



GRUPO
Salud

Proyecto

Incide

ATENCIÓN PRIMARIA PRIMERO: INTEGRANDO EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, HACIA UN SISTEMA NACIONAL DE SERVICIOS DE SALUD BASADO EN ATENCIÓN PRIMARIA EN EL PERÚ

GRUPO
Salud



Position Paper

Magaly Blas (coordinadora), Pedro Riega (cordinador), Sofía Cuba, Cristian Díaz, Charles Huamaní, Yamilée Hurtado, Percy Mayta, Graciela Meza, Agueda Muñoz, Sergio Recuenco, Leonardo Rojas, Zoila Romero, Carlos Santillán, Raúl Timaná y Carol Zavaleta.*

*Todas las personas que participaron del presente grupo de trabajo del proyecto INCIDE contribuyeron de forma personal y voluntaria con la elaboración de este documento entre los meses de julio y diciembre de 2020. Sus opiniones no comprometen a las instituciones que representaron durante ese periodo o con posterioridad al mismo.

I. Introducción

Los sistemas de salud forman parte de los sistemas de protección social de los Estados, contribuyen a contrarrestar las desigualdades sociales y son clave para el desarrollo sostenible de los países. ¹ Existe evidencia de que los sistemas sanitarios tienen mejores resultados y son más resilientes si se estructuran poniendo a la atención primaria en salud (APS) como columna vertebral y no solo como puerta de entrada. ²³⁴

En el presente documento, un grupo de profesionales de salud clínicos, investigadores, salubristas y gestores, presentamos una propuesta con miras a la construcción de un sistema nacional de salud basado en la atención primaria en el Perú, que plantea como medida esencial la unificación y fortalecimiento de su primer nivel de atención. En ella, proponemos acciones a implementar durante los primeros cinco años del Bicentenario de la República que nos encaminen a ese sistema de salud sanitario equitativo, solidario y de calidad que necesitamos. Elegimos como eje central de la propuesta a la atención primaria, debido a que tuvo la más alta votación como medida prioritaria a implementar al interior del grupo.

Los países que cuentan actualmente con sistemas de salud eficientes, al margen de su orientación política predominante, iniciaron con sistemas fragmentados que viraron hacia sistemas universales en razón a eventos de gran impacto social. Por ejemplo, el Reino Unido transformó su sistema tras la Segunda Guerra Mundial. ⁵ En el caso de Latinoamérica, Brasil cuenta con un Sistema Único de Salud (SUS) desde el año 1988, que tuvo un gran avance en el fortalecimiento de la atención primaria con el Programa de Salud Familiar, logrando una reducción significativa de la mortalidad infantil, entre otros indicadores sanitarios relevantes. ⁶ Asimismo, Chile, ⁷ Costa Rica ⁸ y Uruguay, ⁹ han presentado mejoras significativas en sus indicadores de salud, en concordancia con la aplicación de políticas y programas de atención primaria en salud.

1 OIT. (2019). Informe Mundial sobre la Protección Social 2017-2019. La protección social universal para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

2 Bitton, A., Ratcliffe, H., Veillard, J., Kress, D., Barkley, S., Kimball, M.,... Hirschhorn, L. (2017). Primary Health Care as a Foundation for Strengthening Health Systems in Low- and Middle-Income Countries. *J Gen Intern Med*, May;32(5):566-571.

3 Bitton, A., Fifiield, J., Ratcliffe, H., Karlage, A., Wang, H., Veillard, J.,... Hirschhorn, L. (2019). Primary healthcare system performance in low-income and middle-income countries: a scoping review of the evidence from 2010 to 2017. *BMJ Glob Health*, Aug 16;4(Suppl 8):e001551.

4 Espinoza-González, A., Delaney, B., Marti, J., & Darzi, A. (2019). The impact of governance in primary health care delivery: a systems thinking approach with a European panel. *Health Res Policy Syst*, Jul 4;17(1):65.

5 European Observatory of Health Systems and Policies. (2015). United Kingdom. *Health System Review*.

6 Macinko, J., Montenegro, H., Nebot Adell, C., & Etienne, C. (2007). La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. *Revista Panamericana de Salud Pública*.

7 Tellez, A. (2015). Atención primaria: factor clave en la Reforma del Sistema de Salud.

8 Sáenz, M., Acosta, M., Muiser, J., & Bermúdez, J. (2011). Sistema de salud de Costa Rica. *Salud Pública Mexicana*.

9 OPS. (2011). Atención Primaria de Salud en Uruguay: experiencias y lecciones aprendidas. Montevideo.

Este artículo postula que los graves estragos de la COVID-19 sobre el sistema de salud peruano, deben motivar la reflexión y búsqueda de cambios sustanciales en su organización, tomando en consideración que el primer nivel de atención se puede constituir como un eje ordenador de todo el Sistema Nacional de Salud, y ser a la vez el espacio de convergencia para la acción sobre los determinantes sociales de la salud en el país.¹⁰

2. Características del sistema de salud peruano

Actualmente, el sistema de salud peruano no es capaz de responder a las necesidades y expectativas de su población de forma adecuada. Coexisten los subsistemas públicos no articulados entre sí, tales como el Ministerio de Salud (MINSA) con los gobiernos regionales, el Seguro Social de Salud (ESSALUD), la Sanidad de las Fuerzas Armadas, y la Policía Nacional; mientras que el sector privado se despliega para llegar a la población insatisfecha o que no puede acceder a alguno de los subsistemas públicos.^{11 12} La desarticulación del sistema público de salud lo hace disfuncional, ineficiente e insostenible.

En el Perú, para que un ciudadano reciba una atención de salud en alguno de los subsistemas públicos sin tener que realizar un pago directo al momento de la atención necesita un seguro de salud que ofrezca determinada cobertura formal según su capacidad de pago y estatus laboral, pero además deberá vencer otras barreras para el acceso efectivo a su atención. Por ejemplo, un paciente de ESSALUD ubicado en alguno de los 1,453 distritos del país donde dicho subsistema no tiene oferta disponible,¹³ tendrá que decidir entre desplazarse fuera del distrito o gastar de su bolsillo para recibir atención. La elevada cobertura del aseguramiento en el país contrasta con el limitado acceso efectivo a los servicios de salud,¹⁴ lo cual ha sido gravemente acentuado por la pandemia.

El MINSA cuenta con la mayor cantidad de establecimientos de salud en el primer nivel de atención con presencia en los lugares más remotos de nuestro país, a pesar de lo cual, al menos el 55% de ellos cuentan con capacidad inadecuada, expresada en la precariedad de la infraestructura, equipamiento obsoleto, inoperativo o insuficiente.¹⁵ A esto se suma la poca capacidad de atraer y retener a los recursos humanos idóneos donde más se los necesita,¹⁶ dependiendo del SERUMS como estrategia más reconocida, aunque cuestionada por su obligatoriedad, precariedad y elevado riesgo laboral.¹⁷¹⁸ Otro aspecto por resolver es el poco esfuerzo del Estado para adecuar culturalmente los servicios de salud, significando también una importante barrera para el acceso a ellos.¹⁹

10 Almeida, G., Artaza, O., Donoso, N., & Fábrega, R. (2018). La atención primaria en salud en la Región de las Américas a 40 años de la Declaración de Alma-Ata. *Revista Panamericana de Salud Pública*.

11 Alfageme, A. (2012). Algunas reflexiones sobre la ley de aseguramiento universal en salud. *Moneda*, 37-41.

12 OECD. (2017). *Financing and Budgeting Practices for Health in Peru*.

13 SUSALUD. (04 de Enero de 2021). Sistema de Información Gerencial. Obtenido de http://bi.susalud.gob.pe/QvAJAXZfc/pendoc.htm?document=QV%20Produccion%2FSIG_SUSALUD.qvw&host=QVS%40srvqlikias&anonymous=true

14 Báscolo, E., Houghton, N., & Del Riego, A. (2018). Lógicas de transformación de los sistemas de salud en América Latina y resultados en acceso y cobertura de salud. *Revista Panamericana de Salud Pública*.

15 MINSA. (2019). *Indicadores de Brechas de Infraestructura y Equipamiento del Sector Salud*.

16 García, H., Díaz, P., Ávila, D., & Cuzco, M. (2015). La Reforma del Sector Salud y los recursos humanos en salud. *Anales de la Facultad de Medicina*.

17 Mayta-Tristán, P., Poterico, J., Galán-Rodas, E., & Raa-Ortiz, D. (2014). El requisito obligatorio del servicio social en salud del Perú: discriminatorio e inconstitucional. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*, 31(4):781-7.

18 Mujica, O., Pereyra-Victorio, C., & Munayco, C. (2015). Sobre el impacto redistributivo del SERUMS en la disponibilidad de médicos en el Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*, 32 (1): 193-4.

19 Pesantes, M., & Gianella, C. (2020). ¿Y la salud intercultural? Lecciones desde la pandemia que no debemos olvidar. *Mundo Amazónico*, 11(2), 93-110.

Así, desarticulado, el primer nivel de atención de salud está impedido de gestionar la salud de una población y su territorio como una unidad de intervención y cuidado. De esta manera, las acciones y recursos del sistema sanitario se consumen en la recuperación de enfermedades diagnosticadas tardíamente ²⁰ y con mayor riesgo de complicación, requiriendo de atención hospitalaria, la cual se prioriza gracias a este círculo vicioso, que agrava las barreras de acceso, en perjuicio de la población más vulnerable.

En el Perú, las acciones de salud orientadas al individuo deben ser financiadas por una institución administradora de fondos de aseguramiento en salud (IAFAS), ²¹ mientras que las acciones de salud orientadas a la población deben ser financiadas por el presupuesto público. A pesar de que la ley establece un paquete mínimo denominado 'plan esencial de aseguramiento en salud', en la interacción entre IAFAS e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) se cuenta con estándares administrativos, financieros y asistenciales heterogéneos que repercuten sobre la cobertura, calidad y acceso desigual a la salud para la población.

Los mecanismos de participación ciudadana son potencialmente útiles para reorientar nuestro sistema de salud; no obstante, son escasos, insuficientes y poco implementados en la práctica.

5. Un sistema de salud frágil e ineficiente frente a la pandemia

Para el Perú, la pandemia de la COVID-19, representa el evento catastrófico sanitario y económico más grande del último siglo, siendo el país con la tasa de mortalidad más alta en Latinoamérica. ²² Esta pandemia ha motivado acciones gubernamentales de gran envergadura. Entre febrero y diciembre, el Estado Peruano ha logrado incrementar de forma significativa algunos servicios críticos de salud, como el diagnóstico molecular, que pasó de 6 a 42 laboratorios moleculares públicos; ²³ el número de camas UCI con ventiladores disponibles para pacientes COVID-19, que pasó de 39 a 1,745 camas en 6 meses de la pandemia; ²⁴ paralelamente se incrementaron significativamente los recursos humanos en salud mediante contrataciones temporales, incluyendo a personal para implementar Equipos de Respuesta Rápida (ERR) para acciones de campo. A pesar de estos avances, persisten las brechas crónicas de infraestructura, equipamiento y recursos humanos, y si bien se priorizó el fortalecimiento de los servicios hospitalarios enfocados en COVID-19, se relegó enormemente el primer nivel de atención,²⁵ suspendiendo sus actividades durante los primeros meses de la pandemia.

A pesar de múltiples anuncios de colaboración entre los subsistemas de salud para enfrentar la COVID-19, las normas y sus actualizaciones ratifican la persistencia de su desarticulación, ²⁶ lo cual afecta directamente la accesibilidad de la población según su nivel adquisitivo. Creemos, por lo tanto, que esta situación constituye una oportunidad para lograr un primer nivel unificado como paso clave para la construcción de un sistema universal de servicios de salud basado en atención primaria en el Perú.

20 CDC-MINSA. (2020). Análisis de la situación del Cáncer en el Perú.

21 Gobierno del Perú. (2009). Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud.

22 Statista. (04 de Enero de 2021). Latin America: COVID-19 mortality rate 2021, by country. Obtenido de <https://www.statista.com/statistics/1114603/latin-america-coronavirus-mortality-rate/>

23 INS. (2020). Laboratorios nacionales y privados que realizan diagnóstico de SARS-CoV-2. Obtenido de <https://web.ins.gob.pe/es/prensa/noticia/laboratorios-nacionales-y-privados-que-desarrollan-diagnostico-de-pruebas>

24 SUSALUD. (2020). Data histórica del registro de camas diarias disponibles y ocupadas. Obtenido de <http://datos.susalud.gob.pe/dataset/data-hist%C3%B3rica-del-registro-de-camas-diarias-disponibles-y-ocupadas-del-formato-f5002-0#{}>

25 MINSA. (marzo de 2020). Resolución Ministerial N° 95-2020/MINSA. Plan Nacional de Reforzamiento de los Servicios de Salud y Contención del COVID-19.

26 ESSALUD. (30 de diciembre de 2020). Resolución de Gerencia General N°1589-CG-ESSALUD-2020.

4. Los últimos intentos de reforma en el sistema de salud peruano

La situación actual del Sistema Nacional de Salud es el resultado de múltiples reformas inconclusas y poco evaluadas.²⁷ Los subsistemas públicos segmentan la población según su adscripción laboral y condición socioeconómica, a pesar de lo cual el 63.8% del territorio nacional solo cuenta con la presencia de un subsistema público de salud.²⁸

Las reformas parciales en el sistema de salud de mayor continuidad de los últimos treinta años, tales como el modelo de atención integral en salud basado en familia y comunidad (MAIS BFC), el aseguramiento universal en salud (AUS), las Asociaciones de Comunidades Locales de Administración de Salud (ACLAS), la descentralización del sector salud y el presupuesto por resultados (PPR), se han desarrollado de forma muy heterogénea entre los subsistemas públicos de salud, no han incluido el fortalecimiento de las funciones esenciales de salud pública, y han mostrado variaciones marcadas en la sostenibilidad de su financiamiento.

Cabe resaltar que la más reciente apuesta gubernamental para el fortalecimiento de los servicios públicos de salud está orientada a la creación de las denominadas redes integradas de salud (RIS), cuyo marco normativo y enfoque han sufrido cambios drásticos en la última década, retrasando su implementación. En este contexto, se aprobó en 2018 un programa de inversión por un monto aproximado de S/1,200 millones, y tuvo solo un 2.0% de ejecución a diciembre de 2020;²⁹ no obstante, este modelo no aborda la superación de la fragmentación y segmentación que caracteriza al primer nivel de atención.

5. Propuestas para iniciar la construcción de un sistema universal de servicios de salud basado en atención primaria



PRIMERA PROPUESTA: Un nuevo primer nivel de atención integrado que gestione nuestra salud.

Proponemos la creación de un Nuevo Primer Nivel de Atención que integre los servicios de los subsistemas públicos de salud sobre la base de la red pública actual, organizada en en redes integradas de salud (RIS).³⁰ Que la población adscrita de cada red corresponda a la población general total de cada ámbito territorial. Que la organización, capacidades y acciones de salud se planifiquen, ejecuten y evalúen de acuerdo con las necesidades de salud del territorio.

Los servicios de salud pública y de salud individual deben articularse y complementarse para promover la salud, prevenir y detectar precozmente las enfermedades, tratarlas oportunamente y rehabilitar a las personas que así lo requieren con las mejores opciones de éxito. Para ello, se plantea reunir a los establecimientos de salud públicos del primer nivel de atención del MINSA, gobiernos regionales, EsSalud, FFAA y policiales, organizándolos bajo la unidad de gestión de la RIS, garantizando que todos los ciudadanos puedan recibir cuidado integral y que las diferencias sean exclusivamente por sus necesidades de salud, eliminando las barreras de acceso.

27 Arroyo, J. (2000). Salud: La reforma silenciosa. Lima: UPCH.

28 SUSALUD. (04 de Enero de 2021). Sistema de Información Gerencial. Obtenido de http://bi.susalud.gob.pe/QvAJAXZfc/QvAJAXZfc?opendoc.htm?document=QV%20Produccion%2FSIG_SUSALUD.qvw&host=QVS%40srvqlikias&anonymous=true

29 MEF. (04 de Diciembre de 2020). Sistema de Seguimiento de Inversiones. Obtenido de <https://ofi5.mef.gob.pe/ssi/>

30 BID. (2020). Redes de Salud en Marcha. La experiencia de Argentina, Brasil, Colombia y México.

Esta medida permitirá ofrecer a los ciudadanos una cartera de servicios pertinente a su realidad local que garantice la cobertura de sus necesidades de salud, incluyendo los problemas de salud más frecuentes del territorio como problemas crónicos, de salud mental y cuidados paliativos.

El Nuevo Primer Nivel de Atención debe acompañar a la persona a lo largo de su vida, constituyéndose en su primer y asiduo contacto con el Sistema de Salud, de forma accesible e integral. Se propone que la persona, la familia y la comunidad se consignent en un padrón nominal actualizable y dinámico. Todos sus servicios deben ser gratuitos, pertinentes y accesibles, oportunos y de calidad, responder a las necesidades epidemiológicas y riesgos específicos de su población. Para que ello ocurra, la organización del nuevo Primer Nivel de Atención debe estar orientada a superar las barreras de acceso geográfico, económico, cultural y otras específicas para grupos vulnerables.

El Primer Nivel de Atención del Perú requiere estándares nuevos y propios, que respondan a las distintas realidades económicas, geográficas y socioculturales de cada territorio. La organización del trabajo, la configuración de los equipos de salud y los procedimientos técnicos deben adecuarse a cada contexto, sin reducir su seguridad, su eficacia o su calidad, teniendo como fin el bienestar ciudadano.

El Nuevo Primer Nivel de Atención requiere más capacidades y atribuciones para contribuir a la gobernanza del Sistema Nacional de Salud. Más allá de ser la puerta de entrada, se propone que asuma la responsabilidad de gestionar el acceso a los servicios de salud básicos y especializados que requiera su población, contando con la información completa sobre los pacientes y sus atenciones a fin de garantizar la contrarreferencia oportuna y adecuada.



SEGUNDA PROPUESTA: Mayor gobernanza para un nuevo primer nivel de atención.

Se propone la existencia de una única autoridad del sistema sanitario en el territorio, con un consejo directivo plural y representativo que esté dirigido por un gestor sanitario e integrado por representantes de la población, instituciones del sector social, productivo y el gobierno local, a fin de viabilizar la injerencia de la comunidad sobre las decisiones en salud. Esta instancia de poder equilibrado político, técnico y ciudadano, será la responsable de definir y conducir la implementación de los objetivos, planes, acciones y mecanismos de rendición de cuentas. La representación ciudadana debe incluir de manera especial a los grupos que experimentan inequidades, tales como poblaciones indígenas, mujeres, discapacitados, y otros grupos en los niveles local, regional y nacional.

La Dirección de las RIS debe ejercer un rol ejecutivo en la organización y gestión de los servicios de salud públicos, y un rol asesor del gobierno local, siendo responsable de identificar, priorizar y liderar la formulación multidisciplinaria y multisectorial de propuestas de solución para intervenir sobre los determinantes sociales no sanitarios. El gobierno local debe estar obligado a ponderar los aportes de la autoridad sanitaria para la toma de decisiones en beneficio de la salud de la población.

La implementación de un primer nivel de atención unificado es un proceso trascendente y necesario para coadyuvar al logro de los objetivos de desarrollo sostenible en el Perú. Se propone la creación de un programa nacional responsable de conducir técnicamente esta implementación, estableciendo estándares y perfiles para la equidad y calidad, articulando con la Autoridad Sanitaria Nacional y sus dependencias, promoviendo los recursos y generando las capacidades para todo el territorio nacional.



TERCERA PROPUESTA: El principal recurso, las personas.



El mayor desafío del sistema en este campo es contar con la gente preparada en el lugar indicado y de una forma sostenible. Los desafíos organizacionales planteados exigen que la definición de roles del equipo de salud para el nuevo Primer Nivel de Atención sea asumida por el Estado bajo criterios técnicos, pero además ponderando los aportes de los actores y grupos de interés profesionales y ciudadanos. Las universidades e institutos superiores del nivel regional y local deben asumir la generación y perfeccionamiento de competencias y capacidades del equipo de salud, adecuadas a las necesidades propias de cada territorio y su contexto sociocultural.

Proponemos una carrera especial para el Primer Nivel de Atención en Salud, basada en la meritocracia, adecuadamente remunerada con un componente del sueldo fijo basado en la formación académica y experticia del personal, y uno variable orientado a su permanencia en la jurisdicción, su desempeño, su polivalencia y los resultados sanitarios. Una carrera que ofrezca la oportunidad de especialización en la misma región, y brinde soporte social y económico al personal, en concordancia con sus expectativas,³¹ y las experiencias internacionales de éxito.³²

Asimismo, proponemos incorporar al agente comunitario de salud como parte del equipo de salud, especialmente en los territorios de mayor dispersión poblacional. Su contribución es clave para el logro del involucramiento y empoderamiento de su comunidad en el campo de la salud. Además, promover el acceso del agente comunitario de salud a una carrera técnica o profesional en beneficio de su RIS.

La docencia en servicio aplicada a la salud, complementada con el uso de las tecnologías de información y comunicación en salud, deben constituirse en un pilar para la formación, la educación continua y la certificación periódica de profesionales, técnicos y agentes comunitarios que se orienten a una carrera en el primer nivel de atención. La segunda especialización en medicina familiar requiere ser impulsada y complementada con una especialización análoga para todas las profesiones, así como una capacitación diferenciada para los trabajadores no profesionales del equipo de salud.



CUARTA PROPUESTA: Un financiamiento estratégico para la eficiencia y la equidad.



El financiamiento se constituye en un instrumento tanto para la sostenibilidad como para la gobernanza del Sistema Nacional de Salud. El nuevo Primer Nivel de Atención requiere de condiciones apropiadas para garantizar seguridad y calidad de sus servicios, y así contribuir a la reducción progresiva y sostenida de los costos de atención generados por el diagnóstico tardío de patologías, los cuales generan ingentes costos directos e indirectos, en el campo de las enfermedades transmisibles y no transmisibles.³³³⁴³⁵

31 Huicho, L., Diez Canseco, F., Lema, C., Miranda, J., & Lescano, A. (2012). Incentivos para atraer y retener personal de salud de zonas rurales del Perú: un estudio cualitativo. *Cad Saude Publica*, 28(4): 729–739.

32 OMS. (2015). Desarrollo de esquemas de incentivos para la retención - fidelización del personal de salud en áreas rurales y de difícil acceso. Lima: ORAS.

33 Gildea, T., DaCosta Byfield, S., Hogarth, D., Wilson, D., & Quinn, C. (2017). A retrospective analysis of delays in the diagnosis of lung cancer and associated costs. *Clinicoecon Outcomes Res*, 9:261-269.

34 Fleishman, J., Yehia, B., Moore, R., & Gebo, K. (2010). The Economic Burden of Late Entry Into Medical Care for Patients With HIV Infection. *Med Care*, 48(12):1071-1079.

35 Stang, P., Frank, C., Kalsekar, A., Ulcickas, M., Wells, K., & Burch, S. (2006). The Clinical History and Costs Associated With Delayed Diagnosis of Bipolar Disorder. *Medscape*.

El desafío de alcanzar un gasto público en salud de 6% del PBI requerirá diversificar las fuentes de creación de espacio fiscal y de una robusta voluntad política de hacerlo.³⁶ La aplicación de estrategias apropiadas para el incremento del espacio fiscal, tales como el incremento de impuestos directos hacia el 8.3% del PBI, la reducción de gasto tributario en una cuarta parte para incrementar el PBI en 0.48 puntos, la generación e incremento de impuestos específicos como el impuesto al tabaco y a bebidas azucaradas (para llegar al nivel de los países desarrollados, logrando un 0.02% del PBI y mejoras sanitarias significativas) y la reducción de la economía informal en dos terceras partes (incrementaría el PBI en 1%),^{37 38} son necesarias para viabilizar la implementación del nuevo primer nivel de atención como base para un Sistema Nacional de Salud eficiente, efectivo y sostenible.

Proponemos la creación del Fondo Nacional de Salud para el financiamiento del cuidado integral de salud de todos los habitantes del país en un único Primer Nivel de Atención, la transferencia del presupuesto del primer nivel de atención de cada subsector a este fondo, y la asignación de recursos requeridos para alcanzar como mínimo el 2% del PBI, para así cumplir con el estándar mínimo de un 30% del presupuesto asignado a salud destinado al primer nivel de atención.³⁹

En concordancia con lo señalado, una vez validados los estándares de infraestructura y equipamiento del nuevo Primer Nivel de Atención, son necesarios mecanismos especiales de inversión dirigidos a eliminar sus brechas, donde los mecanismos de evaluación y fiscalización sirvan de base para la inversión pública, más allá de multas o suspensión de funciones, considerando el rol relevante y exclusivo de sus establecimientos de salud.

El financiamiento orienta el comportamiento de los actores de un sistema de salud, por lo que debe constituirse una herramienta de gobernanza para la eficiencia y la equidad, mediante la configuración de un sistema de pagos mixto (prospectivo y retrospectivo) con un per cápita ajustado al riesgo⁴⁰ con incentivos que promuevan la continuidad, oportunidad y eficacia de la atención, que promuevan la implementación de servicios digitales, que desincentiven los procedimientos diagnósticos y terapéuticos innecesarios, que fomenten la complementariedad entre las unidades de provisión de servicios, y que se alineen a la planificación de salud de cada territorio.

36 Matus-López, M., Prieto Toledo, L., & Cid Pedraza, C. (2016). Evaluación del espacio fiscal para el Perú. *Rev Panam Salud Pública*, 40(1): 64-69.

37 OPS/OMS. (2018). Espacio fiscal para la salud en América Latina y El Caribe. Washington D.C.:OPS/OMS.

38 Popkin, B., & Ng, S. (2021). Sugar-sweetened beverage taxes: Lessons to date and the future of taxation. *PLoS medicine*, 18(1), e1003412.

39 OPS/OMS. (2019). Salud Universal en el Siglo XXI: 40 Años de Alma Ata. Informe de la Comisión de Alto Nivel. Washington D.C.

40 Cid Pedraza, C. (2020). Financiamiento de Redes Integradas de Servicios de Salud. *Rev Panam Salud Pública*, 44e.221.



QUINTA PROPUESTA: La innovación tecnológica como estrategia para ampliar el acceso con calidad.



Se propone el uso intensivo de la tecnología para vencer las barreras de acceso a los servicios de salud. Para ello, será necesario implementar un programa nacional para el fortalecimiento de la infraestructura tecnológica que garantice la conectividad y equipamiento en todos los EESS a nivel nacional. Incorporación de competencias digitales en el perfil de egresado del personal de salud. Asimismo, incorporar los servicios digitales en el Primer Nivel de Atención, con énfasis en la telemedicina. Con ello, será posible implementar el cuidado remoto con el soporte de una historia clínica electrónica única por cada paciente, interoperable, accesible a los servicios de salud y al ciudadano.

Asimismo, será necesario que el Ministerio de Salud, a través de una instancia competente, defina, adopte y establezca estándares en salud de aplicación obligatoria en todo el sector, haciendo interoperables los sistemas de información en salud para la toma de decisiones en los niveles local, regional y nacional.



SEXTA PROPUESTA: Políticas de salud basadas en evidencia.



Es fundamental que la política de salud pública defina estrategias e intervenciones que tomen en cuenta la evidencia, valorando su utilidad y comprendiendo sus limitaciones. La toma de decisiones de salud pública basada en la evidencia es un modelo en el que la decisión de implementación de una determinada medida está influenciada por la mejor evidencia disponible, los recursos, así como las necesidades, valores y preferencias de la población.

Se hace necesario normalizar el uso de la evidencia para la incorporación de las tecnologías sanitarias al sistema público de salud, así como la definición de políticas en salud, comprendiendo la necesidad de conjugar estos elementos de forma apropiada para la implementación de políticas efectivas y aceptables por la población.⁴¹

Para incorporar tecnologías sanitarias en el conjunto del sistema, que contribuyan con los objetivos sanitarios y la sostenibilidad financiera del sistema, es prioritaria la implementación del Centro de Evaluación de Tecnologías Sanitarias y la Red Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias, para la conducción técnica de este proceso desde el nivel central, para que así brinden soporte de evidencia a los poderes del Estado, evalúen las políticas y apoyen al nivel descentralizado. El nivel subnacional, en función de sus características variadas y su nivel de decisión requiere de soporte para incorporar la evidencia como criterio de decisión, para lo cual planteamos la creación de comités regionales especializados que cuenten con las condiciones apropiadas y sostenibilidad para su desarrollo, involucrando a la comunidad científica y a la academia en la elaboración y evaluación de las políticas públicas.

Es necesario involucrar a la comunidad científica y a la academia tanto en la elaboración y evaluación de las políticas públicas, como en el desarrollo de capacidades de los actores involucrados en la orientación, el desarrollo y la implementación de las políticas de salud para evaluar la calidad de la evidencia y comunicarla de manera efectiva. Con ello se logrará reducir las barreras para el uso apropiado de la evidencia en beneficio de la población y la sostenibilidad del sistema de salud.

Finalmente, es imprescindible viabilizar el desarrollo de investigaciones operacionales en las unidades de gestión y servicios de salud del Nuevo Primer Nivel de Atención, constituyéndolo en un sistema inteligente que aprende de sus éxitos y fracasos, identifica problemas de implementación y reacciona tempranamente para mejorar y evolucionar progresivamente.



SÉPTIMA PROPUESTA: El control de epidemias y el primer nivel de atención.



Un Primer Nivel de Atención en Salud bien organizado es base para toda respuesta de control de epidemias eficiente. La propuesta de una integración del nivel local a través de redes integradas de salud, dándole implementación tecnológica adecuada y recursos humanos capacitados es la clave para una vigilancia de salud pública que finalmente llegue a todos los rincones del territorio nacional.

En la situación actual hay un retraso en la detección de brotes epidémicos y su respuesta, debido a las capacidades limitadas en el nivel local, así como a la remota localización geográfica de brotes de enfermedades tropicales. Frente a ello se plantea implementar el Nuevo Primer Nivel de Atención con un componente reforzado de vigilancia epidemiológica y de salud pública para aumentar su sensibilidad y capacidad de detección temprana de eventos epidemiológicos de interés, y organizar una respuesta más oportuna.

La detección de brotes epidémicos y su respuesta en el nivel local serían fortalecidos con la integración de los actores en salud del primer nivel de atención, permitiendo el análisis integral de las condiciones de salud y el conjunto de atenciones sanitarias de un área territorial para la detección y reconocimiento oportuno de amenazas y brotes epidémicos, pudiendo activar de manera rápida y eficaz acciones de intervención y control, así como alertar al nivel regional y nacional para la coordinación de acciones a un nivel más amplio.

6. Desafíos institucionales para la implementación

Existen desafíos críticos para la unificación de los sistemas públicos de salud. Un adecuado fortalecimiento del primer nivel de atención debe garantizar a futuro una mejor eficiencia y sostenibilidad del sistema, maximizando beneficios sanitarios para la población. No obstante, ello requiere una inversión inicial para la generación y aumento de su capacidad de respuesta en un primer nivel de atención para todos. Su financiamiento exigirá autoridad, fundamentación técnica y respaldo ciudadano para establecer y viabilizar el aporte de cada subsistema y los recursos adicionales necesarios.

Es necesario contar con el respaldo de la ciudadanía, en virtud de que esta reforma implicará más y mejores prestaciones sin importar la condición de aseguramiento. Como ciudadanos debemos reconocer ahora más que nunca que sin condiciones adecuadas de salud, nuestra viabilidad como sociedad, será siempre limitada e incierta.

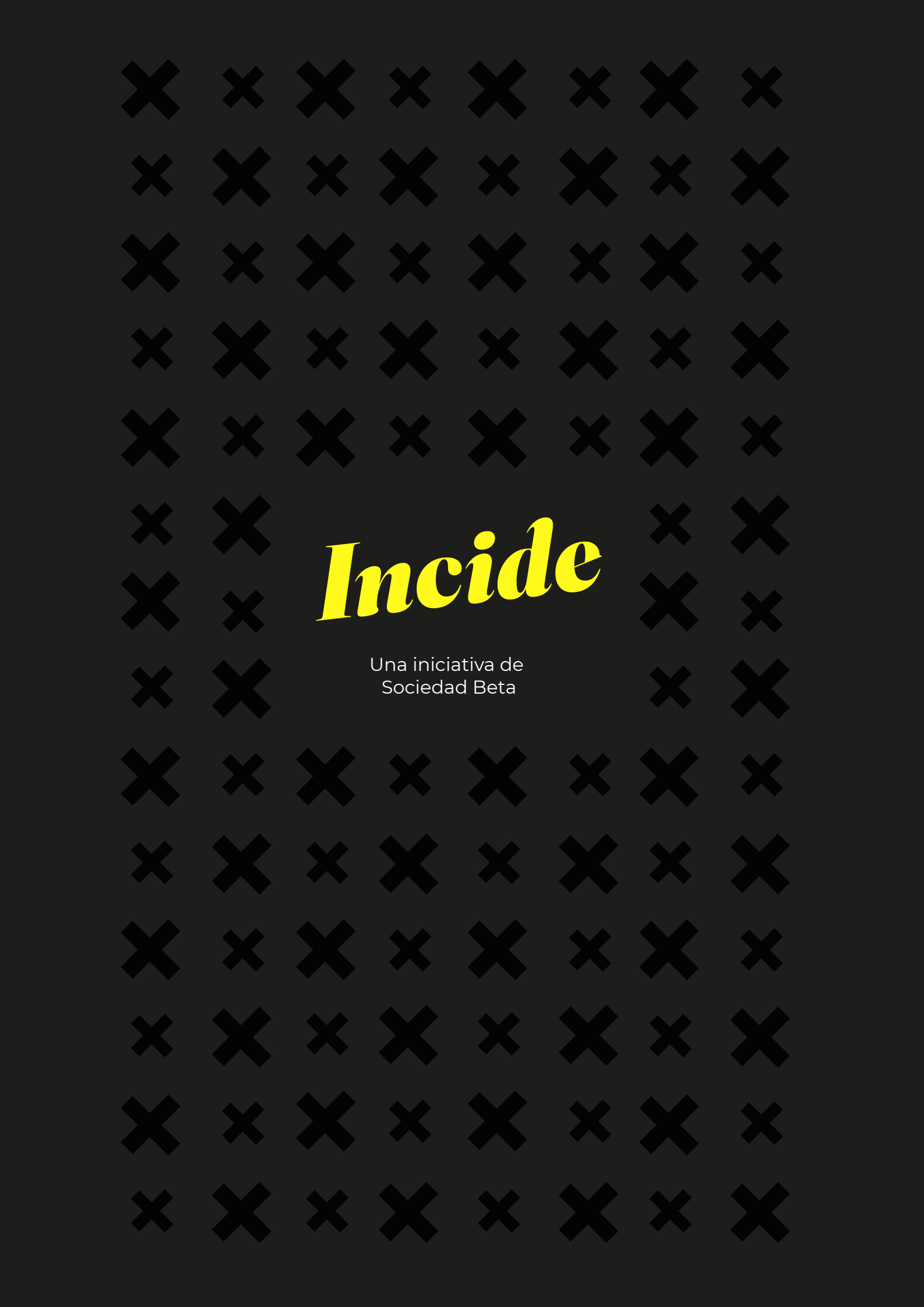
La necesidad de vencer el escepticismo y suspicacia potencial de los trabajadores de cada subsistema, por la preocupación de empeorar sus condiciones de trabajo y/o perder derechos adquiridos bajo sus actuales regímenes laborales, será clave. Las propuestas en este rubro deben representar una oportunidad de mejora, de mayor reconocimiento a su rol, y de promoción del buen desempeño, propias de un Sistema Nacional de Salud que se sostenga sobre una fuerte atención primaria.

Finalmente, la Constitución Política del Perú vigente establece que los fondos y las reservas de la seguridad social son intangibles. Este acápite obliga a implementar una estrategia financiera clara, transparente y ordenada; no representando un real obstáculo para la integración del primer nivel de atención en salud.

7. Hoja de ruta para la implementación

Se propone la siguiente hoja de ruta para la implementación de la presente propuesta:

- i.** Aprobar la Política Nacional del Sistema Nacional de Salud basado en Atención Primaria, incorporando como lineamientos principales a la gestión territorial de la salud, los atributos de la atención primaria en salud, la unificación y el empoderamiento del primer nivel de atención, la implementación de las redes integradas de salud, así como la importancia de la atención primaria para la sostenibilidad financiera del sistema.
- ii.** Modificar el marco jurídico del Sistema Nacional de Salud, mediante la ley, reglamentos y documentos de gestión operacional para el fortalecimiento del Primer Nivel de Atención, que incluya su unificación y organización, la creación del Fondo Nacional de Salud, la creación de la carrera especial del Primer Nivel de Atención, un marco especial de contratación y abastecimiento de bienes y servicios estratégicos, y la creación del Programa Nacional de Atención Primaria para la conducción técnica, acompañamiento y evaluación de la implementación de la Política Nacional del Sistema Nacional de Salud basado en Atención Primaria.
- iii.** Elaborar, aprobar y ejecutar el Plan de Implementación de la Ley de Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención, que incluya la reformulación del Programa de Inversión de Creación de las Redes Integradas de Salud, incorporando los nuevos lineamientos para su organización y operación.
- iv.** Implementar el nuevo modelo de atención primaria en el Sistema Nacional de Salud, bajo un marco metodológico que garantice el uso de la mejor evidencia disponible y la generación de nuevas evidencias aplicadas a la diversidad de territorios del país, con líneas de base, evaluación y mejora de las estrategias viabilizando de forma dinámica su fortalecimiento progresivo.



Incide

Una iniciativa de
Sociedad Beta