

CÓMO LOGRAR UN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD OPORTUNO Y DE CALIDAD

Lima, noviembre de 2023

Índice

1.	Introducción	3
2.	Definición y relevancia del primer nivel de atención de salud	5
2.1.	La actual oferta pública del primer nivel de atención en salud en Arequipa, Moquegua y Tacna	8
3.	Características de la demanda de servicios de salud de Arequipa, Moquegua y Tacna	9
3.1.	Características sociodemográficas	10
3.2.	Demanda de servicios de salud	11
4.	Estado de la situación de los procesos vinculados a la oferta del primer nivel de atención en salud en el ámbito Minsa – Gobiernos regionales	14
4.1.	Rectoría y conducción	15
4.2.	Financiamiento	17
4.3.	Prestación	21
4.3.1.	Infraestructura y equipamiento	21
4.3.2.	Recursos humanos	22
4.3.3.	Historia clínica electrónica	23
4.3.4.	Abastecimiento de productos farmacéuticos y dispositivos médicos	25
5.	Conclusiones	27
6.	Referencias	30



INTRODUCCIÓN



Capítulo 1

Introducción

Los ciudadanos en el Perú tienen serias dificultades para acceder a servicios de salud, incluso cuando se trata de afecciones que deberían resolverse en el primer nivel de atención de salud. Esta limitación se evidencia en la baja asistencia a un establecimiento de salud cuando se manifiesta una dolencia o enfermedad. Asimismo, en la creciente visita a las farmacias y boticas privadas en busca de atención en salud que es financiada, principalmente, con gasto de bolsillo. Es decir, aquel desembolso directo del presupuesto de las familias para solventar la atención de su salud.

Según información de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH), en el año 2022 uno de cada dos peruanos (53%) buscó atención de servicios de salud frente a un síntoma, malestar, enfermedad, recaída de enfermedad crónica o accidente. Sin embargo, solo el 50% de ellos optó por acudir a un establecimiento de salud, cifra por debajo de los niveles prepandemia (57%). El 47% de estas personas buscó atención en una farmacia o botica.

Tomando como base la información de la ENAH, estimamos que en 2022 el gasto de bolsillo promedio en salud fue de S/ 455 anuales. Esto es 32% más que el monto gastado en el 2019 (S/ 344). En el caso específico de los medicamentos, el gasto de bolsillo aumentó en 17% en ese mismo periodo: de S/ 136 a S/ 159.

Ante ello, un primer nivel de atención adecuadamente constituido, con recursos humanos, medicamentos, historia clínica electrónica y una ruta organizada de referencia y contrarreferencia tiene el potencial de resolver hasta el 85% de los problemas de salud frecuentes en la población (Vignolo, et al., 2011), protegiendo la salud y disminuyendo el gasto de bolsillo.

Este estudio, que consta de tres productos, buscará analizar las características esenciales que debe

tener esa oferta en el Perú, y estimar las brechas de financiamiento. Asimismo, propondrá un conjunto de estrategias orientadas a organizar e incentivar este tipo de oferta en ámbitos urbanos, donde actualmente reside más del 80% de peruanos. El análisis se centra en tres departamentos: Arequipa, Moquegua y Tacna. Estos fueron seleccionados porque, al pertenecer a la Mancomunidad Macro Región Sur, configuran un corredor económico y social con el potencial de ejecutar acciones, convenios y proyectos conjuntos. Además, poseen un alto porcentaje de población urbana (Murillo-Peña, et al., 2023). Y los tres presentan mayor probabilidad de experimentar presiones poblacionales por el crecimiento demográfico, sobre todo en zonas urbano-marginales, lo que se traduce en una mayor demanda de servicios de salud.

En este primer producto presentamos la problemática y una aproximación a las estrategias de solución para lograr una adecuada cobertura de oferta en el primer nivel de atención de salud en los 3 departamentos seleccionados.



DEFINICIÓN Y RELEVANCIA DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE SALUD



Capítulo 2

Definición y relevancia del primer nivel de atención de salud

El primer nivel de atención en salud debe ser el primer contacto y la puerta de entrada de las personas a la oferta de servicios de salud (Marinho, et al., 2023). En América Latina, países como Chile, Colombia, México y Uruguay estructuran su sistema de salud desde un nivel de menor complejidad hasta aquel con la mayor capacidad resolutive. En esa

línea, sus servicios abarcan desde la promoción y prevención de la salud hasta el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Son proporcionados en centros de salud o policlínicos, que deben aplicar un enfoque centrado en la atención de las personas, considerando su entorno familiar y comunitario.

Cuadro 1: Servicios del primer nivel de atención en Chile, Colombia, México y Uruguay

País	Servicios
Chile	Promoción, prevención, tratamiento de enfermedades agudas y crónicas, cirugía menor, consultas oftalmológicas, consultas de otorrino, entrega de lentes, entrega de audífonos, y rehabilitación y tratamiento de personas con secuelas de enfermedades.
Colombia	Promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de enfermedades y lesiones de baja complejidad.
México	Consulta externa general, atención dental, estudios de laboratorio clínico básico y radiografías simples.
Uruguay	Promoción, protección específica, diagnóstico precoz, tratamiento, y rehabilitación y saneamiento ambiental.

Fuentes: Ministerio de Salud de Chile (s.f.); Congreso de Colombia (1990); Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado de Sonora (s.f.); Ley 18.211 (2007). Elaboración propia.

En el Perú, el Ministerio de Salud (Minsa) busca organizar la oferta pública de servicios de salud según la magnitud y severidad de las necesidades de la población y considerando la capacidad resolutive del sistema nacional de salud. Reconoce tres niveles de atención en salud. El primero, donde se intenta resolver los problemas de salud frecuentes y de baja complejidad. Y el segundo y

tercer nivel, que complementan y amplían las capacidades con un mayor grado de especialización en recursos humanos y tecnológicos. El primer nivel de atención en salud se divide en cuatro categorías que estratifican, de manera creciente, la capacidad resolutive de su oferta de servicios. Cada una de ellas está basada

en la existencia de unidades productoras de servicios de salud consideradas como mínimas. Es decir, el mínimo de capacidad resolutive que deben tener para cumplir con sus actividades de atención directa y de soporte.

- **Categoría I-1:** son los puestos o postas de salud y los consultorios de profesionales de la salud sin médicos. **Atienden de 6 a 12 horas.**

- **Categoría I-2:** postas de salud y consultorios médicos con médico-cirujanos, con o sin especialidad. **Atienden hasta 12 horas.**

- **Categoría I-3:** comprende establecimientos como centros de salud, centros médicos, centros médicos especializados y policlínicos. **Atienden 12 horas.**

- **Categoría I-4:** incluye centros de salud y médicos con camas de internamiento. **Atienden 24 horas.**

Las unidades productoras de servicios podrán aumentar en un establecimiento de salud cuando el análisis de la situación de salud y el estudio de oferta y demanda lo justifiquen, sin que necesariamente ocurra un cambio de categoría. Conceptualmente, no existe un límite en relación a disponer de los recursos humanos que sean necesarios, sin embargo, se entiende que esta es una decisión sustentada y requiere del financiamiento sostenible necesario.

El Seguro Social de Salud (EsSalud), aplicando el marco normativo del ente rector, presenta una estructura organizacional similar, conformada por tres niveles de atención¹. Como parte de su oferta en el primer nivel, en el año 2008, el Seguro Social de Salud (EsSalud) implementó las Unidades Básicas de Atención Primaria de Salud (UBAPS) en las provincias de Lima y Callao. A cada una se le asignó una población de asegurados residentes en un territorio urbano definido, que disponían de una oferta mayor a la exigida para su categoría (I-3), en

función a las necesidades de una población urbana que tiene una carga de enfermedad crónica – degenerativa, pero sin descuidar las necesidades de salud materno - infantil. Se les fijó un pago capitado por asegurado con incentivos relacionados al logro de determinados resultados sanitarios alineados a resolver el reto sanitario antes descrito. En este modelo, el establecimiento de salud del primer nivel de atención, habitualmente una institución prestadora de servicios de salud privada contratada por EsSalud, contaba con las especialidades médicas y servicios de diferentes profesionales para atender las patologías prevalentes. Asimismo, disponía de los materiales, equipos biomédicos y medicamentos para efectivizar la atención.

El modelo luego fue formalizado con la aprobación de la Resolución de Gerencia 1112-GG-EsSalud-2021 que define una cartera de servicios de salud de complejidad creciente para los establecimientos del primer nivel de atención. En ella se consideran las prestaciones ambulatorias, generales, especializadas, estandarizadas, costo-efectivas y mínimas que debía brindar un establecimiento de salud para responder las necesidades de salud de la población, y las prioridades y políticas sanitarias sectoriales.

Así, EsSalud pudo disponer de lugares con capacidad resolutive accesibles a sus asegurados. A diferencia de quienes se atienden en establecimientos de salud de categoría I-3 del Minsa (2011) que, en el mejor de los casos, cumplen con el funcionamiento de las unidades productoras de servicios mínimas definidas por la norma.

El siguiente cuadro, a manera de ejemplo, compara la oferta de recursos humanos de un establecimiento I-3 convencional del ámbito Minsa – Gobiernos regionales con uno de EsSalud organizado bajo el modelo de cartera de servicios de salud de complejidad creciente.

¹ Resolución de Gerencia General N° 1471-GG-EsSalud-2013. Directiva N° 018-GG-EsSalud-2013.

Cuadro 2: Oferta de talento humano en un establecimiento de salud I-3 y un modelo de complejidad creciente

Recursos	Establecimiento de salud I-3	Modelo de cartera de servicio de salud de complejidad creciente
Especialidades médicas	Medicina familiar, medicina pediátrica y medicina gineco – obstetra.	Medicina familiar, medicina interna, pediatría, ginecología, patología, radiología, geriatría, oftalmología, otorrinolaringología, gastroenterología, dermatología, cardiología, urología, neurología, reumatología, endocrinología, traumatología, neumología y medicina de rehabilitación (según la necesidad).
Otros profesionales	Medicina general, odontología, enfermería y obstetricia.	Medicina general, odontología, enfermería, obstetricia, tecnología médica en radiología, tecnología médica en terapia física, tecnología médica en laboratorio, nutrición, psicología, químico farmacéutico y trabajo social.
Personal técnico	Personal técnico de enfermería, laboratorio y de farmacia.	Personal técnico o auxiliar en enfermería, técnico de radiología, técnico de laboratorio, técnico de farmacia y técnico de optometría.

Fuentes: Minsa (2011) y Essalud (2014). Elaboración propia.

Finalmente, debe tomarse en cuenta que estos servicios deben ser brindados aplicando el Modelo de Cuidado Integral de Salud por curso de vida² aprobados por el ente rector el cual aplica un enfoque centrado en la atención de la persona, la familia y la comunidad. Además, es importante tomar en cuenta el actual proceso de conformación y funcionamiento de las Redes Integradas de Salud (RIS) a nivel nacional³ que establece una perspectiva de oferta organizada en función de la demanda y del territorio.

2.1 La actual oferta pública del primer nivel de atención en salud en Arequipa, Moquegua y Tacna

Veamos la distribución de las instituciones prestadoras de servicios de salud del primer nivel de atención en salud, según categoría, en nuestros tres departamentos priorizados. Arequipa es la que tiene mayor número de establecimientos, principalmente en la categoría I-2. En Tacna, hay una mayor cantidad de establecimientos I-1 y I-2. Mientras que en Moquegua no se reportan establecimientos en la categoría I-4.

Si se evalúa el número de establecimientos por cada 10 000 habitantes, se aprecia que Moquegua tiene 3.6 establecimientos; Tacna 2.3 y Arequipa solo 1.9. En el ámbito Minsa – Gobiernos regionales se aprecian numerosos establecimientos en ese nivel de atención, pero con escasa capacidad resolutive.

Cuadro 3: Número de establecimientos de salud del primer nivel de atención por categoría

Categoría	I-1	I-2	I-3	I-4	Total	Atienden al menos 12 horas	Población	Establecimientos x 10 000 habitantes
Arequipa	36	130	79	11	256	48.3%	1 382 730	1.9
Moquegua	23	20	20		63	70.5%	174 863	3.6
Tacna	18	40	16	3	77	50.0%	329 332	2.3

Fuentes: Ministerio de Salud (2023); Vidanza Instituto, Propuestas del Bicentenario - Observatorio (2022); Censo (2017). Elaboración propia.

² Resolución Ministerial N° 030 – 2020 MINSA que aprueba el Modelo de Cuidado Integral por curso de vida.

³ Ley N° 30885. Ley que establece la conformación y funcionamiento de las Redes Integradas de Salud.



CARACTERÍSTICAS DE LA DEMANDA DE SERVICIOS DE SALUD DE AREQUIPA, MOQUEGUA Y TACNA



Capítulo 3

Características de la demanda de servicios de salud de Arequipa, Moquegua y Tacna

3.1 Características sociodemográficas

Los departamentos de Arequipa, Moquegua y Tacna tienen un alto porcentaje de población urbana. En el primer caso se concentra fuertemente en la provincia de Arequipa, la capital de la región y una

de las ciudades más grandes del Perú, con más de 1 080 000 habitantes. Moquegua tiene una significativa proporción de habitantes en Mariscal Nieto e Ilo, provincias mayoritariamente urbanas. En Tacna, la provincia del mismo nombre concentra una significativa proporción de habitantes de la región, en su gran mayoría residentes en la ciudad.

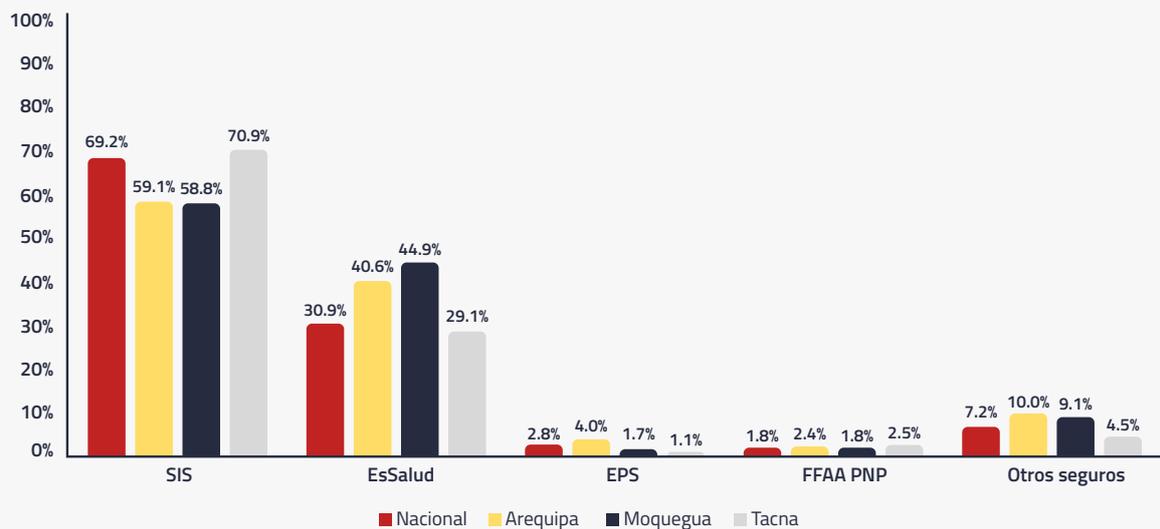
Cuadro 4: Distribución de la población en los departamentos de Arequipa, Moquegua y Tacna

Departamento	Provincia	Población total	Población urbana	Población rural	% urbano
Arequipa		1 382 730	1 268 941	113 789	91.8%
	Arequipa	1 080 635	1 063 523	17 112	98.4%
	Caylloma	86 771	55 954	30 817	64.5%
	Camaná	59 370	49 868	9502	84%
	Caravelí	41 346	26 447	14 899	64%
	Castilla	33 629	18 554	15 075	55.2%
	Condesuyos	16 118	2830	13 288	82.4%
	Islay	52 034	49 575	2459	95.3%
	La Unión	12 827	2190	10 637	82.9%
Moquegua		174 863	151 891	22 972	86.9%
	Mariscal Nieto	85 349	75 316	10 033	88.2%
	Ilo	74 649	74 249	400	99.5%
	General Sánchez Cerro	14 865	2326	12 539	15.6%
Tacna		329 332	296 788	32 544	90.1%
	Tacna	306 363	288 875	17 488	94.3%
	Tarata	6094	2802	3292	46%
	Jorge Basadre	10 773	5111	5662	47.4%
	Candarave	6102	-	6102	-

En cuanto al aseguramiento en salud, las aseguradoras predominantes son el Seguro Integral de Salud (SIS) y el Seguro social EsSalud. El SIS tiene la mayor cobertura a nivel nacional, con un 69.2% de la población afiliada. En los departamentos analizados destaca que el 70.9% de la población de

Tacna está afiliada al SIS, cifra que supera el promedio nacional. La cobertura de EsSalud alcanza al 30,9% de la población nacional. Arequipa y Moquegua tienen una proporción de asegurados en EsSalud superior al promedio nacional.

Gráfico 1: Porcentaje de afiliados según tipo de seguro



Fuente: Susalud (2022). Elaboración propia.

Complementariamente, el 7.2% de la población peruana está afiliada a algún otro seguro⁴. En Arequipa y Moquegua, este tipo de cobertura asciende a 10% y 9.1%, respectivamente. En Tacna, la proporción de la población afiliada a estos otros seguros es de 4.5%, por debajo de la media nacional.

Es importante mencionar que esta información hace referencia a la cobertura nominal, que difiere de la cobertura efectiva o de la percepción de contar con un seguro, por el desconocimiento de la población respecto al seguro al que se encuentra afiliado o simplemente la falta de acceso efectivo a servicios de salud, así se esté formalmente asegurado⁵. Así, según la ENAHO en el 2021, 81.3% de la población responde tener acceso a un seguro de salud, cifra que, se ha incrementado en 4 puntos porcentuales desde el 2019, posiblemente por una mayor preocupación por parte de la población respecto a su salud como resultado de lo acontecido por la pandemia.

3.2 Demanda de servicios de salud

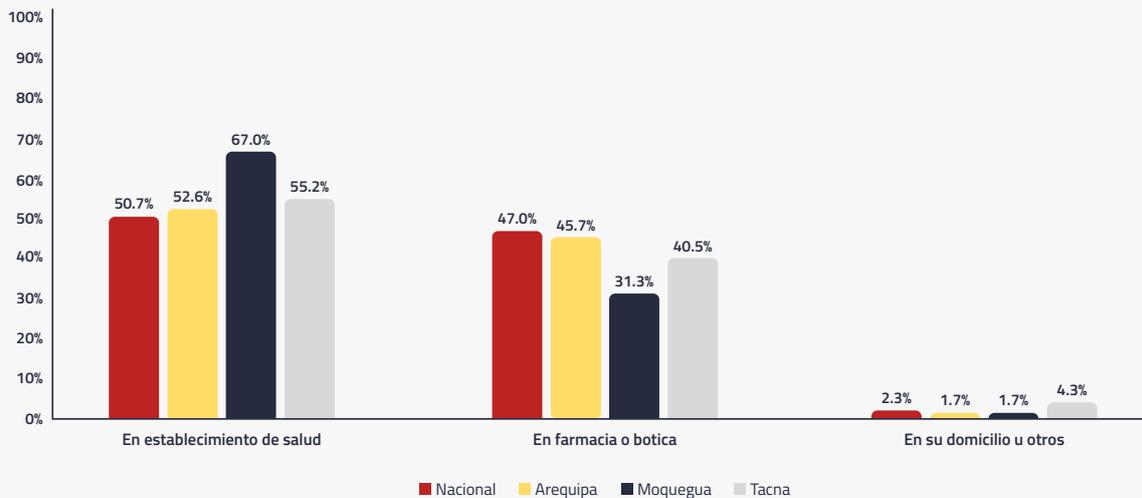
Según información de la ENAHO 2022, solo el 50.7% de la población del Seguro Integral de Salud (SIS) optó por acudir a un establecimiento de salud cuando sufre una dolencia, enfermedad o accidente, lo cual refleja una disminución respecto de las cifras prepandemia (62.4%). En contraste, aumentó a 47% la preferencia de acudir a una botica o farmacia para atender el problema de salud, cifra que en 2019 era del 36.2%⁶. La atención de servicios de salud en el domicilio, no registra mayor variación.

Los siguientes gráficos muestran las preferencias por la búsqueda de atención de servicios de salud a nivel nacional y en las tres regiones señaladas para los años 2022 y 2019, respectivamente.

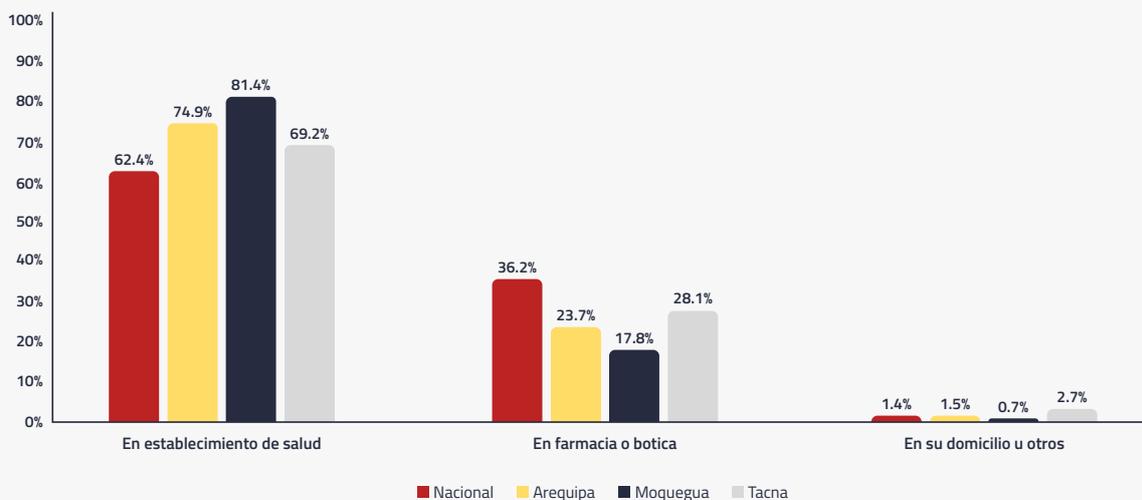
⁴ Incluye prepagas, empresas de seguros y auto seguros.

⁵ Una omisión importante en Perú es que los asegurados no suscriben con su aseguradora un contrato que explícite la cobertura a la que tiene derecho.

⁶ Este incremento se podría explicar por la ausencia de una cobertura efectiva de la estrategia de aseguramiento universal de salud establecida en el 2019. Esto hace que los asegurados ante un malestar o problema de salud busquen atención, principalmente, en una farmacia o botica.

Gráfico 2: Servicio de salud en el que buscaron atención los usuarios del SIS que presentaron algún malestar, enfermedad o accidente (2022)

Fuente: ENAHO 2022 (INEI). Elaboración propia.

Gráfico 3: Servicio de salud en el que buscaron atención los usuarios del SIS que presentaron algún malestar, enfermedad o accidente (2019)

Fuente: ENAHO 2019 (INEI). Elaboración propia.

En relación a la morbilidad de la población —es decir, las enfermedades, lesiones y discapacidades—, se identifica que a nivel nacional las cinco primeras causas son las enfermedades infecciosas y parasitarias (33.3%), las enfermedades de la piel y del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo (10.2%), las enfermedades neuropsiquiátricas y de los órganos de los sentidos (10.1%), las enfermedades endocrinas, metabólicas y nutricionales (9.4%), y las enfermedades dentales y de sus estructuras de sostén (8.7%).

A su vez, según información de los Análisis de Situación de Salud (ASIS) de los Gobiernos regionales de Arequipa, Moquegua y Tacna, estos comparten similares registros de morbilidad. Las enfermedades por infecciones agudas de las vías respiratorias superiores representan la mayor carga de morbilidad. De igual modo, comparten importancia en orden decreciente las enfermedades de la cavidad oral, glándulas salivales y maxilares; el sobrepeso, la obesidad y otros tipos de hiperalimentación y las enfermedades del esófago,

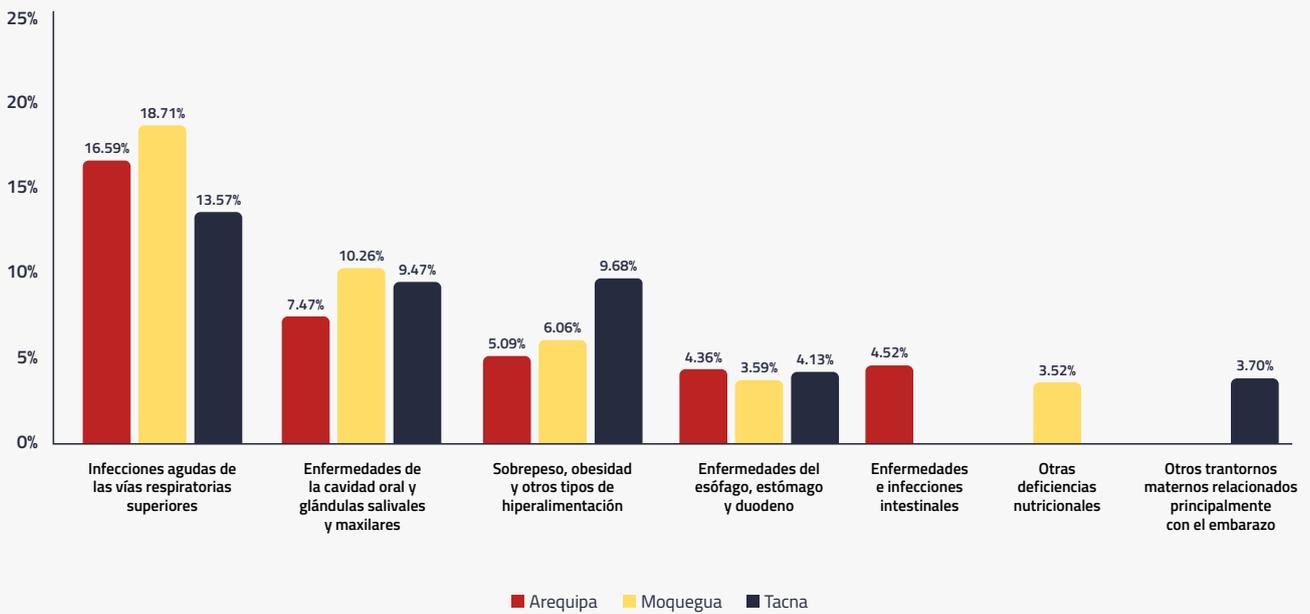
estómago y duodeno.

trastornos maternos relacionados con el embarazo.

Sin embargo, existen algunas diferencias. La quinta enfermedad con mayor carga de morbilidad en Arequipa son las enfermedades e infecciones intestinales, y en Moquegua las deficiencias nutricionales. En cambio, en Tacna son los

Esta información sugiere la existencia de algunas diferencias en el perfil de demanda de los usuarios del sistema nacional de salud que deben tomarse en cuenta en cada área geográfica para la oferta de servicios.

Gráfico 4: Principales causas de morbilidad en Arequipa, Moquegua y Tacna



Fuente: GERESA Arequipa, GERESA Moquegua y GERESA Tacna. Elaboración propia.



ESTADO DE LA SITUACIÓN DE LOS PROCESOS VINCULADOS A LA OFERTA DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN SALUD EN EL ÁMBITO MINSA – GOBIERNOS REGIONALES



Capítulo 4

Estado de la situación de los procesos vinculados a la oferta del primer nivel de atención en salud en el ámbito Minsa – Gobiernos regionales

A continuación, se describen los principales procesos que promueven o afectan la organización y la operación del primer nivel de atención en el sistema nacional de salud.

4.1 Rectoría y conducción

El Minsa es la autoridad nacional de salud, en concordancia con lo establecido en el artículo 123 de la Ley General de Salud (Ley 26842), el Decreto Legislativo 1161 que aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, y la Ley 30895 que fortalece la función rectora del Minsa. Es decir, tiene a su cargo formular, planear, dirigir, coordinar, ejecutar, supervisar y evaluar la política nacional y sectorial. Asimismo, dictar normas y lineamientos técnicos para la adecuada ejecución y supervisión de las políticas nacionales y sectoriales; la gestión de los recursos del sector; la conducción y supervisión del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud, entre otras funciones.

Sin embargo, la rectoría del Minsa en el primer nivel de atención se debilita por la persistencia de un sistema de salud fragmentado —múltiples actores intervienen en distintas funciones— y segmentado —diferentes subsistemas operan según la afiliación del asegurado—.

Un primer reto para el Minsa es que enfrenta una función salud compartida en los diferentes niveles de gobierno, pero sin una línea de autoridad efectiva. Así, los Gobiernos regionales, por su autonomía administrativa y presupuestal (Ley 27867), asumen competencias, funciones y recursos del sector salud. Dirigen la oferta de

servicios en sus territorios desde las direcciones regionales de salud (DIRESA). A su vez, los Gobiernos locales tienen responsabilidad sobre el primer nivel de atención en salud en su territorio según la ley correspondiente (Ley 27972), aunque esa labor no sea visible, más allá de iniciativas puntuales en distritos urbanos, como explicaremos más adelante.

En este contexto, la Ley 30895 y su reglamento, que fortalece la función rectora del Minsa, señala que este coordina y articula con las autoridades regionales y locales de salud. Sin embargo, en la práctica esta función no ha logrado consolidarse de manera efectiva. Se evidencian obstáculos que dificultan la implementación de efectiva rectoría, que ha dado lugar a un sistema de salud fragmentado y poco eficiente en el ejercicio de su función. Por ejemplo, el Minsa establece los lineamientos para los perfiles de los puestos de quienes conforman los equipos de gestión regionales. Incluso puede recomendar dejar sin efecto las designaciones de quienes no se ajusten a estos perfiles. Sin embargo, poco se ha avanzado en este aspecto, directamente vinculado al desarrollo de las capacidades de gobierno en salud de los funcionarios de los distintos niveles del Estado (Bardález, 2006).

Un segundo aspecto es el escaso liderazgo del Minsa para articular a los diferentes actores del sistema nacional de salud con algún rol en el primer nivel de atención. El marco legal asigna capacidades al Minsa para determinar la política, regular y supervisar la prestación de los servicios de salud a nivel nacional en EsSalud, la Sanidad de la Policía

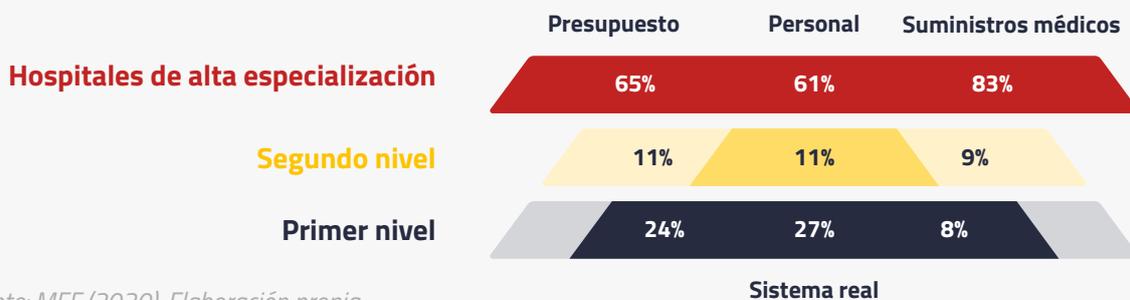
Nacional del Perú, las Sanidades de las Fuerzas Armadas, las instituciones de salud del Gobierno nacional y de los Gobiernos regionales y locales, y demás instituciones públicas, privadas y público-privadas. Sin embargo, ante la falta de una conducción y monitoreo estratégico efectivo, los subsectores mencionados se gestionan como “islas” casi independientes.

La débil inclusión de las municipalidades en las acciones locales por la salud es un tercer reto para la rectoría del primer nivel de atención en salud. La Ley Orgánica de Municipalidades (Ley 27972) otorga a los Gobiernos locales la facultad de gestionar la atención primaria de salud, y construir y equipar puestos de salud. Algunas, como el caso de la Municipalidad Metropolitana de Lima, disponen de centros de salud fortalecidos mediante contratos con prestadores del sector privado⁷. Aunque resuelven parcialmente la demanda de servicios ambulatorios, estas iniciativas representan acciones aisladas o poco articuladas dentro del sistema nacional de salud.

También a nivel local se evidencia una falta de articulación para enfrentar los problemas de salud más importantes. Un ejemplo son las acciones de lucha contra la anemia infantil. En 2018, la Defensoría del Pueblo señaló que, de un total de 204 establecimientos de salud públicos del primer nivel de atención, solo el 4% coordinaba acciones con EsSalud. Ello a pesar de que el 23.7% de los menores de tres años deben ser atendidos en el seguro social (Defensoría del Pueblo, 2018). Integrar los esfuerzos locales y orientarlos al logro de resultados sanitarios es una tarea pendiente en un contexto de cambios lentos por la débil implementación de las redes integradas de salud (RIS).

En los últimos años, el Estado promueve la articulación de las redes de servicios de salud para sumar esfuerzos en el cuidado de las personas. En 2018 se promulgó la Ley 30885 (El Peruano, 2018) que establece la conformación y el funcionamiento de las RIS. Su objetivo es que los establecimientos de salud, públicos y privados, tengan las facultades

Gráfico 5: Distribución de recursos en Lima Metropolitana



Fuente: MEF (2020). Elaboración propia.

para coordinar normativamente y brindar servicios de salud a la población de un territorio asignado. Pese a que estas redes fueron reglamentadas en 2020 (Decreto Supremo 019-2020), y a la fecha se han conformado varias⁸ aún no cambia, en lo esencial, el modelo de gestión de los servicios de salud para los ciudadanos.

Un reto adicional que afronta el Minsa en la provincia de Lima es que la gestión de la prestación de servicios de salud de la capital peruana sigue a su cargo, y no ha sido transferida a la Municipalidad

Metropolitana de Lima, como corresponde. Por ello, está obligado a organizar y conducir a las Direcciones de Redes Integradas de Salud (DIRIS) de Lima, las que están a cargo del primer nivel de atención en salud. Esta labor adicional al Minsa distrae su función como ente rector y perpetúa un modelo centralista que hace que la actual oferta de servicios públicos de salud se concentre en la metrópoli, destinándose mayores recursos a sus hospitales (Redes, 2021). En el gráfico 5 se muestra esta distribución asimétrica de recursos.

⁷ Principalmente mediante el Sistema Metropolitano de la Solidaridad creado mediante la Ordenanza Municipal 683-MML del 9 de septiembre de 2004.

⁸ La Directiva Administrativa N° 329 MINS/DGAIN 2022 estandariza el proceso de conformación de las RIS.

Finalmente, es importante mencionar que el Minsa carece de un sistema de información gerencial integrado e interoperable para formular políticas, tomar decisiones y hacer un adecuado seguimiento y evaluación de procesos y resultados. Esta limitación para realizar un análisis oportuno, con información y sustento basados en evidencia impide gestionar las iniciativas de cambio de manera sostenible. Más bien, favorece el *statu quo* afectando el despliegue de una rectoría sectorial e intergubernamental efectiva del sistema nacional de salud.

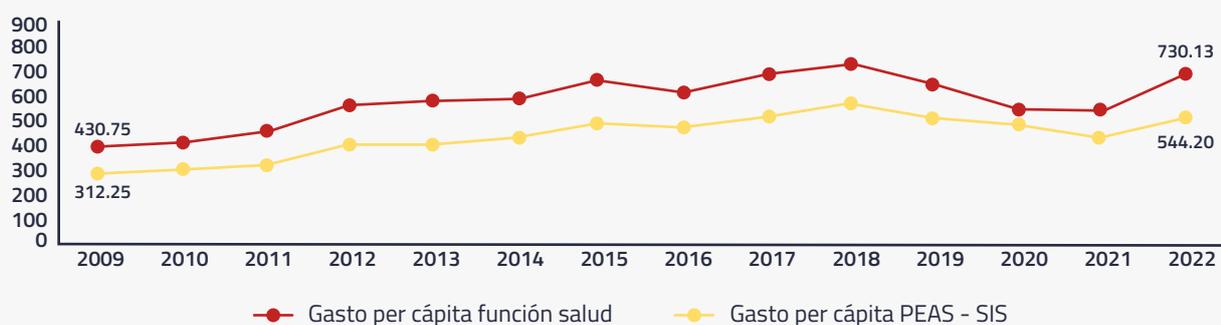
4.2 Financiamiento

El Aseguramiento Universal de Salud es una política de Estado, promovida desde el Acuerdo Nacional⁹ y formalizado mediante la Ley N° 29344¹⁰, que inicia un proceso orientado a lograr que toda la población residente en el territorio nacional disponga de un seguro de salud, sobre la base del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS). El Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) define las prestaciones mínimas que todo afiliado a un seguro público o privado tiene derecho a recibir. Lista las condiciones asegurables e intervenciones priorizadas que todas las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud están obligadas a financiar, como mínimo, a sus asegurados. Además, describe las garantías explícitas de oportunidad y calidad para todos los

beneficiarios (Minsa, 2011). Sin embargo, estas garantías no se han implementado efectivamente, afectando la confianza de los asegurados. Si bien el PEAS comprende prestaciones de salud que corresponden no solo al primer nivel de atención en salud, sino también al segundo y al tercero (Velásquez, 2009), este es clave para prevenir enfermedades en las personas sanas (Prieto, et al., 2015) y contener la progresividad de las patologías.

El primer PEAS fue publicado en el año 2009 bajo el Decreto Supremo 016-2009-SA. Doce años después, el Decreto Supremo 023-2021-SA aprobó su actualización, con un listado de 162 condiciones asegurables. De ellas, 9 son condiciones de personas sanas, mientras que los 153 restantes están referidas a daños. Este conjunto de condiciones representa alrededor de 9400 procedimientos médicos, 44% de los cuales se ejecutan en el primer nivel de atención. El nuevo PEAS tiene un costo estimado de S/ 17 000 millones para atender a 24 millones de afiliados al SIS, lo que equivale a S/ 689 per cápita. El siguiente gráfico muestra la evolución del gasto de la función salud per cápita sin considerar los gastos destinados a rectoría, conducción y salud pública. Incluye también el gasto estimado destinado al PEAS desde su aprobación en el 2009 hasta 2022¹¹. En ambos casos se registra un crecimiento similar: alrededor del 4% promedio anual en los últimos 13 años.

Gráfico 6: Evolución del gasto público de la función salud y gasto estimado del PEAS, 2009-2022 (S/)



Fuente: Consulta amigable SIAF-MEF. Elaboración propia.

⁹ Política de Estado 13. Acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social.

¹⁰ Establece el marco normativo del aseguramiento universal en salud, a fin de garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona a la seguridad social en salud, así como normar el acceso y las funciones de regulación, financiamiento, prestación y supervisión del aseguramiento.

¹¹ Excluye los gastos destinados a la atención por COVID-19.

Sin embargo, a pesar que el gasto estimado destinado al PEAS se incrementó desde la publicación del PEAS, este es aún insuficiente para garantizar su cobertura financiera. Más aún, se requiere de un financiamiento adicional para sustentar los gastos en salud de la población que ha sido asegurada en el SIS, como respuesta al Decreto de Urgencia N° 017-2019. A ello se añaden las disparidades a nivel regional. Por ejemplo, en el caso de los Gobiernos regionales seleccionados, la Consulta Amigable SIAF-MEF muestra que Arequipa y Tacna tienen un gasto per cápita para el PEAS de S/ 571 y S/ 563 respectivamente, mientras que en Moquegua asciende a S/ 1217.

El financiamiento del PEAS y del primer nivel de atención en las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas enfrenta restricciones, además de ser insuficiente y fraccionado (ver Gráfico No7). Hoy, las unidades ejecutoras que las agrupan reciben presupuesto desde el MEF, y, donaciones y transferencias del Seguro Integral de Salud (SIS). Los recursos del MEF son destinados principalmente al pago de personal, pensiones, equipos, servicios básicos, entre otros, mientras que los fondos provenientes del SIS se destinan a cubrir los gastos variables de la atención de salud de los asegurados, sobre todo la compra de medicamentos e insumos mediante un financiamiento capitado que tiene un componente fijo y otro variable (Ciencia Latina 2021). El fijo corresponde al 80% del costo anual por asegurado al SIS que recibe atenciones en el primer nivel. El 20% restante se desembolsa al final de año en función al

cumplimiento de las metas preestablecidas en el convenio que firma el SIS con la Dirección de Redes Integradas de Salud de cada Gobierno regional. En el caso de la provincia de Lima, busca incrementar el número de prestaciones prioritarias¹² para los asegurados.

Pero, el SIS tiene dificultades para incentivar el logro de resultados sanitarios en las instituciones prestadoras de servicios de salud del primer nivel de atención. Uno de los factores principales es no ser un seguro de salud propiamente dicho al no constituir un fondo intangible a partir del aporte de las primas de sus asegurados o del Estado pues solo cubre el llamado "costo variable". Y, además, tiene un débil ejercicio en la función de compra estratégica de servicios de salud por no culminarse la separación de las funciones de financiamiento y prestación en el ámbito Minsa – Gobiernos regionales.

El financiamiento público de los factores de producción necesarios para prestar servicios de salud (personal de salud, equipamiento, medicamentos, entre otros) tiene diferentes categorías presupuestales (programas, acciones o asignaciones) que no resultan en productos¹³. Esta diversidad hace poco eficiente la asignación y gestión del presupuesto, fragmenta el financiamiento de la cobertura del PEAS, e impide determinar logros tangibles a cargo de los prestadores que puedan ser medidos con indicadores apropiados.

Gráfico 7: Estructura del financiamiento público



*Según PIA 2023.

Fuente: Consulta amigable SIAF-MEF. Elaboración propia.

¹² Hace referencia a prestaciones de carácter promocional, preventivo, recuperativo y de rehabilitación. Fuente: Boletín SIS.

¹³ Comprende las actividades para la atención de una finalidad específica de la entidad, que no resulta en la entrega de un producto a una población determinada. Fuente: MEF, Anexo N° 1 Definiciones para efectos de la programación multianual presupuestaria.

En consecuencia, un elemento clave para mejorar la operación del primer nivel de atención en salud es simplificar esta compleja gestión presupuestal a cargo de varios actores: financiadores (MEF o SIS), pliego presupuestario / unidad ejecutora (Gobierno regional o Minsa), prestadores del servicio.

Otro aspecto pendiente es adaptar el financiamiento de los servicios de salud al enfoque de gestión territorial planteado por las RIS, que actualmente se vienen conformando de manera exclusiva con instituciones prestadoras de servicios de salud del Minsa-Gobiernos regionales. Para ello es necesario diferenciar previamente los roles (financiador y prestador) como antes se ha mencionado, pero sobre todo orientar el desempeño del primer nivel de atención a su rol de cuidar la salud de los ciudadanos a su cargo. La experiencia de las UBAPS de EsSalud (ver recuadro al final de este capítulo) debe ser tomada en cuenta adaptando la estrategia al contexto de los establecimientos de salud del sector público.

Un elemento importante para sumar recursos es incorporar a otras redes como EsSalud, Fuerzas Armadas, Policía Nacional del Perú e incluso actores privados, en el marco de la conformación de las RIS. De ser necesario, asignar población a instituciones prestadoras de servicios de salud privadas seleccionadas, de un modo transparente y competitivo, para ampliar la oferta de servicios de salud para los ciudadanos.

Complementariamente, los Gobiernos locales también pueden contribuir con recursos. La Ley 27972 señala que las municipalidades provinciales y distritales tienen funciones específicas para gestionar la atención primaria de salud, así como para construir y equipar los centros de salud en coordinación con las demás autoridades. Se conoce que en algunos centros de salud del primer nivel, los municipios colaboran con recursos humanos o equipamiento. Sin embargo, estas iniciativas no son parte de una acción sistemática y coordinada de las

autoridades nacionales regionales y locales.

Una iniciativa importante es el Programa de Incentivos a la Mejora de la Gestión Municipal promovido por el MEF¹⁴ que transfiere recursos a las municipalidades por el cumplimiento de metas en un periodo determinado. Como en el caso del compromiso 1 “Mejora del estado nutricional y de salud de las niñas y niños de 3 a 12 meses”, establece una asignación condicionada a las municipalidades que cumplen la meta del indicador “Porcentaje de niñas y niños de 3 a 5 meses de edad que reciben visitas domiciliarias para la prevención de la anemia, salud y cuidado infantil”. De ese modo, las municipalidades favorecen el logro de resultados sanitarios a nivel local y reducen la brecha de financiamiento existente por su contribución con el primer nivel de atención en salud. Este es un ejemplo de la manera cómo se puede involucrar a los gobiernos locales en una labor articulada a las políticas nacionales del sector salud, aportando de manera importante.

¹⁴ Decreto Supremo 095-2023-EF.

Experiencias de gestión de financiamiento: UBAPS y APP de bata verde

Un ejemplo de buena práctica de cobertura financiera ha sido la implementación por EsSalud de las Unidades Básicas de Atención Primaria de Salud (UBAPS) en las provincias de Lima y el Callao. En este proceso, participaron instituciones prestadoras de servicios de salud privadas contratadas y municipalidades.

En este modelo, el financiador pagaba a los prestadores una tarifa anual calculada en función al gasto por un paquete de atenciones de salud que todo asegurado debía recibir, y considerando el perfil de riesgo de los asegurados. Este valor se multiplicaba por la cantidad total de asegurados residentes en un territorio determinado asignado a la prestadora de servicios de salud. El pago se dividía en una tarifa mensual equivalente al 75% del monto capitado para ese periodo de tiempo, previa conformidad del servicio. El 25% restante se cancelaba trimestralmente, en la proporción correspondiente, tras la evaluación del logro de los indicadores sanitarios acordados. Una fortaleza interna de la propuesta es la disponibilidad de una HCE denominada SGSS, que actualmente ha evolucionado al ESSI (Servicio de Salud Inteligente) empleada en toda la institución de manera exitosa, que ordena el proceso de prestación y facilita la gestión de otros.

Las UBAPS se implementaron en 2008. Sin embargo, los contratos no fueron renovados o concursados, lo que provocó su cierre en 2021. Esta demanda de alrededor de 800 000 asegurados se trasladó a la limitada oferta del primer nivel de atención de EsSalud en Lima y Callao (SaludconLupa, 2023).

Este modelo, incomprensiblemente discontinuado, debe considerarse como una experiencia clave para mejorar la gestión del primer nivel de atención en salud. Permite alinear el financiamiento a incentivos para que los prestadores orienten su desempeño al logro de resultados sanitarios previamente definidos.

Otra experiencia destacable de financiamiento del Minsa en la provincia de Lima es la implementación de un mecanismo de asociación público-privada (APP) en el Instituto Nacional de Salud del Niño de San Borja¹⁵. Gracias a este acuerdo, un consorcio de empresas privadas se encarga de que sus especialistas y profesionales de la salud brinden diversos servicios de bata gris y bata verde. El primero incluye servicios no asistenciales como lavandería, alimentación de pacientes, vigilancia, mantenimiento de infraestructura y de equipamiento, entre otros. El segundo, además de los servicios de bata gris, contempla otros de apoyo asistencial como laboratorio y diagnóstico por imágenes. Esto permite resolver servicios que el Estado tiene múltiples problemas en ofrecer eficientemente.

Esta estrategia puede ser replicada en las redes de instituciones prestadoras de servicios de salud del primer nivel de atención del sector público. Permitiría que centren en su labor de cuidado y asistencia dirigida a la población del territorio asignado.

¹⁵ En el 2014 se firmó un contrato de gestión de servicios "bata gris" y "bata verde" mediante una APP. Esta modalidad consiste en el encargo al operador privado del mantenimiento de la edificación, instalaciones y equipamiento electromecánico asociado a la infraestructura, áreas verdes y estacionamiento; también servicios de apoyo al diagnóstico (Ministerio de Salud, 2014).

4.3 Prestación

Las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas del ámbito Minsa – Gobiernos regionales del primer nivel de atención suman 8335. De ellas, 4368 (52%) no disponen de médico (categoría I-1). Para que los establecimientos de este nivel de atención sean realmente puerta de entrada de las RIS, deben ser mínimo de categoría I3 y disponer de los servicios y profesionales necesarios (ver Cuadro 2).

En la sección anterior se mencionó la experiencia de las UBAPS de EsSalud como estrategia que permitió lograr una mejor cobertura prestacional a los asegurados de las provincias de Lima y Callao, alineando el financiamiento como incentivo al logro de determinados resultados en la población asignada al establecimiento de salud del primer nivel de atención, con una oferta mejorada para su categoría (I-3). Esta es una opción a ser explorada en los 3 departamentos elegidos, en sus respectivos ámbitos urbanos. En particular, por la extensión de la oferta pública en estas regiones, es importante analizar cómo estos servicios funcionan actualmente y cuál es su situación para luego diseñar una estrategia de cambio en el marco del desarrollo de las RIS.

A continuación, presentamos un análisis de los factores de producción asociados a la prestación de los servicios de salud en el primer nivel de atención: infraestructura y equipamiento, recursos humanos, abastecimiento de productos farmacéuticos, historia clínica electrónica y ERP (*Enterprise Resource Planning*, un software de planificación de recursos empresariales).

4.3.1 Infraestructura y equipamiento

Para monitorear las brechas de infraestructura del sector salud, el Minsa, en coordinación con el MEF, elaboró una lista de diez indicadores. Uno de ellos es el porcentaje de establecimientos de salud del primer nivel de atención con capacidad instalada inadecuada. Y otro es el porcentaje de nuevos

establecimientos de salud de este nivel de atención por implementar.

Un establecimiento de salud se define como con capacidad instalada inadecuada si su infraestructura y equipamiento no cumplen con lo establecido en las Normas Técnicas de Salud de Infraestructura y Equipamiento 113, 110 o 119.

El informe del Minsa de 2022, titulado “Diagnóstico de brechas de infraestructura o acceso a servicios del sector salud”, señala que el 94.5% de los establecimientos de salud del primer nivel de atención del país presenta una capacidad instalada inadecuada. Es decir, de un total de 8783 centros, 8297 se encuentran en esta condición y solo 486 cuentan con la infraestructura adecuada. En el caso de las regiones priorizadas, la capacidad instalada inadecuada es de 95.6% en Arequipa (280 de 293 centros), 95.9% en Tacna (94 de 98 centros) y 67.1% en Moquegua (47 de 70 centros) (Minsa, 2023).

De acuerdo con la programación multianual de inversiones en el sector, se espera que para el año 2024 la proporción de establecimientos con capacidad instalada inadecuada disminuya a 94.1%. Y, para 2026, a 88.4%. Para ese mismo periodo, para la región de Arequipa se espera que se reduzca a 95.6% y a 85.7%. En el caso de Tacna la proyección asume que el porcentaje se mantendrá constante el próximo año y que disminuirá a 90.8% para 2026. Finalmente, en el caso de Moquegua se pronostica que se mantendrá el nivel entre 2024 y 2025, y que para 2026 la brecha se reducirá a 37.1% (Minsa, 2023).

Según información del Minsa, en todo el país hacen falta 1066 nuevos establecimientos de salud que atiendan 12 horas y 725 establecimientos que brinden atención 24 horas. Ello equivale aproximadamente a S/ 85 000 millones requeridos para cerrar la brecha de número de establecimientos óptimos del primer nivel de atención a nivel nacional.

En las tres regiones de estudio se registran brechas

de establecimientos que atienden 24 horas (categoría I-4), más no así establecimientos de 12 horas. El total de establecimientos 24 horas requeridos en estas tres regiones corresponde al 7% del total de establecimientos 24 horas requeridos a

nivel nacional. El costo total estimado de inversión en estas tres regiones suma S/ 4 206 millones, donde Arequipa es la que presenta mayor brecha y demandará mayor financiamiento (S/ 2 993 millones).

Cuadro 5: Brecha de nuevos centros de salud del primer nivel de atención (categorías I-3 e I-4) en Arequipa, Moquegua y Tacna

Región	Nuevos establecimientos requeridos		Costo de cerrar la brecha (S/ millones)
	De 12 horas	De 24 horas	
Arequipa	0	37	2993
Moquegua	0	6	485
Tacna	0	9	728

Fuentes: Minsa y estimaciones propias. Elaboración propia.

Con ese escenario se propone reconsiderar y analizar el cálculo que aplica el Minsa para estimar el número óptimo de establecimientos de salud a nivel territorial. Hoy, para determinar este valor para los que atienden 12 horas se asume una asignación de 10 000 personas por cada institución prestadora de servicios de salud, y de 30 000 personas por cada institución que atiende 24 horas. Pero en ningún caso se sustenta o calcula el costo de su operación. Tampoco se diferencia la ubicación de estos según su ámbito urbano o rural, lo que debe establecer exigencias desiguales por las marcadas diferencias de contexto en ambos casos. Finalmente, tampoco se toma en cuenta la actual oferta de otras redes prestacionales existentes en EsSalud, Fuerzas Armadas, Policía e incluso el sector privado, que pueden complementar la oferta dentro de un enfoque de RIS, lo cual, a su vez, resultaría eficiente e incrementaría la cobertura.

4.3.2 Recursos humanos

Asegurar la disponibilidad de recursos humanos en salud es un reto fundamental del sistema. En 2021, el país contaba con 16 médicos por cada 10 000

habitantes, cifra por debajo del promedio latinoamericano (20) y de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos - OCDE (31) (Banco Mundial, 2023).

Asimismo, la disparidad entre los departamentos es notable: mientras Moquegua tiene 23 médicos por cada 10 000 habitantes, Loreto y Piura cuentan con solo 9. Arequipa y Tacna suman 22 y 18 médicos por cada 10 000 habitantes, respectivamente.

A julio de 2023, en el ámbito Minsa – Gobiernos Regionales se cuenta con un total de 268 974 profesionales de la salud en todo el territorio. El Minsa realiza una estimación de las brechas de recursos humanos tomando en consideración la población, la probabilidad de que contraiga ciertas enfermedades, y la estimación de cuántos profesionales de la salud se requerirían para atenderlas (Minsa, 2014). Así, de acuerdo con el Observatorio de Recursos Humanos en Salud, se estima que existe una brecha de 52 955 recursos entre médicos cirujanos, médicos especialistas, profesionales de la salud y técnicos asistenciales. El 46% corresponde a instituciones prestadoras de servicios de salud del primer nivel de atención.

Cuadro 6: Brecha de recursos humanos según nivel de atención y región

Departamento	Nivel de atención			Total
	Primer nivel	Segundo nivel	Tercer nivel	
Arequipa	752	282	1466	2500
Moquegua	165	109	0	274
Tacna	141	31	0	172
Total	1058	422	1466	2946

Fuentes: Observatorio de Recursos Humanos en Salud a julio de 2023. Elaboración propia.

En Arequipa, del total de 10 563 recursos humanos en salud, 4 718 corresponden al primer nivel de atención (45%). Se considera que esta región tiene una brecha de 2 500 profesionales. Por su parte, Moquegua dispone de 2 995 recursos humanos en salud, 1 206 de ellos en el este nivel de atención (40%). En su caso, la brecha

estimada por el Minsa de recursos humanos en salud es de 274. Finalmente, Tacna cuenta con 3 387 recursos humanos en salud, 1 702 de los cuales laboran en el primer nivel de atención. En esta región, la brecha estimada de recursos humanos es de 172 personas.

Cuadro 7: Total de recursos humanos de salud disponibles en el primer nivel de atención de las regiones priorizadas

Departamento	Categoría				Total general
	I - 1	I - 2	I - 3	I - 4	
Arequipa	113	994	2589	1022	4718
Moquegua	100	252	854	N.A.	1206
Tacna	69	545	693	395	1702

Fuentes: Observatorio de Recursos Humanos en Salud a julio de 2023. Elaboración propia.

Cabe resaltar que las cifras de los sistemas con que cuenta el Estado para cuantificar los recursos humanos en salud muestran discrepancias. Los datos del Registro del Personal de la Salud (INFORHUS) del Minsa¹⁶ difieren sustancialmente de los de la Dirección General de Gestión Fiscal de los Recursos Humanos del MEF. Por ejemplo, para diciembre de 2022, el MEF registraba 254 000 personas como valor de recursos humanos en salud, mientras que el Minsa registraba 275 000.

4.3.3 Historia clínica electrónica

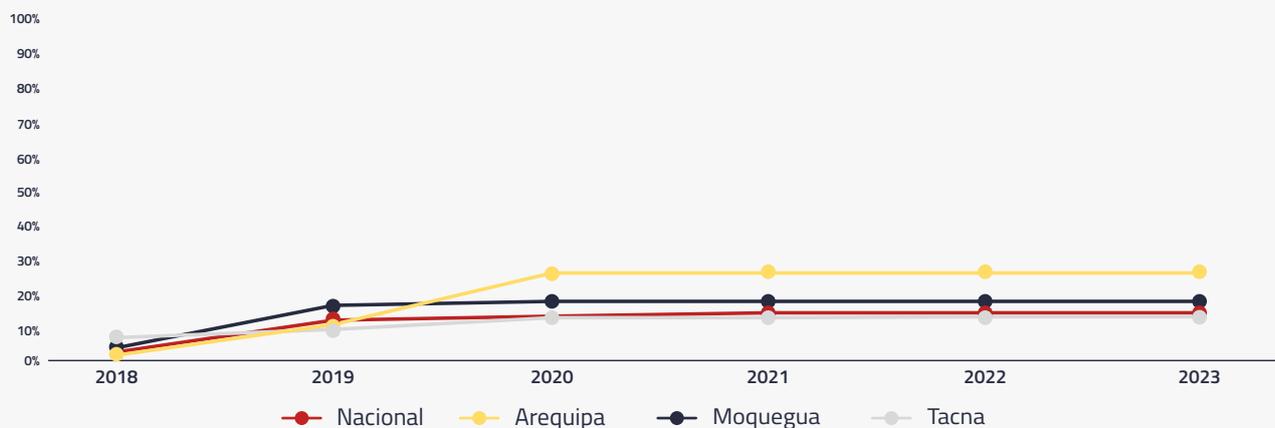
La información generada por cada persona cuidada en el sistema nacional de salud debe ser almacenada en un repositorio de datos para poder acceder a ella de manera segura y oportuna considerando un modelo interoperable, abierto y sostenible (OPS, 2021). Ello se logra con un sistema

¹⁶ Existen discrepancias incluso dentro del INFORHUS del Minsa. Para un mismo periodo, los datos de la base de datos, de las ayudas memoria y del dashboard no coinciden. Dicha información puede consultarse en el siguiente enlace: <http://digepe.minsa.gob.pe/index.html>

de historias clínicas electrónicas (HCE) que registra, en formato digital, el estado de salud del paciente en distintos momentos de su vida, así como los procedimientos médicos realizados. Para el primer nivel de atención es una fuente de información fundamental, pues permite gestionar los casos y apoyar los tratamientos de los pacientes cuya información sanitaria viaja con ellos a los distintos establecimientos.

Pero el avance de esta iniciativa en el país es aún muy limitado. En 2018, el 3.16% de instituciones prestadoras de servicios de salud del Minsa a nivel nacional contaba con un sistema de historias clínicas electrónicas implementado. A 2023, el avance ha aumentado a 12.85%. En nuestros departamentos priorizados: Arequipa, de 1.78% a 24.91%; Moquegua, de 3.8% a 16.46%; y Tacna, de 5.88% a 11.76%.

Gráfico 8: Porcentaje de instituciones prestadoras de servicios de salud del Minsa con historia clínica electrónica del 2018 al 2023



Fuente: REUNIS, Minsa (2023). Elaboración propia.

Este limitado avance afecta el proceso de transformación digital del sector salud. Uno de los principales retos es la integración de la información de manera efectiva, dada la existencia de diferentes sistemas de información y aplicativos, y el escaso empleo de la historia clínica electrónica en el ámbito Minsa – Gobiernos regionales.

Un reciente informe sostiene que la alta fragmentación del sistema empieza en los distintos módulos de un mismo centro de salud (Banco Mundial, 2023). Ello dificulta el monitoreo de los pacientes mientras se desplazan por las áreas del propio establecimiento, e impide que el médico a cargo pueda acceder a toda la información de los antecedentes clínicos, medicamentos, análisis y referencias que puede necesitar para su labor. Este escenario es más complicado si el paciente es referido desde otra institución o acude por su cuenta.

Del mismo modo, existen diferentes sistemas de

información en el Minsa, los Gobiernos regionales, los distintos subsectores y prestadores individuales para algunos procesos como la prestación, recursos humanos, abastecimiento, financiamiento, entre otros. Como ejemplo, en 2019 se identificó aproximadamente 300 aplicaciones solo en el ámbito público de la prestación de salud (Banco Mundial, 2023). Esto no solo afecta la calidad de la atención de las personas, sino la gestión del sector en su conjunto. Una carencia en las entidades pertenecientes al ámbito Minsa – Gobiernos regionales es la ausencia de un ERP (Enterprise Resource Planning, un software de planificación de recursos empresariales) que facilitaría la gestión de recursos en los establecimientos de salud. Al respecto, existe en el MEF un Proyecto de Mejoramiento de la Administración Financiera del Sector Público a través de la Transformación Digital financiado por el BID que tiene como uno de sus productos el desarrollo de una solución similar, integrada a los procesos y sistemas administrativos con rectoría en este ministerio.

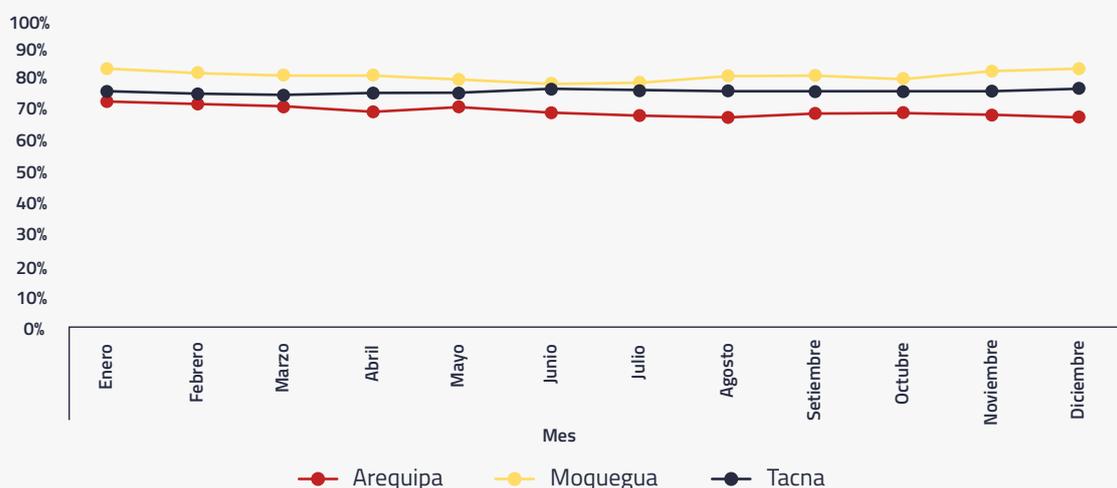
4.3.4 Abastecimiento de productos farmacéuticos y dispositivos médicos

El suministro continuo de medicamentos y dispositivos médicos necesarios en los establecimientos de salud es esencial para el cuidado de sus usuarios. Actualmente, el indicador más importante en el sector público es medir la disponibilidad de productos farmacéuticos, para ello se calcula de la suma de los inventarios en situación de *sobrestock* y *normostock*. La primera es cuando el inventario disponible es mayor al consumo promedio de cuatro meses. La segunda, cuando la cantidad de medicamentos no es mayor al *stock* máximo ni menor al *stock* mínimo, los cuales son determinados por cada unidad ejecutora o institución prestadora de servicios de salud. Esta forma de medir el desempeño del abastecimiento de los servicios de salud tiene sus limitaciones, pues no verifica la entrega efectiva de estos bienes esenciales a los usuarios finales. En el siguiente gráfico se muestra la disponibilidad de medicamentos en el primer nivel de atención en salud de los departamentos seleccionados a lo largo del año 2022. Moquegua tiene el nivel más alto de disponibilidad de productos farmacéuticos de los tres departamentos, seguida por Tacna y Arequipa.

Durante la mayoría de los meses, la disponibilidad está en un rango cercano a 80%, lo que indica un suministro relativamente estable. Tacna también muestra una disponibilidad constante durante el año, que se mantiene alrededor de 75%. Por su parte, Arequipa es la región con mayores fluctuaciones a lo largo del año, aunque sus niveles de disponibilidad se encuentran cerca del 70%.

Estos datos evidencian que en los tres departamentos de estudio existe, aparentemente, un suministro estable de productos farmacéuticos a lo largo del año, lo que refleja también una gestión institucional aceptable. Pero, como se ha señalado al medirse solo la disponibilidad (existencia) de medicamentos en las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas, y no disponerse de sistemas de información interoperables, solo se reportan las existencias y el consumo, sin verificar la consistencia de dichos datos. Esto sucede por no contarse con una base de datos de los movimientos de las farmacias de establecimientos de salud, que puedan ser contrastados con las atenciones y recetas emitidas registradas en la base de datos de HCE, imposibilitando la medición del nivel de servicio brindado a los pacientes a través de la entrega de prescripciones completas oportunamente.

Gráfico 9: Porcentaje de disponibilidad de medicamentos en las instituciones prestadoras de servicios de salud durante 2022

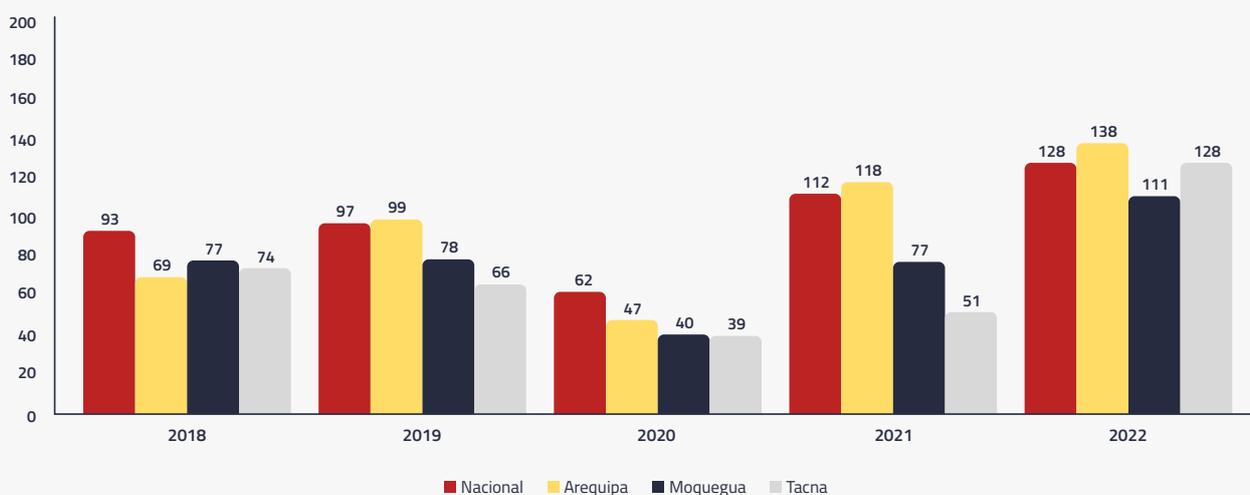


Fuente: DIGEMID (2022). Elaboración propia.

Para aproximarnos a la situación del acceso a medicamentos de una manera más cercana, analizamos la evolución del gasto de bolsillo per cápita para la población afiliada al Seguro Integral de Salud (SIS) en el periodo 2018-2022. Tomando como fuente la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH), se evidencia que este gasto en el 2022 es mayor a los niveles prepandemia, tanto en las tres

regiones como a nivel nacional. Específicamente, se estima que los departamentos de Moquegua y Tacna tienen niveles de gasto de bolsillo en medicamentos más bajos en comparación con el promedio nacional. En contraste, el gasto en Arequipa es más alto que el promedio nacional en los dos últimos años.

Gráfico 10: Gasto de bolsillo en medicamentos per cápita de la población afiliada al SIS para el periodo 2018-2022 (S/)



Fuente: INEI, ENAH (2018-2022). Elaboración propia.

En los años 2015 y 2016, la Encuesta Nacional de Satisfacción de Usuarios en Salud (ENSUSALUD) permitía recopilar información del acceso y entrega de medicamentos en los usuarios con un nivel de inferencia nacional y regional. Pero esta encuesta fue descontinuada, lo que impide hoy elaborar un diagnóstico preciso sobre la entrega de medicamentos a los usuarios finales en los establecimientos de salud.

Como hemos visto en esta sección, en todos los procesos críticos vinculados a la organización y operación del primer nivel de atención hay carencias definidas y escasa articulación del sistema nacional de salud. Resolverlas demanda una conducción definida, sostenida y que promueva un nuevo modelo de gestión sanitaria en función a las necesidades de las personas y con enfoque territorial.



CONCLUSIONES



Capítulo 5

Conclusiones

El primer nivel de atención en salud es el lugar de contacto inicial y la puerta de ingreso de las personas al sistema nacional de salud. Se espera que sea operado eficientemente y con las capacidades necesarias para ofrecer servicios accesibles de promoción y prevención de la salud, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación. Estos servicios deben ser brindados aplicando el Modelo de Cuidado Integral de Salud por curso de vida que establece el ente rector aplicando un enfoque centrado en la atención de la persona, la familia y la comunidad, y tomando en cuenta el actual proceso de conformación y funcionamiento de las Redes Integradas de Salud (RIS) a nivel nacional, en el marco de la Política de Estado de Aseguramiento Universal de Salud.

Los ciudadanos peruanos tienen la necesidad de acceder a un primer nivel de atención que brinde cuidados esenciales y pueda resolver el 85% de los problemas de salud frecuentes en la población, considerando los aspectos demográficos y epidemiológicos. Sin embargo, las limitaciones de esta oferta y su escasa capacidad resolutoria se traducen en un aumento significativo del gasto de bolsillo por atención médica y compra de medicamentos en farmacias y boticas privadas, y, menor uso de los establecimientos de salud del Estado.

En ese contexto es necesario identificar una estrategia diferente en el primer nivel de atención de salud que organice en el territorio la oferta existente en una lógica de red con capacidad resolutoria, de manera sostenible y eficiente. Para ello, se ha identificado el modelo de las UBAPS desarrollado por EsSalud, hasta hace pocos años, en las provincias de Lima y Callao como una opción a tomar en cuenta por sus fortalezas: el financiamiento capitado incentivó a los prestadores de salud al logro de determinados resultados sanitarios; a cada establecimiento de salud se le

asignó una determinada población con un perfil de demanda caracterizado, lo cual define una responsabilidad y orienta sobre el tipo de servicios a ofertar; se disponía de una plataforma digital para la HCE permitiendo el registro y trazabilidad de las atenciones brindadas, facilitando además otros procesos de soporte.

La propuesta a desarrollar se orienta específicamente a la población urbana del país. Se elige en particular a tres departamentos: Arequipa, Tacna, Moquegua, que constituyen un corredor social y económico, muestran una creciente presión demográfica por la migración proveniente de otras regiones y tienen una estabilidad institucional aceptable. El reto es desarrollar una estrategia viable y sostenible en las tres regiones seleccionadas.

Por la existencia de una numerosa y extendida oferta pública en el primer nivel de atención en estos departamentos es necesario realizar un primer análisis para el concurso, organización y optimización de estos establecimientos de salud en el modelo de gestión a formular. Esta decisión establece retos particulares, algunos de los cuales están referidos a la separación de los roles financiador – prestador, el mecanismo para que el financiamiento llegue efectivamente a los establecimientos de salud involucrados, la gestión de la inversión necesaria para mejorar la capacidad resolutoria en estos lugares y la dotación del talento humano y los recursos necesarios para la operación continua y apropiada de estos establecimientos, entre otros aspectos.

Finalmente deben tomarse en cuenta los principales procesos que afectan la organización y operación del primer nivel de atención en el sistema peruano de salud, como parte del escenario a gestionar:

1. Rectoría debilitada: en un sistema de salud fragmentado y segmentado, la autoridad nacional del Ministerio de Salud (Minsa) es limitada. Tiene la función salud compartida en los diferentes niveles de gobierno, sin una línea de autoridad definida y replicando el paradigma funcional para administrar los recursos presupuestales asignados.

El Minsa tiene poca capacidad para articular con otros actores que tienen un rol en el primer nivel de atención en salud y carece de un monitoreo estratégico efectivo por la debilidad de su sistema de información de salud.

2. Financiamiento insuficiente e ineficiente: a pesar del continuo incremento del gasto destinado al Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) en los últimos años, este aún no consigue garantizar su cobertura financiera. El Seguro Integral de Salud (SIS) tiene dificultades para incentivar el logro de resultados sanitarios en las instituciones prestadoras de servicios de salud del primer nivel de atención, pues cubre básicamente el costo variable de las atenciones.

3. Prestación limitada: aún no se aplica el enfoque de gestión territorial planteado por las RIS. Persiste la poca capacidad resolutoria de las instituciones prestadoras de servicios de salud del Minsa – Gobiernos, sobre todo en el ámbito urbano. El 94.5% de establecimientos de salud del primer nivel tiene una capacidad instalada inadecuada.

Con este retador escenario, tomando en cuenta las experiencias nacionales identificadas, es posible desarrollar un modelo de oferta de servicios de salud para el primer nivel de atención de los ámbitos urbanos en los 3 departamentos elegidos accesible, con capacidad resolutoria, sostenible y eficiente en el marco de las políticas nacionales establecidas por el ente rector.



REFERENCIAS



Referencias

- Banco Mundial, 2023. Sistemas de gestión de información en salud en el Perú, s.l.: s.n.
- Bardález, C., 2006. Descentralización en salud y gobiernos locales, Lima: s.n.
- Congreso de Colombia, 1990. Ley 10 de 1990. s.l.:s.n.
- Defensoría del Pueblo, 2018. Intervención del Estado para la reducción de la anemia infantil: Resultados de la supervisión nacional, s.l.: s.n.
- El Peruano, 2018. Ley que establece la Conformación y el Funcionamiento de las Redes Integradas de Salud (RIS). s.l.:s.n.
- EsSalud, 2013. Resolución de Gerencia General N° 147 - GG - ESSALUD - 2013. Lima: s.n.
- Essalud, 2014. DIRECTIVA N° 05 GG-ESSALUD-2014. Cartera de servicios de salud de complejidad creciente del Seguro Social de Salud (Essalud), s.l.: s.n.
- Marinho, M. L., Dahuabe, A. & Arenas de Mesa, A., 2023. Salud y desigualdad en América Latina y el Caribe: la centralidad de la salud para el desarrollo social inclusivo y sostenible, Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL).
- Ministerio de Salud, 2014. Minsa firma primer contrato de gestión de servicios "bata gris" del Instituto de Salud del Niño de San Borja. [En línea] Available at: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/31389-minsa-firma-primer-contrato-de-gestion-de-servicios-bata-gris-del-instituto-de-salud-del-nino-de-san-borja> [Último acceso: 05 10 2023].
- Minsa, 2011. El Plan Esencial de Aseguramiento en Salud. Fundamentos conceptuales y metodológicos, Lima: s.n.
- Minsa, 2011. Resolución Ministerial N° 546 - 2011 / Minsa. s.l.:s.n.
- Minsa, 2014. Guía Técnica para la Metodología de Cálculo de las Brechas de Recursos Humanos en Salud para los Servicios Asistenciales del Primer Nivel de Atención., Lima: s.n.
- Minsa, 2023. Diagnóstico de brechas de infraestructura o acceso a servicios del sector salud, s.l.: s.n.
- Murillo-Peña, J. y otros, 2023. Consultas médicas per cápita en el sistema de salud del Perú, 2019. Hacia una nueva descripción del sistema de salud peruano. An Fac med, 84(3), pp. 249-257.
- OPS, 2021. Historias clínicas electrónicas y la importancia de cómo documentar, s.l.: s.n.
- Prieto, L., Cid, C. & Montañez, V., 2015. Perú: El Plan Esencial de Aseguramiento en salud. En: R. B. I. T. Ursula Giedion, ed. Planes de beneficios en salud de América Latina: una comparación regional. s.l.:Banco Interamericano de Desarrollo, pp. 171 - 198.
- Redes, 2021. Redes integradas de salud en el Perú, Lima: s.n.
- REUNIS, 2023. Repositorio Único Nacional de Información de Salud. [En línea] Available at: <https://www.minsa.gob.pe/reunis/data/SIHCE-2019.asp>
- SaludconLupa, 2023. EsSalud: radiografía de la

crisis que afecta a 12 millones de asegurados. [En línea] Available at:

<https://saludconlupa.com/noticias/essalud-radiografia-de-la-crisis-que-afecta-a-12-millones-de-asegurados/>

[Último acceso: 2023 10 04].

Seinfeld, J. y otros, 2021. Cambios en el sistema de salud centrados en el ciudadano, Lima: s.n.

USAID, 2015. Actualización del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud y la herramienta "ASEGURA", s.l.: s.n.

Velásquez, A., 2009. La carga de enfermedad y lesiones en el Perú y las prioridades del plan esencial de aseguramiento universal. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, 26(2).

Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C. & Sosa, A., 2011. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de. Archivos de Medicina interna, 33(1), pp. 7-11.