos: 15% de gasto administrativo; referencia con base en el sueldo mínimo vital (SMV: S/ 930) y una cobertura del 70% de la población. Con estos parámetros, el gasto público per cápita en salud equivale a una "contribución" del 5,6% y 7,4% del SMV para los años 2019 y 2020, respectivamente, lo que contrasta con el 9% de la contribución a la seguridad social.

Es necesario extraer lecciones de este periodo gubernamental en salud, lo cual es una tarea inconclusa. Algunas preguntas clave son: ¿cómo afectó al sistema de salud el intento de reversión de la política del AUS?, ¿qué significó la concentración de funciones rectoras y de prestación de servicios en el MINSA sin una estructura organizacional adecuada?, ¿cómo impactó el continuo cambio de autoridades a la capacidad rectora y la institucionalidad del MINSA?, y, en última instancia, ¿cómo han incidido estos factores en la respuesta del MINSA a la pandemia?

Aun cuando está pendiente un entendimiento más completo de estos temas, es posible, a la luz de lo mostrado, **señalar algunas líneas de acción generales para el próximo gobierno:**

- **El ente rector necesita reforzar su capacidad de concertación estratégica sectorial e intergubernamental.** Para ello, debe crearse una Secretaría de Conducción Estratégica adscrita al Despacho Ministerial, con la tarea de facilitar:
  - La institucionalización del proceso de planificación estratégica y de definición de prioridades en salud.
  - El desarrollo de un paquete prioritario de políticas, que oriente a los diseñadores e implementadores sobre la cobertura universal y la integración del sistema de salud, con base en el aprobado Plan Nacional Multisectorial de Salud al 2030: Perú, País Saludable.
  - La institucionalización del sistema de monitoreo y evaluación de las políticas y del desempeño del sistema de salud para la rendición de cuentas.
  
- **Se debe fortalecer el funcionamiento de SUSALUD,** reinstaurando los perfiles de cargos y funciones con altos niveles de exigencia para los miembros de su Consejo Directivo, ampliando su ámbito de acción para la regulación y supervisión de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento (IAFAS) y las IPRESS, y devolviéndole las funciones revertidas al MINSA referidas a la categorización y acreditación de la calidad de las IPRESS.
  
- **El MINSA debe diseñar y liderar una política con estrategias viables de financiamiento de la salud,** orientada a un progresivo, planificado, efectivo y equitativo cierre de las brechas de acceso a la atención de salud de diversos grupos poblacionales. Esta labor implica una concertación con los actores del sistema de salud, incluyendo al Ministerio de Economía y Finanzas y al Poder Legislativo, y la definición de una estrategia explícita y financiada para el fortalecimiento de la salud pública. De esta manera se podrá articular una mejor respuesta a la pandemia de COVID-19 y a emergencias futuras, siempre que la política y sus estrategias le den un mayor énfasis a la salud comunitaria y su vinculación con el primer nivel de atención.

Tabla 2. Gasto público por división funcional de salud 1/(en millones de soles)

	2016	2017	2018	2019	2020	2020 sin COVID
<b>Total</b>	<b>13 529</b>	<b>14 466</b>	<b>16 113</b>	<b>17 076</b>	<b>22 542</b>	<b>16 940</b>
% PBI	2,1%	2,1%	2,2%	2,2%	3,2%	2,4%
% Presupuesto público	10,0%	9,7%	10,2%	10,7%	12,4%	10,6%
Gestión	2 509	2 202	3 021	3 394	3 900	3 527
Salud colectiva 2/	1 203	2 013	1 352	1 390	2 222	1 269
Salud individual	9 817	10 250	11 739	12 292	16 419	12 143
Atención médica básica	4 815	5 206	5 716	5 849	6 903	5 814
Atención médica especializada	4 014	4 130	5 030	5 456	8 370	5 483
Servicios de Dx & T	606	650	686	659	847	585
Resto	383	265	307	328	300	261

Tabla 3. Gasto público per cápita por división funcional de salud 1/ (en soles)

	2016	2017	2018	2019	2020	2020 sin COVID
Gestión 3/	81	70	94	104	120	108
Salud colectiva 2/ 3/	39	64	42	43	68	39
Salud individual 4/	453	466	524	540	719	532
Atención médica básica	222	237	255	257	302	255
Atención médica especializada	185	188	225	240	366	240
Servicios de Dx & T	28	30	31	29	37	26
Resto	18	12	14	14	13	11

1/ Ajustado para excluir doble contabilidad de donaciones y transferencias del SIS.

2/ Incluye gestión de riesgos y emergencias.

3/ Gasto / Población total.

4/ Gasto / Población cubierta por el sector público (70% de la población total).

Dx & T: Diagnóstico y tratamiento.

Fuente: MEF-SIAF (presupuesto público); BCRP (PBI); INEI (población).

Elaboración propia.

## 4 Un quinquenio de cambios mundiales: la Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible

Dr. Carlos Roberto Garzón

Representante de la OPS/OMS en el Perú

El mundo afronta una crisis humanitaria y sanitaria sin precedentes por la pandemia de COVID-19, que ha tenido un grave impacto social y económico, aumentando la pobreza y la desigualdad. Son aún inciertas sus consecuencias a largo plazo, pero el impacto actual significa ya un retroceso global para el logro de la mayor parte de **los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)** planteados en la Agenda 2030, sobre todo en los países y grupos de población más pobres.

El último Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 2020 de las Naciones Unidas<sup>1</sup> no integraba aún el impacto de la pandemia de COVID-19, pero ya reportaba que solo unas pocas metas se habían cumplido a nivel regional, que algunas solo serían alcanzables con mayores intervenciones de política y que otras parecen inalcanzables. **En dicho informe, el Perú ocupaba el puesto 61 de 166 países según el índice de puntuación de los ODS** (con una cifra de 71,8%, sobre el promedio regional de 70,4%). No obstante, el impacto de la pandemia supone un riesgo para mantener los avances, o revertir las tendencias negativas de algunos indicadores particularmente afectados por esta circunstancia.



A inicios de junio de 2021, a nivel mundial se reportan oficialmente más de 170 millones de casos de COVID-19, en tanto que la cifra de personas fallecidas se aproxima a los cuatro millones. Para Perú se registran cerca de dos millones de casos, y un análisis realizado por una comisión oficial de especialistas arrojó una cifra de algo más de 180 mil personas fallecidas por esta enfermedad<sup>2</sup>. A esto se añade un incremento en la tasa de mortalidad por causas distintas de la COVID-19.



<sup>1</sup> Disponible en <<https://unstats.un.org/sdgs/report/2020/>> (Acceso 2/6/2021).

<sup>2</sup> Informe: "Criterios técnicos para actualizar la cifra de fallecidos por COVID-19 en el Perú" (31/5/2021), elaborado por el Grupo de Trabajo Técnico creado mediante RM N° 095-2021-PCM (14/4/2021).

Es innegable que los factores agravantes del impacto de la pandemia estaban ya presentes antes de ella, y que **con su llegada se reveló la vulnerabilidad de los sistemas de salud y la falta de preparación para la respuesta a emergencias sanitarias de la mayor parte de los países de las Américas y del mundo**. De ahí que, en los próximos años, sea imprescindible asegurar la equidad en torno a la salud y ahondar los esfuerzos para universalizar la cobertura y el acceso a la salud. Bajo esta perspectiva, la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible está más vigente que nunca, pues constituye una base consensuada a nivel global que podría constituir el acelerador que se requiere para la recuperación posterior a la pandemia, un mayor impulso a los avances alcanzados y el logro de un equilibrio entre las tres dimensiones del desarrollo sostenible: social, económica y medioambiental.

**La Agenda 2030 proyecta la visión de un mundo más equitativo, sin discriminación y en el que se respeten los derechos humanos, enfatizando el mensaje de “no dejar a nadie atrás”.** En esta perspectiva la salud ocupa un lugar fundamental, en el objetivo de “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades” (ODS 3), que directa o indirectamente guarda relación con la mayoría de los ODS. Las trece metas en salud incorporan líneas de enfoque en torno a las enfermedades no transmisibles y la cobertura sanitaria universal, siendo esta última la columna vertebral para el desarrollo de la equidad en salud.



**Es importante reafirmar el compromiso de los países de las Américas con esta visión y sus metas mundiales plasmadas en la Agenda de Salud Sostenible para las Américas 2018-2030 (OPS 2019)<sup>3</sup>.** Este instrumento estratégico de política para el desarrollo de la salud en la región ha de servir para no perder de vista las metas a largo plazo, mientras se trabaja colectivamente para superar los desafíos sanitarios más inmediatos. De este modo, la Agenda puede contribuir a mantener el norte en medio de quiebres en los procesos de toma de decisiones (por coyunturas de crisis política o cambios de gestión) y a evitar la fragmentación en el despliegue de planes, estrategias e intervenciones sanitarias, sin dejar de considerar la heterogeneidad geográfica y cultural del país.



El Perú ha dado un paso importante con el establecimiento de la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030: Perú, País Saludable, formulada en concordancia con la Visión del Perú al 2050<sup>4</sup>. Por supuesto, queda aún un largo camino por recorrer para alcanzar lo planteado en esta visión de país, que requiere del compromiso de la sociedad y la decisión de avanzar en esa dirección. Para conseguirlo es importante la aplicación de enfoques de trabajo orientados a múltiples actores sociales y la adaptación de los ODS a las realidades subnacionales y locales, la medición de los avances y un compromiso con la rendición de cuentas (Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo 2016). Asumir este rumbo implica abordar algunos retos en la planificación del desarrollo (CEPAL 2018). El primero es la intertemporalidad, con una acción pública implementada en múltiples horizontes y periodos de gobierno, que articule los acuerdos e interacciones. **En este sentido, es crucial la participación del Acuerdo Nacional y los consensos que de ahí se desprendan para un nuevo plan de desarrollo nacional después del 2021.**

<sup>3</sup> Esta Agenda expresa el compromiso de los países con la visión de un continente americano más saludable y equitativo, en armonía con los principios mundiales establecidos, la reafirmación del derecho a la salud, el trabajo continuo en favor del acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud, y el desarrollo de sistemas de salud resilientes, con capacidad para analizar y actuar sobre los determinantes de la salud. Para ello, se planteó la promoción de esta visión en los más altos niveles de toma de decisiones (incluyendo tanto a actores gubernamentales como no gubernamentales) y en la ejecución, seguimiento, evaluación de los avances y la rendición de cuentas con respecto a su cumplimiento.

<sup>4</sup> Aprobada por el Foro del Acuerdo Nacional en 2019.

El segundo es la articulación entre diferentes instancias gubernamentales y de la sociedad para lograr soluciones integrales e inclusivas, como resultado de la participación en espacios de diálogo que permitan avanzar hacia un objetivo común de país.



**Hasta el momento, el Gobierno del Perú ha elaborado dos informes nacionales voluntarios sobre la implementación de la Agenda 2030, presentados al Foro Político de Alto Nivel para el Desarrollo Sostenible (CEPLAN 2017, 2020).** Además, se ha elaborado la línea de base de los indicadores de los ODS (INEI 2016), pero hace falta información para la fijación de metas y el seguimiento de los avances.

Para alcanzar la meta de la Agenda 2030 de “no dejar a nadie atrás” será fundamental el liderazgo político que conduzca a consolidar el desarrollo sostenible, con el cuidado de la salud de la población, la recuperación de la economía, la reducción de desigualdades y la atención de la crisis ambiental. No es posible avanzar sin tomar en cuenta estos factores.

## 5 La pandemia de COVID-19 en las Américas

**Dr. Rubén Mayorga**

Coordinador del Programa Subregional para América del Sur de la OPS/OMS

**Dr. Celso Bambarén**

Asesor Subregional para América del Sur, Emergencias Médicas, OPS/OMS

Del 16 de diciembre de 2019 al 2 de enero de 2020 fueron hospitalizadas 41 personas en Wuhan, China, con neumonía de origen desconocido. Eventualmente, se confirmó que se trataba de casos de infección por el nuevo SARS-CoV-2, tal como fue reportado por el Centro Chino para el Control y la Prevención de Enfermedades el 9 de enero de 2020.



**El 30 de enero de ese año, la OMS declaró el actual brote como una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII),** y el 8 de febrero le dio a dicha enfermedad el nombre de COVID-19, por “nuevo coronavirus 2019”. El primer caso en la región de las Américas se confirmó en los Estados Unidos el 20 de enero de 2020, seguido de otro reporte de Brasil el 26 de febrero. Desde entonces, la COVID-19 se ha propagado a los 56 países y territorios de la región de las Américas.



**El 11 de marzo de 2020, la COVID-19 fue declarada una pandemia por el Director General de la OMS,** quien más adelante, el 31 de julio, comunicó además que el brote de COVID-19 seguía constituyendo una ESPII. Luego, el 9 de julio, anunció la constitución del Grupo independiente de preparación y respuesta frente a las pandemias, el cual presentó su informe en mayo de 2021 (The Independent Panel for Pandemic Preparedness and Response 2021), con siete recomendaciones basadas en sus hallazgos.

Hasta el 17 de mayo de 2021 han sido notificados 162 773 940 casos confirmados de COVID-19 a nivel mundial, registrándose también 3 375 573 defunciones confirmadas. De todos estos, el 40% de los casos y el 47% de las defunciones corresponden a la región de las Américas.

Las curvas epidémicas de casos a nivel mundial muestran que, con excepción del período que va del 18 de enero al 29 de marzo de 2021, el número de casos notificados semanalmente en 2021 es superior al número registrado en los mismos meses de 2020. El mundo está aprendiendo cómo responder a oleadas y brotes recurrentes de COVID-19 durante el tiempo transcurrido desde que se describió esta enfermedad.



**En el primer cuatrimestre de 2021 fueron notificados 26 684 044 casos confirmados de COVID-19 en las Américas, con 657 055 defunciones.** El 53% de los casos fueron confirmados en Norteamérica, 44% en Sudamérica, 2% en Centroamérica y 1% en el Caribe. En cuanto al número de defunciones, en Norteamérica se reportó el 51%, en Sudamérica el 47% y, en Centroamérica y el Caribe, 1% en cada subregión.

### Aspectos destacados

#### 1. Variantes de SARS-CoV-2

Desde la caracterización genómica inicial del SARS-CoV-2, han sido descritos diferentes grupos genéticos o clados producto de mutaciones, parte del proceso natural de evolución de los virus. Las denominaciones clado, linaje y variante son arbitrarias y no corresponden a ninguna jerarquía taxonómica acordada.

**Hasta mayo de 2021, 43 países y territorios de las Américas han reportado a la plataforma GISAID más de medio millón de genomas de SARS-CoV-2.** El 25 de febrero de 2021 la OMS propuso definiciones operativas para las variantes de interés de este virus (VOI, siglas en inglés de variants of interest) y para variantes de preocupación (VOC, variants of concern) (OMS 2021). También detalló las acciones que tomará para apoyar a los institutos nacionales de salud y laboratorios de referencia de los estados miembros. Se priorizan las variantes de mayor relevancia para la salud pública y las medidas de respuesta, de salud pública y de distanciamiento social sugeridas.



**Al 11 de mayo, se han descrito cuatro VOC y seis VOI detectadas en Reino Unido, Sudáfrica, Japón, Brasil, India, Nigeria, los Estados Unidos, Filipinas y Francia.** Hasta el 17 de mayo de 2021, 30 países y territorios de las Américas habían notificado la detección de VOC.

#### 2. COVID-19 en adultos de más de 60 años

**En 2020 se informó sobre tasas muy elevadas de mortalidad y de hospitalización en unidades de cuidados intensivos para personas mayores de 60 años.** En contraste, reportes más recientes dan cuenta de una disminución de dichas tasas, atribuible a las intensas campañas de vacunación en algunos países del mundo (OMS 2021). Sin embargo, es preciso indicar que las campañas de vacunación, por sí solas, son aún insuficientes para prevenir la transmisión del SARS-CoV-2. Resalta, por ello, la necesidad de mantener las medidas de salud pública y distanciamiento social hasta que se alcance una inmunidad poblacional suficiente.

### 3. COVID-19 en el embarazo

**En los primeros cuatro meses de 2021 se han notificado aumentos en las cifras de casos de COVID-19 y defunciones en mujeres embarazadas, en comparación con 2020, en al menos 12 países de la región.**

Si esta tendencia continúa, en 2021 se superará lo observado mujeres embarazadas el año anterior. Es importante destacar que, debido a la pandemia, la poca disponibilidad de métodos anticonceptivos modernos supondrá un retroceso de varios años en el abordaje de temas de salud reproductiva, como el embarazo adolescente, por ejemplo.

### 4. COVID-19 en pueblos indígenas

**Se han descrito casos de COVID-19 en poblaciones indígenas de al menos 18 países y territorios de las Américas.**

Cabe mencionar que varios países de la región (i. e. Canadá, Brasil y Perú) han priorizado la vacunación de los pueblos indígenas que habitan en sus territorios. En Canadá, dichos esfuerzos comenzaron el 17 de enero de 2021, seguidos por un descenso de casos en esta población.

### 5. COVID-19 en menores de 20 años

Desde el inicio de la pandemia se observó que los niños, niñas y adolescentes tenían un menor riesgo de enfermar y morir por COVID-19. **Sin embargo, las medidas tomadas para enfrentar la transmisión del virus en todos los países han afectado negativamente a estas poblaciones de distintos modos:** por el cierre de las escuelas, las restricciones al juego y a las relaciones con familiares y amigos, la salud mental de los cuidadores (debido a reducciones de sus ingresos, por ejemplo) y los efectos en las relaciones entre niños y cuidadores, entre otros problemas. Tales medidas están teniendo efectos crecientes en la salud, el desarrollo y los procesos de aprendizaje de niños, niñas y adolescentes.

Además, diversos reportes y publicaciones provenientes de diferentes países del mundo dan cuenta de casos de menores que ingresan a servicios de cuidados intensivos, por presentar afecciones inflamatorias multisistémicas que tienen algunas características comunes con la enfermedad de Kawasaki y el síndrome de choque tóxico. La OMS definió estos casos como síndrome multisistémico en niños y adolescentes, que coincide cronológicamente con la COVID-19 (SIM-P) (OMS 2020). Aunque su frecuencia es baja, estos casos presentan desafíos importantes para los sistemas de salud de la región, abrumados ya por la pandemia.

### 6. COVID-19 en trabajadores de la salud

**Las 9 161 defunciones y los 1 827 427 casos de COVID-19 registrados para el personal de la salud representan al 12% del personal de salud total de la región de las Américas, estimado en 15 millones.**

En la mayoría de los países y territorios de esta región, los trabajadores de la salud han sido priorizados en los programas nacionales de vacunación contra el SARS-CoV-2.

### 7. Situación de la vacunación contra la COVID-19 en los países de las Américas

**Al 28 de mayo de 2021, se habían administrado más de 474 millones de dosis de vacunas contra SARS-CoV-2 en las Américas.** Habían completado su esquema vacunal más de 179 millones de personas, y casi la totalidad de países y territorios (50 de 51) habían ya comenzado a vacunar a sus poblaciones. Así, los Estados Unidos habían aplicado más de 296 millones de dosis, Brasil más de 60 millones, México más de 28 millones, Canadá más de 22 millones, Chile más de 18 millones, Colombia más de 12 millones, Argentina más de 11 millones, República Dominicana más de cuatro millones, Perú casi tres millones y medio, Uruguay 2,7 millones, Puerto Rico 2,6 millones, Ecuador dos millones, El Salvador algo menos de dos millones, Bolivia y Costa Rica alrededor de un millón y medio cada uno, Panamá casi un millón, Cuba 800 000 y Guatemala 400 000 dosis.

De otro lado, las mayores cantidades de dosis administradas, de acuerdo a los fabricantes de vacunas, corresponden a las producidas por Pfizer BioNTech, Moderna, Sinovac, el Instituto del Suero de India (SII), Janssen, Gamaleya y AstraZeneca. **La mayoría de los países tienen a disposición vacunas de AstraZeneca, Pfizer BioNTech, El Instituto de Suero de la India, Gamaleya, Sinovac y Moderna<sup>1</sup>.**

<sup>1</sup> El avance de la vacunación en las Américas se puede observar con cifras detalladas y actualizadas en el portal de la OPS, en la sección [COVID-19 Vaccination in the Americas](#).

### Apoyo de la OPS/OMS a los Estados Miembros



**El 17 de enero de 2020, la Oficina Sanitaria Panamericana puso en marcha un equipo de apoyo para el manejo de incidentes, a nivel de toda la Organización,** para proporcionar cooperación técnica a los países y territorios de las Américas con el fin de abordar y mitigar el impacto de la pandemia de COVID-19. Estos esfuerzos se alinearon con la resolución CD58.R9 de la OPS, aprobada por sus Estados Miembros, y con los nueve pilares del Plan estratégico de preparación y respuesta de la OMS para la COVID-19 (WHO 2021a) y su Plan operativo (WHO 2021b), que fueron actualizados en 2021 añadiéndoseles el décimo pilar referido a vacunación.

El manejo de la emergencia se realiza a través de los equipos regionales y nacionales del sistema de gestión de incidentes, para dar una respuesta directa a los ministerios de salud y otras autoridades nacionales en materia de vigilancia, capacidad de laboratorios, servicios de apoyo a la atención de salud, prevención y control de infecciones, manejo clínico, vacunación, gestión logística y comunicación de riesgos. La Organización ha elaborado, publicado y difundido documentos técnicos basados en evidencias para ayudar a orientar las estrategias y políticas de los países para el control de la pandemia. Así, al 22 de febrero se habían elaborado o adaptado 126 recomendaciones y guías técnicas, enviado 18,5 millones de pruebas PCR y 6,3 millones de pruebas PDR-Ag en 36 países y territorios, brindado más de 239 sesiones de capacitación virtual y presencial sobre pruebas, localización y atención; y realizado 145 envíos de equipos de protección personal a 36 países y territorios (6,2 millones de guantes, 2,13 millones de batas, 38,1 millones de mascarillas y 371 000 gafas protectoras). También se ha proporcionado cooperación técnica para la elaboración de planes nacionales de preparación y respuesta a la COVID-19, fortalecido las capacidades para hacer pruebas moleculares de diagnóstico del SARS-CoV-2, promovido el uso de sistemas de vigilancia de infección respiratoria aguda grave y pseudogripe para COVID-19, reforzado la capacidad de triaje de los centros de salud, y apoyado la formulación o renovación de planes nacionales para la prevención y control de infecciones, y la mejora de los sistemas de agua y saneamiento para los centros de salud (OPS/OMS 2021c).



## 6 Aportes para la transformación de la salud en un contexto de crisis

**Dr. Fernando Carbone Campoverde**  
Asesor del Despacho Ministerial de Salud

### 6.1 Nueva conceptualización de la salud en el siglo XXI

Tener salud no es lo mismo que no enfermar. La salud es bienestar, es felicidad, es el Buen Vivir (el Sumak kawsay de los pueblos andinos). Esta concepción forma parte de consensos internacionales alcanzados desde la Conferencia de Alma-Ata de 1978<sup>1</sup>, hasta su reiteración en la más reciente Conferencia de Astaná de 2018<sup>2</sup>. Se contempla también en la Carta de Ottawa de 1986<sup>3</sup>, se reafirma en la Declaración “Salud en Todas las Políticas” de Helsinki de 2013<sup>4</sup>, y se recoge ampliamente en la documentación técnica nacional e internacional generada en torno al derecho humano a la salud, y en otros instrumentos para la protección de la salud individual, familiar y comunitaria.

En este marco, las propuestas de cambio para lograr una transformación de la salud no buscan solo terminar con la fragmentación del sistema de salud (por los diversos prestadores), su segmentación (diversos financiadores), la agenda pendiente en infraestructura y equipamiento, y la situación del personal de salud, para mejorar los cuidados integrales con un abordaje humanizado. Además de esto, aspirar a una transformación implica lograr una asignación presupuestal suficiente para la salud, por encima del 6% del PBI nacional, para viabilizar esos cambios.



**La Salud Para Todos debe ser el punto central de los esfuerzos en beneficio de las personas, sus familias y comunidades.** Como ha señalado el Dr. Tedros Adhanom, Director General de la OMS: “Garantizar una cobertura sanitaria universal sin empobrecimiento forma la base para lograr los objetivos sanitarios así expuestos en los Objetivos de Desarrollo Sostenible”. En esta línea, la universalización de la salud (en cobertura y acceso) conlleva fortalecer la Atención Primaria de la Salud (APS). Al respecto, una Comisión de Alto Nivel de la OPS advierte (en un documento recogido en la Conferencia de Astaná) que, a nivel mundial, y tras 40 años de la Declaración de Alma-Ata, los esfuerzos de los países no han tenido la contundencia que se requiere, en vista de que al menos la mitad de la población mundial sigue careciendo de acceso a servicios sanitarios básicos.



**El cuidado integral de la salud, desde luego, debe asumir principios preventivos, con el objetivo último de mejorar el estado de salud a nivel poblacional en un territorio definido, reduciendo las desigualdades sanitarias y los determinantes sociales que la condicionan.** Para alcanzar este objetivo, es necesario:

- Desarrollar la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030: Perú, País Saludable (PNMS), formulada con la participación de 13 Ministerios, el Grupo de Trabajo Multisectorial (GTM) y los actores del Consejo Nacional de Salud (CNS).
- Sostener la política de Cobertura Universal de Salud (CUS).

- Extender el Modelo de Cuidado Integral de Salud por Curso de Vida, para la Persona, Familia y Comunidad (MCI), a través de las Redes Integradas de Salud (RIS).
- Impulsar la Agenda Digital del Sector Salud 2020-2025.
- Fortalecer los diversos aspectos instrumentales que priorizan el Primer Nivel de Atención (PNA).

Los esfuerzos que confluyen en estas políticas representan la apuesta por un sistema sanitario unificado y el logro de la universalización de la salud. Este proceso parte de, y a la vez genera, un nuevo mapa mental, una nueva concepción articulada y armonizada de todo lo planteado. Este enfoque asume la defensa del derecho a la vida y a la salud, una política transversal de desarrollo del personal sanitario, la igualdad de oportunidades y la pertinencia cultural. Para concretarlo, es necesario contar con una amplia participación social y un compromiso entre los diversos niveles y sectores del Estado y la sociedad, con un enfoque territorial y una orientación de fondo a la búsqueda del bienestar, desarrollo pleno y felicidad de las personas, familias y comunidades.

**Figura 4. Nuevo mapa mental del desarrollo político-sectorial en salud**



El abordaje de estos retos discurre hoy bajo la coyuntura de la expansión global de la COVID-19 que, más que una pandemia, se despliega en el mundo como una sindemia. Como ha explicado el Dr. Richard Horton (2020), la situación que actualmente experimenta la humanidad -sindemia- es el resultado de la confluencia de la propagación global del virus que causa la COVID-19, las pandemias de múltiples problemas de salud que potencian su impacto (como la diabetes, el cáncer y otras enfermedades crónicas no transmisibles, y enfermedades transmisibles como la TBC y el dengue, pero también la anemia y la desnutrición crónica infantil, la mortalidad materna y perinatal, la violencia, los problemas de salud mental, entre otros), y las condiciones sociales, económicas y políticas que amplifican el daño causado por aquella confluencia en el nivel biológico (incluyendo las debilidades de los sistemas sanitarios y los desbordes de sus servicios, además de las inequidades y exclusiones sociales). A esto se puede añadir la infodemia de mensajes errados o sin sustento que confunden a la población, junto

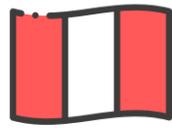
<sup>1</sup>Declaración de Alma-Ata, “Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud” (Alma-Ata, URSS, 6 al 12 de septiembre de 1978)

<sup>2</sup>Declaración de Astaná, “Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud” (Astaná, Kazajistán, 25 y 26 de octubre de 2018).

<sup>3</sup>Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, “Primera Conferencia Internacional sobre Fomento de la Salud” (Ottawa, Ontario, Canadá, 17 al 21 de noviembre de 1986).

<sup>4</sup>The Helsinki Statement on Health in All Policies, The 8th Global Conference on Health Promotion (Helsinki, Finlandia, 10 al 14 de junio de 2013).

a los comportamientos inadecuados que en todo el mundo se observan como parte de las reacciones ante la COVID-19.



En el Perú, la sindemia generada por la pandemia de COVID-19 ha hecho más evidente que nunca la necesidad y urgencia de impulsar las políticas planteadas líneas arriba, mediante estrategias innovadoras de carácter social, sanitario y tecnológico. **En el trágico escenario que vive el país, las tareas y retos en salud se pueden reunir en dos grandes categorías:**

- Lo importante: la transformación de la salud que, al desarrollarse durante una pandemia, se debe abordar en un contexto de crisis; y
- lo urgente: el manejo de la sindemia propiciada por la pandemia de la COVID-19.

Una seria dificultad a enfrentar es la competencia entre ambas: lo urgente usualmente desplaza a lo importante, a veces indefinidamente. **Una transformación de la salud, de las políticas, del sistema y modelo sanitarios, de sus instrumentos operativos, requiere de un nuevo mapa mental, una nueva concepción, adecuadamente articulada y armonizada.**

Este nuevo mapa mental proyecta el logro de la universalización de la salud de manera equitativa, con enfoque de derechos y una política de desarrollo del potencial humano de los prestadores del sector salud; con equidad de género e interculturalidad, con amplia participación y compromiso entre los diversos niveles de gobierno, el sector privado y la sociedad civil; y orientada al bienestar, desarrollo pleno y felicidad de las personas, familias y comunidades.

## 6.1 Nueva conceptualización de la salud en el siglo XXI

### 6.2.1 Principios

- La salud como derecho fundamental.
- La seguridad social universal como meta última a alcanzar.
- La solidaridad como el camino para construir la justicia y la equidad.
- La política como “el arte de construir consensos, buscando el bien común, y con estricto respeto a todos”<sup>5</sup>.
- La humanización de los cuidados de salud, brindados de forma oportuna con calidad, calidez e integralidad.
- La equidad e igualdad de oportunidades eliminando las diferencias innecesarias y evitables: somos “Personas que Cuidamos Personas”.
- El modelo prestacional asociado al Cuidado Integral de la Salud por Curso de Vida para la Persona, Familia y Comunidad (MCI).
- Un sistema público de salud integrado y unificado.
- El abordaje de los determinantes sociales de la salud y las necesidades básicas insatisfechas de la población, a través de la promoción de la salud y la prevención de riesgos.
- La rectoría, gobernanza y gestión, como roles y tareas irrenunciables del Estado.
- El financiamiento adecuado, suficiente, solidario y sostenible: la salud como base del desarrollo social y económico de la nación.

<sup>5</sup>Frase del Padre General de los Jesuitas, Pedro Arrupe, referida por el Dr. David Tejada de Rivero.

### 6.2.2 Enfoques

Los enfoques de trabajo señalados a continuación se proyectan al conjunto del sistema de salud, con especial énfasis en el primer nivel de atención.



**El derecho humano a la salud.** Punto de partida que supone tanto los derechos y responsabilidades de las personas, familias y comunidades usuarias de los servicios de salud, como la obligación de los Estados a respetarlos, protegerlos y cumplirlos, asumiendo los principios de disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, calidad, calidez y humanización en el cuidado de la salud de todos los ciudadanos. Este derecho encuentra un referente en las propuestas originales de la Conferencia Mundial de Alma-Ata de 1978, partiendo de la prevención de riesgos, la promoción de una cultura de la salud, la recuperación y rehabilitación de la salud perdida y los cuidados paliativos al término de una vida digna.



**La cobertura y el acceso universal a la salud.** Ambas están centradas en la persona, familia y comunidad, e implican que la organización y el financiamiento de los servicios deben ser suficientes para obtener un acceso equitativo de toda la población al cuidado integral de su salud. Se trata de la universalización del derecho a la salud, que debe concretarse a partir del reconocimiento del Estado como sujeto de obligaciones, del empoderamiento de las personas, familias y comunidades como sujetos de derechos y responsabilidades, y de acciones concretas para la mejora de las condiciones de vida de la población. Toda persona identificada por el sistema debe estar cubierta en todas sus necesidades, a lo largo de su ciclo de vida, sin posibilidad de exclusiones por raza, cultura, género, edad ni procedencia geográfica. El sistema no debe sostenerse en gastos de bolsillo de la ciudadanía, sino que debe dar el servicio completo financiándose a través de provisiones mancomunadas de origen público.



**La aproximación ética a la salud.** La pandemia ha demostrado lo complejo que resulta esta aproximación ética. Así como la salud, el acceso y cobertura oportuna de los servicios para la población deben ser posibles por igual para todos, al mismo tiempo -como se ha señalado desde la OMS/OPS- el sistema asume una responsabilidad ética y moral con sus trabajadores, al pedirles que conscientemente corran el serio riesgo de enfermar o morir. Por tanto, sin dejar de lado el principio ético, habrá situaciones límite en las que se deba priorizar el cuidado a los cuidadores para que estos, una vez recuperados, regresen a cumplir con su deber con el resto de la ciudadanía.



**La intersectorialidad y la participación social.** Para mejorar la situación de salud de la población no es suficiente el trabajo del MINSAs o del sector salud. Se precisa una colaboración y complementariedad entre todos los sectores del desarrollo, adoptando el criterio de integrar a la salud en todas las políticas, como se plantea en la Declaración de Helsinki de 2013 y en otros documentos e instrumentos internacionales. De acuerdo con el consenso alcanzado con la PNMS, el logro de los objetivos en el primer nivel de atención y en otras áreas pasa por fortalecer y sensibilizar a las autoridades de salud y a los diversos actores del proceso. Asimismo, la participación activa de la comunidad es esencial para la efectiva implementación de cualquier acción en salud. Ambos aspectos se recogen, además, en los enfoques de la APS y la Salud Individual, Familiar y Comunitaria (SIFyC).



**La interculturalidad y la pertinencia cultural.** Estas políticas de Estado son una necesidad para la universalización del derecho a la salud, en el escenario culturalmente diverso del país. Constituyen también una apuesta por el fortalecimiento del sistema de salud, al impulsar su adecuación a diferentes grupos y contextos sociales y, con ello, una mayor calidad e integralidad del propio sistema y sus servicios. El encuentro y diálogo entre actores con distintas lógicas culturales, saberes y prácticas es indispensable no solo para eliminar progresivamente la discriminación, sino también para asegurar el derecho a la salud de grupos tradicionalmente marginados y desarrollar acciones sanitarias más eficaces. La pertinencia cultural es una estrategia contemplada en los distintos componentes del primer nivel de atención.



**El ecosistema medioambiental.** Para lograr el más alto nivel de salud posible se debe intervenir sobre los determinantes y riesgos para la salud. Entre sus mayores condicionantes se encuentra el medio ambiente, toda vez que el ser humano, su familia y las comunidades no podrán vivir en armonía si no lo están con sus entornos y el hogar común que es el planeta. De ahí que el proceso de salud-enfermedad deba abordarse desde una visión holística y con un enfoque ecosistémico.



**El enfoque territorial basado en la APS y el PNA.** El ordenamiento del territorio y la reorganización del primer nivel de atención empiezan con un croquis, un mapeo y un censo, seguidos de una sectorización y zonificación realizada por el propio personal de salud. Esto permite tener un conocimiento global de cada sector y territorio, y conlleva también un contacto directo con la población desde el momento mismo en que se genera la línea de base real empleada para establecer las prioridades y metas de salud. Estos criterios hacen parte de los principios de la APS establecidos desde Alma-Ata (1978) y reiterados en Astaná (2018).

### 6.2.3 Las claves para abordar el proceso

Al igual que en el caso de los enfoques, las claves se proyectan al conjunto del sistema, con especial énfasis en el primer nivel de atención.



**Repensar la salud a partir de una concepción múltiple del proceso salud-enfermedad.** Este proceso no se puede encasillar en un concepto único aplicable a todas las sociedades por igual. Ni aun dentro de una misma sociedad existe un concepto único de salud, sino varias concepciones y prácticas en paralelo.



**La perspectiva relacional y de género en la estrategia programático-operativa.** El género (la condición de mujer o varón) es una importante dimensión en el entramado de relaciones que influyen en el proceso de salud-enfermedad. El abordaje de las inequidades de género cobra mayor relevancia en la medida en que estas definen otras variadas formas de desigualdad social, y consecuencias específicas y diferenciadas en los procesos de salud-enfermedad de ambos sexos.



**La horizontalidad programática en los niveles individual, familiar y comunitario.** Para alcanzar la integralidad es preciso desplegar una estrategia programática que, en el nivel local, reúna las prioridades verticales (nacionales) y las traduzca en intervenciones horizontales. Desde una mirada procesual, tales estrategias se concretan en acciones que apuntan al curso de vida del individuo, pero también a la familia y la comunidad, reconociendo igualmente las etapas que atraviesan.



**Los equipos de trabajo multidisciplinarios y polifuncionales.** Somos Personas que Cuidamos Personas, el recurso más importante de un sistema de salud, que permite asegurar servicios integrales y apropiados para cubrir las necesidades de la población. El PNA requiere de equipos de salud con nuevas competencias y una lógica de trabajo que asegure la integralidad y la inclusión. Esto supone contar con equipos institucionales diferenciados en su composición de acuerdo al nivel en que se sitúan o actúan, que funcionen de manera coordinada dentro de una jurisdicción municipal, con personal suficiente, capacitado, comprometido y trabajando en condiciones laborales dignas. Las competencias básicas del personal de salud del primer nivel deben ser las adecuadas para el logro de la cobertura universal y para brindar una atención de salud integral e integrada, continua, eficaz, de calidad y con calidez.



**La operativización de la vigilancia sociocultural de la salud y el sistema de información unificado.** El concepto de vigilancia sociocultural de la salud encierra una visión más amplia y compleja que la tradicional. Se entiende como un proceso que posibilita el abordaje sociocultural de la salud desde un enfoque multidimensional del proceso salud-enfermedad, que contempla los tres niveles de análisis-acción: persona, familia y comunidad. Para que la vigilancia sociocultural de la salud sea eficaz y eficiente necesita apoyarse en un sistema de información unificado, con énfasis en el PNA, que aproveche al máximo las ventajas tecnológicas para automatizar funciones y reducir la carga de trabajo burocrático del personal sanitario.



**La financiación adecuada y suficiente.** Los modelos de financiación de los servicios públicos de salud basados en impuestos o en esquemas de aseguramiento universal obligatorio son siempre los más equitativos y eficaces. Es clave para la transformación de los sistemas de salud el desarrollo de políticas que favorezcan un financiamiento público sostenible (con el 6% del PBI como mínimo) que apunte al logro de una cobertura universal con acceso equitativo, poniendo el foco en el primer nivel de atención (con el 35% de dicho porcentaje del PBI, mínimamente).



**La gestión y la gobernanza efectivas.** Los equipos de salud deben estar preparados para una gestión institucional en relación permanente con actores sociales y políticos con intereses diversos. La rectoría sectorial debe incluir esquemas efectivos de sanciones a ser aplicadas a quienes infrinjan las normas.

**El modelo integral de salud y sus instrumentos tienen un núcleo conceptual de componentes y atributos operativos, normativos y de gestión comunes para todos los ámbitos del país.** Pero, para cada jurisdicción, la forma en que se operativiza ese núcleo conceptual es diferente. Se trata de un modelo único pero flexible, que debe ser adaptado a las particularidades de los medios rurales, urbanos, urbano-rurales, urbano-marginales, costeros, andinos, amazónicos o cualquier otro.



### 6.3 La construcción de un sistema unificado de salud

#### Un sistema unificado debe:

- Asegurar el ejercicio pleno del derecho a la salud, en el marco de la seguridad social -a través de la cobertura universal-, a los cuidados de salud que el Estado garantiza y del cual es responsable.
- Centrarse en el bienestar y la salud individual, familiar y comunitaria, basada en la atención primaria de salud, con oportunidad, equidad, calidad y calidez, reduciendo rápida y sustantivamente el gasto de bolsillo y brindando un cuidado continuo a través de todos los establecimientos del sistema.
- Construirse progresivamente a través de la PNMS e implementarse a través del MCI a cargo de equipos multidisciplinarios de salud. En este modelo, la prestación de servicios no gira en torno a la cantidad de servicios brindados, sino al valor de los mismos, evaluado por el resultado global en salud en relación con la calidad de la asistencia y su costo integral.
- Ser financieramente sostenible y funcionar de manera descentralizada en todo el territorio nacional, bajo la rectoría del MINSA y con una gestión transparente, eficaz, eficiente, con articulación intersectorial e intergubernamental y que incluya complementariamente la oferta del sector privado.
- Contar con una estructura ecosistémica nodal desde las Redes Integradas de Salud, articuladas a su vez con un sistema de referencias y contrarreferencias, con un primer nivel de atención fortalecido como puerta de acceso al sistema de salud.

**Dicha construcción supone la consolidación de políticas públicas orientadas al desarrollo de un sistema de salud equitativo, justo y solidario, con enfoque de derechos, de género e interculturalidad. Dos aspectos cruciales son:**

- Afirmar la atención primaria de la salud en el sistema y fortalecer, en especial, el primer nivel de atención. Se debe privilegiar, en todos los niveles, la APS, la prevención de riesgos y la promoción de una cultura de la salud, recuperando la humanización del sistema y sin que aquello signifique dejar de prestar los cuidados para la rehabilitación de la salud perdida.
- Desarrollar la gestión territorial con la participación y el compromiso activo de todos los actores sociales de los distintos niveles de gobierno, el sector privado y la sociedad civil, promoviendo la participación de la comunidad organizada en las decisiones de salud, la planificación y las actividades impulsadas por los establecimientos de salud del primer nivel de atención (incluyendo a organizaciones de base, agentes comunitarios de salud y terapeutas tradicionales).

**Adicionalmente, es necesario gestionar la financiación de los requerimientos para el desarrollo del sector salud, con un presupuesto acorde a los objetivos nacionales y el contexto mundial; esto es:**

- Fortalecer el SIS como seguro público y mejorar los fondos para problemas de salud catastróficos y/o de alto costo.
- Integrar progresivamente el financiamiento proveniente de diversas fuentes públicas y garantizar su administración integrada, eficiente y transparente (unificación de fondos).

- Incorporar mecanismos de gestión o financiamiento externo, como las asociaciones público-privadas (APP), obras por impuestos y otros, para alcanzar una mayor eficiencia operativa en el sistema sanitario público.
- Incluir el financiamiento de la promoción de la salud, la prevención de riesgos, el cuidado integral de la salud perdida (diagnóstico, recuperación, rehabilitación y paliación), como parte de la inclusión progresiva del respaldo financiero a la seguridad social.
- Garantizar el derecho a la portabilidad, a través del intercambio prestacional y otros mecanismos, a fin de asegurar que todas las personas tengan acceso a los cuidados de salud sin ningún tipo de distinción o restricción.

**El proceso en su conjunto se apoya en una política de desarrollo del potencial humano que tome en cuenta los avances científicos, tecnológicos y de gestión en este campo, con un enfoque humanitario. Esto significa:**

- Planificar las necesidades de recursos humanos y seleccionar al personal de salud pertinente para la gestión de los objetivos y metas vinculados a la implementación de la atención primaria de salud en el MINSA; y fortalecer las unidades de gestión de recursos humanos del propio Ministerio y de los gobiernos regionales.
- Reducir las brechas de profesionales y trabajadores de salud existentes, en función de las necesidades territoriales, buscando la equidad a nivel nacional en este rubro.
- Considerar a los servicios y a los trabajadores de la salud como bienes públicos esenciales, apuntando a evitar la alta rotación y la pérdida de personal. Para asegurar la continuidad de los procesos operativos y de gestión en el sector, se debe:
  - institucionalizar la meritocracia y las líneas de carrera en los niveles estratégicos de dirección, misionales, asistenciales y de soporte del sistema sanitario;
  - desarrollar una escala remunerativa apropiada y la valorización del trabajo del personal para el reconocimiento de ascensos;
  - recompensar la generación del valor (la atención de salud centrada en las necesidades del paciente) a partir de servicios de calidad y eficientes; e
  - impulsar procesos de mejora del bienestar y la seguridad en el trabajo.
- Formar a los equipos básicos de salud, con un enfoque multidisciplinario, en las competencias adecuadas para implementar el MCI y las RIS, a través de la Educación Permanente en Salud (EPS): la formación en la acción, enfocada en la población.
- Conducir la articulación docencia-servicio, mediante una gestión de la formación en salud (de pregrado y segunda especialidad, universitaria y técnica) que integre procesos eficientes de monitoreo y evaluación del desarrollo de capacidades de los recursos humanos en salud, tanto del personal formado como de los formadores.
- Promover una cultura sanitaria que empodere a la ciudadanía en el cuidado de su salud, fomentando en ella los recursos y competencias para tomar sus propias decisiones. En esta línea, se debe empoderar y fortalecer la participación social y de los usuarios de los servicios de salud, desarrollando sus capacidades como veedores de la calidad, oportunidad e idoneidad de los servicios; y establecer alianzas comunitarias para propiciar la colaboración en la búsqueda de soluciones compartidas.
- Desarrollar un proceso de mejora continua de la calidad: un impulso permanente para

lograr los cambios que llevarán a concretar una transformación de la salud.

**Finalmente, a todo lo planteado cabe sumar algunos pasos de orden temático específico:**

- Poner a disposición de la población de un territorio la relación de establecimientos del PNA, con información de su ubicación, horario, personal y capacidad resolutive.
- Mejorar y fortalecer la conectividad, la disponibilidad de los datos abiertos y la interoperatividad, estandarizando procesos, subprocesos, procedimientos, funciones y equipamientos (incluyendo la banda ancha) a nivel intergubernamental e intersectorial, así como de aseguradores públicos y privados.
- Intensificar las actividades de inmunización para que las coberturas anuales nunca estén por debajo del 90% y, en lo posible, superen el 95%; e informar sobre las tasas de cobertura, el número de personas protegidas y el padrón nominal de personas vacunadas.
- Incrementar las intervenciones contra la anemia, la desnutrición crónica infantil, la muerte materno-perinatal, el cáncer y otras enfermedades no transmisibles; así también, las de prevención de enfermedades transmisibles y otros problemas de salud, con la perspectiva de recuperar los avances en el logro de metas planteadas antes de la pandemia.
- Mejorar las inversiones en infraestructura, equipamiento, mantenimiento preventivo y la dotación de insumos diversos a los establecimientos de salud. Asimismo, considerar la planificación relativa a medios e insumos en el largo plazo (inversiones multianuales), procurando que supere la temporalidad de las gestiones gubernamentales y sectoriales, y sea parte de planes de desarrollo regional y local.
- Reforzar la transparencia, integridad y las medidas anticorrupción en los servicios públicos y privados.
- Implementar y fortalecer un sistema unificado de logística que modernice la gestión de compras nacionales corporativas, y que cuente con un operador logístico de alcance nacional.
- Desarrollar mecanismos que garanticen el acceso a la información pública sobre productos farmacéuticos, insumos diversos y tecnologías sanitarias, considerando criterios de efectividad, seguridad, equidad y viabilidad del financiamiento, e incorporando previsiones sobre el uso potencial de dichos insumos en escenarios excepcionales (como epidemias, pandemias o catástrofes de gran magnitud).
- Implementar un sistema de monitoreo de la eficiencia del gasto en salud, y la rendición de cuentas nacionales y regionales de salud, enmarcadas en los principios de honestidad y legalidad; e ir más allá de la exposición pública sobre cómo se han gastado los recursos, con la inclusión de indicadores de logros y la documentación de sustento de las inversiones.
- Fortalecer e intensificar la vigilancia epidemiológica y la capacidad de respuesta rápida ante riesgos y desastres, complementándolas con el apoyo a la investigación operativa nacional, el desarrollo permanente de nuevas tecnologías sanitarias y mayores intercambios de información y experticia con otros países y regiones.

#### 6.4 Propuesta de líneas de intervención, acciones estratégicas, hitos y metas generales <sup>1</sup>

LÍNEAS DE INTERVENCIÓN	ACCIONES ESTRATÉGICAS	CORTO PLAZO (2020 – julio de 2021)	MEDIANO PLAZO (agosto de 2021 – 2026)
1. Cambio a un sistema unificado en salud y culminación de la universalización de la salud.	1.1. Desarrollar el Plan de Implementación (PEM) de la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030: Perú, País Saludable (PNMS).	Difundir el PEM e iniciar su desarrollo. Mejorar y difundir la PNMS.	Avanzar con la consolidación del PEM de la PNMS. Incorporar los contenidos del PEM de la PNMS a los planes concertados regionales y provinciales de desarrollo.
	1.2. Culminar la Cobertura Universal en Salud (CUS), en el marco de la construcción progresiva de la seguridad social universal.	Cierre automático de la brecha de aseguramiento con la obligatoriedad de que se incorpore al SIS a todas las personas que no tienen seguro (cruce de bases de datos con otras IAFAS, o en el momento en que buscan atención).	Ampliar progresivamente los cuidados de la CUS. Ampliar la CUS para todos los residentes en el país. Iniciar el avance a la seguridad social universal.
	1.3. Gestión de procesos y resultados orientados a salud.	Mejorar el POI, el PEI y el PESEM de los 13 sectores que participan en la PNMS.	
	1.4. Agenda Digital del Sector Salud 2020-2025. Plataforma informática y gobierno electrónico para integrar la información y ponerla a disposición de los decisores regionales y nacionales, para tomas de decisiones rápidas y eficaces.	Construir la Historia Clínica Electrónica unificada (HCE). Emitir la norma para la receta electrónica unificada. Preservar la data multisectorial en salud, a través de un depósito temporal en el data center nacional del Ministerio de Defensa. Inicio de los expedientes de los tres data center nacionales.	Instalar y expandir progresivamente en el país la HCE e identificar usuarios con sus números de DNI, garantizando la portabilidad de la CUS. Culminar los tres data center nacionales y migrar a los mismos los datos nacionales de salud. Informatización progresiva de la operatividad de las estrategias e intervenciones sanitarias con el uso de aplicativos. Desarrollar el registro unificado de los datos en salud que permitan estandarizar los procedimientos sanitarios, los productos farmacéuticos y otros.
	1.5. Implementación de la calidad en la gestión y prestación de los servicios de salud, de los resultados en salud y en la entrega de los servicios.	Instalar la Dirección Ejecutiva de Calidad. Recuperar las políticas, normas, e instrumentos de mejora continua de la calidad. Iniciar el Proyecto de Bienes Públicos Regionales (BID) sobre calidad. Formar expertos nacionales en calidad.	
	1.6. Rectoría y gobernanza.	Evaluar la propuesta de un nuevo ROF. Establecer las infracciones y sanciones del reglamento de rectoría. Establecer un listado de cambios normativos necesarios en torno a la salud. Iniciar la depuración de normas.	Potenciar SUSALUD y su capacidad sancionadora. Evaluar la constitución de una autoridad sanitaria de Lima Metropolitana. Culminar la depuración de la normativa sanitaria sectorial.

LÍNEAS DE INTERVENCIÓN	ACCIONES ESTRATÉGICAS	CORTO PLAZO (2020 – julio de 2021)	MEDIANO PLAZO (agosto de 2021 – 2026)
		Fortalecer el Consejo Nacional (CNS), los Consejos Regionales (CRS) y Provinciales de Salud (CPS), y la Comisión Intergubernamental de Salud (CIGS).	Desarrollar un observatorio de indicadores en materia de calidad, oportunidad, cobertura financiera y equidad, con acceso público a datos. Potenciar el área de Salud Ocupacional.
	1.7. Reorientación de la gestión administrativa y operativa del sistema de salud.	Simplificación de trámites para el acceso a atenciones, con el DNI como instrumento.	Analizar y evaluar el desarrollo y los resultados de las asociaciones público-privadas (APP) y otras modalidades mixtas de financiamiento de la salud.
	2. Fortalecimiento del primer, segundo y tercer nivel de atención en el contexto de las redes integradas de salud, y a través de la transversalización de la atención primaria de la salud, para luchar contra la pandemia de COVID-19 sin descuidar los problemas no-COVID. transversalización de la atención primaria de la salud, para luchar contra la pandemia de COVID-19 sin descuidar los problemas no-COVID.	2.1. Desarrollo del Modelo de Cuidado Integral por Curso de Vida, para la Persona, Familia y Comunidad (MCI). 2.2. Redes Integradas de Salud (RIS): expansión e integración de servicios de salud en redes nodales ecosistémicas y por territorios.	Difundir el manual de Implementación del MCI. Completar los aspectos instrumentales del manual. Iniciar la implementación articulada del MCI con las RIS en el país. Culminar el reconocimiento resolutivo firme de las RIS ya estructuradas. Plan de implementación de las RIS. Plan de gestión de las RIS. Planes de salud de fronteras. Diseño de intercambios técnicos con otros países. Desarrollo del plan de salud de los pueblos indígenas. Iniciar la implementación de RIS públicas del MINSA y los gobiernos regionales por el PCRIS (equipos e infraestructura para el PNA y el nivel hospitalario). Alta complejidad en la lista priorizada.
	2.3. Priorización de la promoción de la salud y participación social, con énfasis en la mejora de las condiciones de vida y los estilos de vida saludables.	Elevar a la Dirección de Promoción de la Salud al rango de Dirección General. Entrega masiva de mascarillas comunitarias y caretas protectoras. Diseñar una estrategia para el manejo de conflictos sociales que considere las expectativas de la población acerca de los proyectos en salud y sus dimensiones. Aumentar en 80% los comités instalados a nivel nacional para contener y prevenir la COVID-19.	Utilización del mecanismo de incentivos municipales para el impulso de acciones locales articuladas con las políticas nacionales de promoción de la salud. Fortalecimiento de la salud comunitaria con el impulso de la participación ciudadana para definir y fortalecer las intervenciones locales de salud. Perfeccionamiento y profundización de la política nacional de alimentación saludable (octógonos y otros) y de actividad física.

<sup>1</sup>El cuadro no incluye indicadores numéricos, porque se precisa conocer la línea de base de fines de 2020 (influenciada por la pandemia de COVID-19), para proyectar las metas numéricas al 2021 y para los siguientes años. Estas cifras estarían disponibles en el segundo trimestre del 2021.

LÍNEAS DE INTERVENCIÓN	ACCIONES ESTRATÉGICAS	CORTO PLAZO (2020 – julio de 2021)	MEDIANO PLAZO (agosto de 2021 – 2026)
	2.4. Ampliación e integración vertical y horizontal de los servicios de salud.	<p>Diseñar el camino de la unificación del sistema de salud.</p> <p>Ampliación del intercambio prestacional MINSA / GOREs / EsSalud.</p> <p>Dar continuidad al marco macroeconómico multianual de inversiones.</p>	<p>Implementar la unificación del sistema de salud.</p> <p>Extensión a todo el país del intercambio prestacional MINSA / GOREs / EsSalud / Sanidades / Privados.</p>
	2.5. Fortalecimiento de los recursos humanos en salud desde su formación inicial, gestión del desempeño y planes de carrera, para el logro de objetivos y metas vinculados a la implementación de la APS en el MINSA.	<p>Diagnóstico nacional de la situación de los recursos humanos y de las unidades de gestión de RRHH del MINSA.</p> <p>Promulgar los nuevos perfiles para médicos y enfermeros que se incorporan al sector.</p> <p>Iniciar el desarrollo de los perfiles de otras profesiones no médicas y técnicas.</p> <p>Reiniciar la EPS para trabajadores asistenciales y administrativos.</p> <p>Entrega de EPP a todo el personal.</p> <p>Internado y residencia en el PNA.</p> <p>Empoderamiento de la ENSAP a nivel nacional: responsable del fortalecimiento de capacidades de prestación, gestión, APS; y articulación con la universidad peruana.</p> <p>Revisar el marco normativo que impide la doble percepción.</p>	<p>Promulgar los nuevos perfiles para profesionales no médicos y técnicos diversos de salud que se incorporan al sector.</p> <p>Desarrollar la propuesta de la carrera pública en salud para profesionales y técnicos, e iniciar su implementación progresiva desde el PNA.</p> <p>Proponer la modificación curricular a las entidades formadoras de RRHH, para articular la concordancia con los nuevos perfiles de profesionales y técnicos que el sector público necesita.</p> <p>Modular la participación de la universidad peruana en el sistema de salud, con responsabilidad en el cumplimiento de metas y objetivos de la PNMS.</p> <p>Desarrollar la escala del valor del cuidado prestado, resultados de salud obtenidos y los costos de inversión en los mismos.</p>
	2.6. Eficiencia y efectividad clínica en la entrega de los servicios de salud durante la pandemia y en su etapa posterior.	<p>Primer nivel abierto a toda la población con cartera universal en prevención, promoción, atención materno-neonatal e infantil, entre otras.</p> <p>Nuevo PEAS. Homologación del PEAS a la atención integral de EsSalud; e incorporación del plan de prestaciones complementarias.</p> <p>Fortalecer las atenciones del PNA a través de:</p> <p>Triajes diferenciados.</p> <p>Telesalud: incrementar en 30% la oferta del cuidado virtual de las personas y familias.</p> <p>Mantener el 100% de los equipos de respuesta rápida y seguimiento clínico (ERR/ESC).</p> <p>Mantener los centros de Atención Rápida Temporal</p>	<p>Incorporar de forma permanente al accionar del PNA, las estrategias, herramientas y acciones implementadas durante la pandemia.</p> <p>Implementar las prestaciones complementarias.</p> <p>Seguir fortaleciendo el PNA:</p> <p>Trasladar al mismo la consulta médica especializada no quirúrgica.</p> <p>Seguir expandiendo el SIENMECRO en todo el país. Aproximar y luego fusionar el SIENMECRO con la consulta especializada en el primer nivel.</p> <p>Ampliar y optimizar la cobertura de telesalud, tomando en cuenta todas las profesiones requeridas para la prevención, diagnóstico y tratamiento de problemas de salud.</p>

LÍNEAS DE INTERVENCIÓN	ACCIONES ESTRATÉGICAS	CORTO PLAZO (2020 – julio de 2021)	MEDIANO PLAZO (agosto de 2021 – 2026)
		<p>en Salud (CRATS) y los Centros de Aislamiento Temporal con Oxígeno (CAT O).</p> <p>Aumentar las visitas familiares.</p> <p>Completar la dotación de concentradores de oxígeno al 50% de los establecimientos de salud rurales I-1 y I-2 (puestos de salud) en la costa y la selva, y de balones de oxígeno en la sierra; verificar que el 100% de los establecimientos de salud del nivel I-3 y I-4 (centros de salud) a nivel nacional cumplan los estándares de balones de oxígeno.</p> <p>Dotar de oxímetros a todos los Establecimientos del PNA y ACS.</p> <p>Ampliar en 50% la entrega de medicamentos en domicilios y el PNA a pacientes crónicos, con discapacidades, adultos mayores y similares, que no se pueden atender en hospitales e institutos (SIENMECRO).</p> <p>Fortalecer el cuidado integral de la salud mental a través de los Centros de Salud Mental Comunitaria (CSMC) en un 25%, incrementando los hogares protegidos en 200% y las unidades de hospitalización en 17%.</p> <p>Aumento de la capacidad de camas de hospitalización, camas UCI y suministro de oxígeno medicinal a través de plantas fijas y móviles.</p> <p>Complementar el Plan Nacional de Inmunizaciones con planes regionales y locales de vacunación contra la COVID-19, a partir de los acuerdos suscritos con los laboratorios Pfizer, AstraZeneca, Sinopharm y el mecanismo Covax Facility. Buscar nuevos acuerdos para la adquisición de las millones de dosis necesarias para vacunar a los 24,5 millones de peruanos adultos mayores de 18 años en el 2021.</p>	<p>Seguir fortaleciendo el cuidado integral de la salud mental a través de los CSMC, alcanzando el total país en el 2026; incrementar los hogares protegidos para personas en abandono y/o violencia familiar, alcanzando el total del país en el 2026; incrementar las unidades de hospitalización hasta alcanzar 124 hospitales II y III en todo el país (actualización del Plan Nacional de Fortalecimiento de la Salud Mental Comunitaria 2018-2021).</p> <p>Consolidar el aumento y sostenibilidad de la capacidad de camas de hospitalización, UCI y suministro de oxígeno medicinal a través de plantas fijas y móviles.</p> <p>Continuar la implementación del Plan Nacional de Inmunizaciones, con planes regionales y locales de vacunación contra la COVID-19, a partir de los acuerdos ya establecidos y los nuevos a establecerse.</p> <p>Consolidar el crecimiento de 61 a 76 laboratorios para el diagnóstico de COVID-19 y de otras enfermedades transmisibles en 23 regiones del país, asegurando su sostenibilidad; implementar la metodología LAMP para 15 hospitales y regiones; y adquirir más pruebas moleculares para la COVID-19.</p> <p>Identificación de toda la oferta privada existente para la compra de servicios en condiciones que el sector salud defina en relación a la demanda y territorio.</p> <p>Iniciar el programa de mantenimiento preventivo de infraestructura sanitaria y de renovación de equipos sanitarios.</p> <p>Impulsar acciones multisectoriales de detección, tratamiento y entrega de medios de subsistencia domiciliaria.</p>
	2.7. Impulsar la vigilancia epidemiológica en el país.	<p>Estudios de seroprevalencia epidemiológica que permitan definir zonas prioritarias para tomar medidas de salud pública localizadas.</p> <p>Incorporar 20 nuevos epidemiólogos de campo e iniciar la formación de 50 más, para fortalecer las capacidades de respuesta en los gobiernos regionales.</p>	<p>Incorporar 50 nuevos epidemiólogos de campo para fortalecer las capacidades de respuesta en los gobiernos regionales.</p> <p>Culminar la implementación de 1 600 establecimientos de salud más para el monitoreo permanente de riesgos de salud y de enfermedades, y la implementación de una</p>

LÍNEAS DE INTERVENCIÓN	ACCIONES ESTRATÉGICAS	CORTO PLAZO (2020 – julio de 2021)	MEDIANO PLAZO (agosto de 2021 – 2026)
		Iniciar la implementación de 1 600 establecimientos de salud para el monitoreo permanente de riesgos de salud y de enfermedades, y establecer una vigilancia permanente en 40 hospitales más a nivel nacional para el coronavirus y otras enfermedades transmisibles.	vigilancia permanente en 40 hospitales más a nivel nacional para el coronavirus y otras enfermedades transmisibles.
	2.8. Comunicación efectiva en los tres niveles del cuidado de la salud.	Diseño de un plan comunicacional en salud que se actualice permanentemente. Iniciar el adiestramiento del nivel central en comunicación de riesgos. Crear el espacio web integrador de la información social ("No bajar la guardia").	Implementar el plan comunicacional, incluyendo la gestión del cambio y la promoción de los valores institucionales. Extender la formación en comunicación de riesgos a todo el país. Sumar al espacio web dedicado a "No bajar la guardia", las redes sociales de los jóvenes ("Guardianes de la Salud").
	2.9. Inversión en infraestructura, equipamiento y mantenimiento.	Implementación de la Agencia de Evaluación de Tecnologías y su normativa. Inventario de la infraestructura de todos los subsistemas de salud como paso previo al diseño de un plan de fortalecimiento de la infraestructura a nivel nacional, regional y local.	Implementación de un sistema unificado de logística que modernice la gestión de compras nacionales corporativas y de un operador logístico único de alcance nacional. Confirmar el marco macroeconómico multianual de inversiones 2021-2024.
	2.10. Inversión en insumos diversos (medicamentos y otros).	Optimizar los mecanismos de mejora, desarrollo y actualización del Petitorio Nacional Único de Medicamentos.	Implementación de un sistema de vigilancia de la calidad de los insumos (buenas prácticas de manufactura, almacenamiento y dispensación). Fortalecer un sistema de compras corporativas conjuntas.
3. Acompaña miento gerencial en salud por macrorregiones para mejorar la articulación intergubernamental.	3.1. Acompañar a los gobiernos regionales y autoridades regionales de salud en la mejora de la gestión y prestación de los recursos para la COVID-19.	Brindar asistencia técnica en la gestión y prestación de los servicios de salud. Lograr que el 100% de gobiernos regionales cuente con planes para enfrentar una segunda ola y planes de vacunación contra la COVID-19 debidamente articulados a nivel nacional. Intervenir en las regiones en situaciones extremas.	Implementar la tabla de asignación de recursos humanos en cada región, vinculada a puntuaciones y necesidades territoriales. Acompañar cercana y permanentemente, de forma virtual y presencial, las acciones regionales en caso de que se produzca una segunda ola de la pandemia de COVID-19, así como el proceso de vacunación
	3.2. Fortalecer sub sistemas regionales y crear macrorregiones territoriales en salud.	Establecer los territorios macrorregionales. Propiciar la formación de las instancias macrorregionales de salud.	

LÍNEAS DE INTERVENCIÓN	ACCIONES ESTRATÉGICAS	CORTO PLAZO (2020 – julio de 2021)	MEDIANO PLAZO (agosto de 2021 – 2026)
	3.3. Articular y acompañar los procesos claves de tipo administrativo y prestacional que faciliten la gestión efectiva regional y local.	Asistir técnicamente en la gestión y prestación de los servicios de salud. Intervenir en regiones en situaciones extremas. Consultas regionales para recoger iniciativas y proponer normativas en salud macrorregionales, para los procesos de gestión administrativa y prestacional, a través de la CIGS, los gobiernos regionales y la ANGR. Consultas a redes municipales macrorregionales.	
4. Financiamiento sostenible y solidario.	4.1. Crecimiento del presupuesto nacional público en salud. Privilegiar la inversión y financiamiento al PNA y la APS: cierre de brechas de recursos humanos, tecnología y equipamiento.	Estabilizar el presupuesto de salud post pandemia. Crecimiento del presupuesto 2021 para la Función Salud y Essalud. Actualizar el marco financiero sanitario multianual.	Alcanzar el 6% del PBI entre la Función Salud y EsSalud; 30% de este PBI público dedicado al primer nivel de atención. Disminuir el gasto de bolsillo en salud hasta que se ubique por debajo del 20%.
	4.2. Crecimiento del Seguro Integral de Salud.	Crecimiento progresivo en cobertura y financiamiento de otras enfermedades: creación de un fondo solidario para la cobertura de enfermedades de alto costo (catastróficas, raras, huérfanas y similares), mejorando el perfil del FISSAL.	
	4.3. Fondo de Salud Unificado.	Definir y diseñar los mecanismos de pago entre IPRESS y la construcción del futuro Fondo de Salud (intercambio prestacional, tarifarios, GDR, capitación, cámara de compensación, etc.) entre los diversos prestadores de servicios de salud.	Iniciar la construcción del fondo unificado de salud y su implementación. Implementación de un sistema de monitoreo de la eficiencia del gasto en salud.

## 7 EL CAMINO DE LA COBERTURA UNIVERSAL

Janice Seinfeld.

### Antecedentes

Según el artículo 7 de la Constitución Política del Perú, los ciudadanos tienen derecho a “la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa”. En esa línea, la cobertura universal de salud (CUS), impulsada por la Organización Mundial de la Salud (OMS), promueve que todas las personas tengan acceso equitativo a los servicios de salud que necesitan a lo largo de su vida, con calidad y sin dificultades financieras. Por eso, la CUS tiene tres dimensiones: poblacional, prestacional y financiera (Organización Mundial de la Salud, 2021a).

En los últimos años, el Perú ha avanzado significativamente en la cobertura poblacional. Gracias a la decisión política plasmada en los Decretos de Urgencia 017-2019 y 046-2021 y al financiamiento adicional, en 2021 el 97% de peruanos está asegurado (Superintendencia Nacional de Salud, 2021). Sin embargo, aún persisten brechas importantes en el acceso. Esto porque alcanzar la verdadera CUS exige que el sistema de salud deje de estar centrado en la atención de enfermedades y pase a priorizar el bienestar de los ciudadanos.

Incluso los avances normativos en la cobertura prestacional, como la Ley N.° 30885, que establece la conformación y el funcionamiento de las redes integradas de salud (RIS) y su reglamento, siguen sin ser implementados por la débil institucionalidad del sector. La oferta de salud se mantiene fragmentada y, para muchos ciudadanos, tiene escasa capacidad resolutoria. A ello se le ha sumado desde 2020 la grave crisis por la pandemia de la COVID-19.

En la dimensión financiera, entre 2016 y 2020 el gasto público en salud aumentó en 64% (Ministerio de Economía y Finanzas, 2020). Sin embargo, la pandemia puso en evidencia las grandes brechas en infraestructura y recursos humanos del sector, así como la desprotección financiera de los ciudadanos. Se estima que en 2020 el porcentaje de hogares con gastos catastróficos en salud<sup>1</sup> aumentó a niveles de 2012, con alrededor de 450,000 hogares más que en 2019 (INEI, 2020).

El modelo de aseguramiento universal en salud (AUS) emprendido por el Perú en 2009 demanda un importante esfuerzo de financiamiento público que, al estar segmentado en subsectores, resulta insuficiente y termina siendo gestionado con limitaciones. El Seguro Integral de Salud (SIS), a pesar de su mandato y del marco legal del AUS, no constituye un fondo de aseguramiento y tiene limitaciones para desplegar estrategias de compra de servicios en las instituciones prestadoras de servicios de salud (IPRESS) públicas y privadas. En consecuencia, no genera los incentivos necesarios para un desempeño centrado en resultados sanitarios que beneficien a las personas.

Alcanzar la CUS en sus tres dimensiones es una prioridad que debe mantenerse y se puede cuantificar mediante dos indicadores clave: la proporción de la población que puede tener acceso a servicios de salud esenciales de calidad (ODS 3.8.1); y la proporción de la población que gasta sumas importantes del presupuesto familiar en la salud (ODS 3.8.2) (Organización Mundial de la Salud, 2021a).

<sup>1</sup> Ocurre cuando el gasto de bolsillo representa más del 40% de la capacidad de pago de los hogares. Esta se calcula como el total de ingresos del hogar menos el gasto para cubrir la canasta básica.

### Atención primaria de salud

Una forma integral y costo-efectiva de avanzar hacia la CUS es promoviendo la atención primaria en salud (APS). Esta se define como un “enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de la gente tan pronto como sea posible a lo largo del proceso continuo, que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas” (Organización Mundial de la Salud, 2018a).

La APS comprende tres componentes interrelacionados: servicios de salud coordinados y completos; acciones y políticas multisectoriales en el ámbito de los determinantes de la salud; y el establecimiento de un diálogo con personas, familias y comunidades, y su empoderamiento para aumentar la participación social en la salud (Organización Mundial de la Salud, 2021b).

### Los retos pendientes del Plan esencial de aseguramiento en salud

En concordancia con el enfoque de derechos al acceso a la salud y del desarrollo del AUS, en 2009 el Perú aprobó el Plan esencial de aseguramiento en salud (PEAS). Fue un avance hacia la cobertura integral para todos los ciudadanos. El PEAS es la “lista priorizada de condiciones asegurables e intervenciones que, como mínimo, son financiadas a todos los asegurados por las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud (IAFAS), sean estas públicas, privadas o mixtas, y contiene garantías explícitas de oportunidad y calidad para todos los beneficiarios”<sup>2</sup>.

El PEAS actúa como un contrato social donde se señalan las prestaciones que los afiliados a un seguro de salud tienen derecho a recibir. Así, el Estado se obliga a resguardar a la población bajo el esquema de AUS como parte del sistema de protección social en salud que incluye garantías explícitas en salud (GES) de acceso, calidad, protección financiera y oportunidad con las que deben ser otorgadas las prestaciones. Sin embargo, a pesar de haber transcurrido más de 12 años desde la promulgación de la ley marco de AUS, el Perú aún no tiene vigente una sola GES.

### El primer nivel de atención como puerta de entrada y base del sistema

La puerta de entrada al sistema de salud debe ser un establecimiento de salud del primer nivel de atención. Estos requieren médicos (idealmente especialistas en medicina familiar) y un equipo de profesionales pendientes del bienestar de una población definida en la comunidad (territorio). De esta manera, se cuida la salud y el bienestar de las personas, se detectan enfermedades de forma oportuna, se controla a los pacientes crónicos, se educa e informa sobre una dieta balanceada y estilos de vida saludables, entre otros aspectos. Un primer nivel que funciona y está articulado a IPRESS de mayor complejidad en una RIS permite brindar efectivamente el PEAS a la población y acercar al Perú al modelo de la APS.

Además, las intervenciones brindadas en el primer nivel de atención, como tamizajes, vacunación y control de enfermedades crónicas, son costo-efectivas. Al respecto, existe evidencia vinculada a la reducción de hospitalizaciones y los costos asociados, así como del uso de servicios de emergencia (Organización Mundial de la Salud, 2018b).

El Perú tiene experiencias exitosas, como la del Centro Materno Infantil Perú-Corea Santa Luzmila, en

<sup>2</sup> Ley N.° 29344.

Comas, que ha logrado altos niveles de satisfacción en sus usuarios y resultados sanitarios positivos en la comunidad (Ministerio de Salud, 2019). Otro ejemplo destacable son los establecimientos de salud contratados por el Seguro Social de Salud (EsSalud) para brindar atención integral en el primer nivel. El pago per cápita de esta modalidad ronda los S/ 200 al año (Seguro Social de Salud, 2016). Asimismo, el modelo de la asociación público-privada (APP) de IBT Group en Villa María del Triunfo y el Callao, que articula un policlínico con un hospital en cada distrito de modo sinérgico, tiene un costo per cápita cercano a los USD 300 (Seguro Social de Salud, 2010).

Estas experiencias, en sus diferentes magnitudes, demuestran que es posible implementar un primer nivel de atención funcional y costo-efectivo que satisfaga a los usuarios y contenga costos para el sistema de salud.

### ¿Cómo debería ser el primer nivel de atención?

La población peruana está acostumbrada a ir directamente al hospital o a la farmacia para buscar atención en salud. En 2019, el 46% de la población enferma buscó atención en boticas y farmacias, mientras que en 2020 esta cifra se incrementó hasta 55% (INEI, 2020). Una causa de esto es la poca confianza en el primer nivel, por su situación precaria. El 97% de estos establecimientos tiene una capacidad instalada inadecuada (Ministerio de Salud, 2021). Al carecer de las condiciones para una atención oportuna y de calidad, no resuelven problemas que deben estar a su alcance.

Durante la campaña electoral de 2021, el fortalecimiento del primer nivel de atención fue un tema común entre los diferentes partidos políticos y podría ser una de las grandes reformas en el próximo quinquenio de gobierno. A continuación, presentamos las principales condiciones para un primer nivel de atención efectivo.

### Contar con una población asignada por establecimiento

Los establecimientos de salud deben ser responsables de la prevención, promoción y atención temprana de un grupo definido de personas en un territorio. De esta manera, se genera un vínculo cercano entre el personal sanitario y la comunidad. Además, al tener información sobre los ciudadanos se puede personalizar el cuidado, realizar seguimiento a pacientes crónicos, entre otros aspectos.

Este proceso de asignación puede aprovechar los datos actuales del Padrón nacional de vacunación, así como los registros de los Gobiernos locales y de otros actores cercanos a la comunidad. Lograr esta condición es muy importante y establece un punto de quiebre con la actual situación donde la población satura los hospitales por su demanda de servicios de salud.

### Tener tecnología e infraestructura necesaria para asegurar capacidad resolutive

Una infraestructura adecuada es un eje fundamental para una participación efectiva del primer nivel de atención en el cuidado de la salud. Actualmente, hay más de 8000 establecimientos públicos a nivel nacional. Sin embargo, casi todos ellos están en malas condiciones y algunos mal distribuidos.

El primer nivel no requiere de tecnologías o condiciones complejas para atender a la población. Por eso, debe priorizarse la dotación de servicios básicos (agua, electricidad, conectividad) y equipos necesarios, la optimización y mejora de los servicios, la seguridad del local y sus recursos, y el mantenimiento de sus funciones. Otro punto clave es contar con soluciones informáticas y con el hardware adecuado para habilitar la historia clínica electrónica (HCE). Esta facilitará la articulación con otros

establecimientos para asegurar la continuidad de la atención.

### Implementar la historia clínica electrónica y sistemas en línea

La HCE permite que los pacientes se trasladen con sus datos, lo que reduce la duplicidad de las pruebas de diagnóstico y mejora la información disponible para la labor del personal de salud. Además, el trabajar con sistemas en línea facilita al ente rector, Gobiernos subnacionales y gestores contar con información actualizada para la implementación de intervenciones de salud pública, traslado de recursos entre establecimientos, mayor transparencia en la gestión, entre otros aspectos.

### Aumentar el número de médicos —en particular de médicos de familia—, así como de profesionales de la salud capacitados para la atención primaria

Los establecimientos de salud de categoría I-1, el más numeroso en el primer nivel, con cerca del 50% del total, no tienen médico. Urge organizar la oferta y asignar profesionales para ampliar la capacidad resolutive de primer nivel de atención. Es fundamental el concurso de médicos especializados en medicina familiar y comunitaria. Se debe tomar nota que el Perú solo se cuenta con 1120 de estos médicos y la mayoría se concentra en Lima (RPP, 2021)

Para aumentar la cobertura de profesionales de salud se deben modelar las necesidades sanitarias de la población y el estado de la oferta disponible. En paralelo, el ente rector necesita estimar el flujo de profesionales en formación, incentivar el logro de la oferta necesaria, y definir el perfil ocupacional y las competencias requeridas.

En el corto y mediano plazo, el Estado puede financiar más plazas de residentado para medicina familiar y comunitaria e implementar incentivos que favorezcan la inscripción en esta especialidad: becas de estudios si se quedan un periodo determinado de años laborando, pagos adicionales, mejores condiciones de trabajo, entre otras medidas. Considerando que el primer nivel puede resolver hasta el 80% de las necesidades de la población (Vignolo, Vacarezza, Álvarez, & Sosa, 2011), debe potenciarse la formación de recursos humanos calificados.

### Disponer de procesos de soporte eficientes con un alto nivel de servicio

Cuatro de cada diez personas no reciben sus medicamentos completos en consulta externa en los establecimientos de salud públicos (EnSuSalud, 2016). Ante ello, es importante mejorar los procesos de abastecimiento y de soporte en general (conectividad, mantenimiento, otros servicios), de modo que se garantice una constante atención integral a los ciudadanos. Es clave que las unidades de gestión de las instituciones prestadoras de servicios de salud (UGIPRESS), encargadas de la operación en los establecimientos de salud organizados en RIS, asuman su rol.

Una medida práctica es poner en la web la información de recetas e inventarios, de modo que se facilite la trazabilidad de los recursos y se distribuyan o redistribuyan, de ser necesario. En esta tarea es fundamental el concurso de los operadores logísticos, públicos o privados, con indicadores que midan su desempeño.

### Financiamiento suficiente y eficiente

A pesar del incremento del gasto público en los últimos años, el Perú aún destina menos financiamien-

to que sus pares regionales (OECD, 2019). Además, se mantiene una brecha para cubrir el PEAS a toda la población. Se estima que la propuesta del PEAS 2020 costaría S/ 805 per cápita al año, pero solo se destina S/ 552; es decir, 57% de lo necesario (Videnza Consultores, 2021). Por ello, es fundamental incrementar gradualmente el financiamiento público de la salud y mejorar la administración, que en muchos casos suele limitarse a una planificación histórica sin promover la gestión por resultados.

El SIS debe pasar a cubrir el costo total de las atenciones en salud y convertirse en un fondo que realiza compras estratégicas. Ello, sumado a una mejora en su capital humano, convertiría al principal asegurador del país en una institución que implementa mecanismos de pago innovadores a los prestadores para incentivar la eficiencia y la calidad de sus servicios para sus afiliados.

Para evitar traslapes, los programas presupuestales (PP) destinados a salud individual se irían desactivando progresivamente, de modo que este modelo se centre exclusivamente en las intervenciones de salud pública, destinadas a todos los residentes en el país.

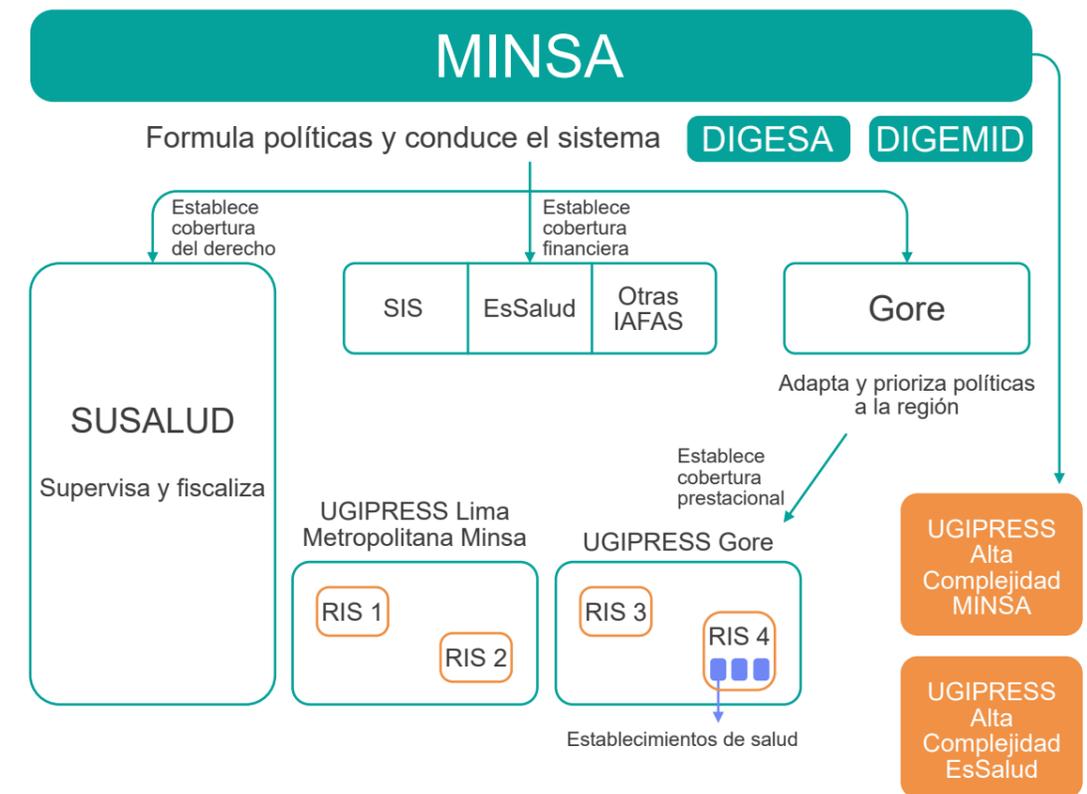
### Un modelo conceptual para desarrollar la propuesta de cambio

En los próximos años, el Ministerio de Salud (Minsa) debe afianzar su rol como rector del sistema nacional de salud. Ello implica la conducción de los actores, la formulación de la política sanitaria, la evaluación de indicadores estratégicos, entre otros. Los Gobiernos regionales (Gore) adaptan las políticas sanitarias a sus territorios y conducen las intervenciones de salud en su ámbito. Asimismo, la Superintendencia Nacional de Salud (SuSalud) supervisa y fiscaliza a los aseguradores y prestadores públicos y privados, cautelando que los ciudadanos accedan a los cuidados correspondientes.

En el ámbito de la prestación, los establecimientos de salud del primer y segundo nivel de atención están articulados en RIS, las que pueden o no integrar prestadores de los diferentes subsistemas de sector (Minsa-Gore, EsSalud, sanidades, entre otros). Para asegurar que la prestación mantenga su calidad, las UGIPRESS, como entidades de soporte de varias RIS, se encargan de mantener el talento humano necesario y el abastecimiento de recursos estratégicos (productos farmacéuticos, dispositivos médicos, entre otros). También negocian con las aseguradoras el financiamiento oportuno y suficiente para las RIS. A su vez, la oferta de alta complejidad está articulada a la red pública (hoy a cargo del Minsa) y a la red de EsSalud, las que reciben el soporte de sus respectivas UGIPRESS.

De este modo los ciudadanos acceden al sistema a través de un establecimiento de salud cercano a sus hogares, con un médico de familia y un equipo de salud que conoce su historia clínica, con las tecnologías necesarias a su alcance y es referido oportunamente en caso requerir un mayor cuidado, manteniendo siempre la continuidad de la atención. En paralelo, los aseguradores velan por el financiamiento, y las UGIPRESS proveen los recursos necesarios. Se evita así la carga administrativa a los prestadores que pueden centrarse en su labor misional: cuidar la salud de las personas.

Tabla 4. Modelo conceptual del sistema de salud



Elaboración propia

Los ciudadanos afrontan diversas dificultades para acceder a servicios de salud con oportunidad y calidad. Más aún, en medio de una pandemia que viene implicando la muerte de más de 190,000 personas, es indispensable actuar y cambiar los puntos críticos del sistema de salud, de forma sostenible, para cubrir efectivamente a los ciudadanos. Se debe reconocer al primer nivel de atención como una forma eficiente y costo-efectiva de acercar la salud a las personas.

# LA SALUD EN EL BICENTENARIO

