



Situación del Sistema de Salud en el Perú al 2021 y Agenda Pendiente

Situation of the health system in Peru 2021 and schedule pending

Juan José Javier Jara¹

E-mail: juan.javier@urp.edu.pe.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2921-6951>.

Diego Cuadros Salazar²

E-mail: diego.cuadros@urp.edu.pe.

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7451-0500>.

¹Universidad Nacional Mayor de San Marcos; Universidad Ricardo Palma. Lima, Perú.

²Carrera de Economía de la Universidad Ricardo Palma. Lima, Perú.

Cita sugerida (APA, séptima edición).

Javier-Jara, J. J., & Cuadros-Salazar, D. (2022). Situación del Sistema de Salud en el Perú al 2021 y Agenda Pendiente. *Revista Sociedad & Tecnología*, 5(3), 474-490. DOI: <https://doi.org/10.51247/st.v5i3.257>.

RESUMEN

La presente investigación de carácter descriptiva con enfoque cuantitativo busca analizar la situación del sistema de salud del Perú durante periodo 2010 al 2021, así como plantear la agenda pendiente para el sector, realizando el contraste de la evolución de gasto en salud con periodos anteriores y comparando con otros países de la región latinoamericana y europea. Se analiza la problemática del recurso humano del sector y por último identificar la brecha de infraestructura del primer nivel de atención; para los cual se emplean los métodos: hermenéutico, análisis de contenidos y estadístico. Se concluye que el sector salud necesita un incremento sostenido en mayor proporción del presupuesto general de la República, así

como la descentralización del primer nivel de atención.

Palabras clave:

Salud, primer nivel de atención, gasto, infraestructura, COVID-19.

ABSTRACT

This descriptive research with a quantitative approach seeks to analyze the situation of the Peruvian health system during the period 2010 to 2021, as well as to propose the pending agenda for the sector, contrasting the evolution of health spending with previous periods and comparing with other countries in the Latin American and European region. The problem of the human resource of the sector is analyzed and finally to identify the infrastructure gap of the first level of

attention; for which the methods are used: hermeneutic, content analysis and statistics. It is concluded that the health sector needs a sustained increase in a greater proportion of the general budget of the Republic, as well as the decentralization of the first level of care.

Keywords:

Health, first level of care, spending, infrastructure, COVID-19.

INTRODUCCIÓN

El Perú tiene propósitos de crecimiento y desarrollo en el contexto de una economía global con emergencia sanitaria, a pesar de las brechas de acceso universal a los servicios públicos, y en particular a los de salud.

Estas brechas y limitaciones se han profundizado en el contexto de la emergencia ocasionada por la COVID-19, que persiste en el país (Palacios Cruz et al., 2020). A la fecha existe ausencia de políticas de corto y largo plazo efectivas para salir de la crisis; siendo esto una limitante para diversos sectores sociales que buscan salir de la recesión familiar y retomar sus emprendimientos.

Las políticas económicas, macroeconómicas y microeconómicas de desarrollo de diversos mercados financieros y no financieros requeridas para retomar las sendas de crecimiento, pueden ser diseñadas, fortalecidas y/o hacerse más efectivas a través de la investigación económica, mediante el análisis de bases de datos sectoriales, el estudio de las políticas vigentes y la evaluación de las finanzas desarrolladas efectuando transversalmente evaluaciones de impacto, seguimiento y control de las políticas implementadas o la evaluación, análisis e investigación de políticas idóneas para salir de la crisis y alcanzar un adecuado desarrollo de los mercados (Ruperti et al., 2021).

Una de las necesidades de la ciencia económica es enriquecerse de experiencias

particulares para validar los diversos modelos económicos que se han gestado en el tiempo, así como proponer nuevos modelos derivados de dichas experiencias (Dutan & Quinche, 2021). En general, el análisis del sector salud se puede efectuar desde el modelo básico de oferta y demanda en los niveles macroeconómicos y microeconómicos. Sin embargo, el estudio de realidades particulares como el Perú permite enriquecer la discusión, así como actualizar los contenidos teóricos presentados hasta la fecha sobre todo en un contexto de economía global y digital.

En este contexto se inscribe el presente artículo que tiene el propósito analizar la situación del sistema de salud del Perú durante periodo 2010 al 2021, así como plantear la agenda pendiente para el sector para evaluar políticas y proponer otras nuevas que contribuyan a superar económicamente la crisis económica y sanitaria en la que está sumido el país, y contribuir con dichas medidas a mediano plazo al despegue económico de las familias en un nuevo contexto post pandemia, para retomar la senda de crecimiento y desarrollo sostenido, superar las restricciones que han enfrentado en un contexto de crisis sanitaria global y mantener una economía familiar sostenible.

En el apartado a la revisión de literatura se abordan los antecedentes teóricos en los cuales se fundamenta el estudio, en particular se analizan los modelos predictivos del comportamiento económico, entre ellos el de Marc Lalonde, el de Robert Evans y Gregory Stoddart, y el de Richard Musgrave; posteriormente se realiza una breva panorámica sobre la situación del sistema de salud en el Perú.

El apartado dedicado a los resultados y discusión se estructura en cinco aspectos: 1) *Situación del sistema de salud en el Perú*; 2) Gasto del Sector Salud; 3) Descentralización del sector salud; 4) Brecha sector salud y 5) Agenda pendiente, en los que se analizan y discute los resultados obtenidos a través de los datos disponibles en las bases de datos de las

instituciones y organismos nacionales relacionados con la salud pública.

Revisión de literatura

La economía de la salud es la rama que estudia la escasez en el sistema de salud. Desde ese punto de vista, podemos encontrar estudios de la escasez en el sistema de salud; desde la macroeconomía de la salud, que revisa el estudio de los agregados macroeconómicos en relación con la situación de salud que viven los agentes económicos hasta la microeconomía de la salud, que estudia el comportamiento de los agentes individuales que participan en el sistema de salud.

En el corpus teórico de la Economía, la salud actúa como un condicionante para la productividad del capital humano y los modelos de crecimiento económico consideran como un factor determinante de los niveles de crecimiento, los aportes provenientes del capital humano. Por otro lado, es un servicio al que acceden las personas, y el financiamiento de la salud constituye una fuente de deuda o gasto para los gobiernos, así como una variable de gasto importante para muchas familias. Una situación de mala salud y carga financiera excesiva para las familias puede generar un efecto negativo en los niveles de consumo, así como un incremento en el gasto del gobierno que conlleva a limitar el potencial de crecimiento económico de un país y obstaculiza el desarrollo económico.

En el mercado de servicios de salud, los productores son los médicos, las enfermeras, psicólogos, odontólogos, y otro personal de salud. Asimismo, las clínicas, laboratorios, bancos de sangre, centro de diagnóstico y hospitales de distinto nivel que pueden atender un nivel de capa simple (enfermedades comunes) o capa compleja (enfermedades crónicas o degenerativas). Por su parte, los consumidores que representan la demanda son las personas que demandan los servicios.

Este mercado es un mercado imperfecto, porque en la transacción existe una relación de asimetría frente a quien usa el servicio (consumidor), el que presta el servicio (el médico, hospital, laboratorio) y el que paga (que puede ser el propio usuario o algún financista), quien es finalmente el que se enfrenta al precio y que lo puede trasladar a los consumidores o sus garantes según sea el caso. En toda esta relación, la falta de conocimiento médico es la principal fuente de asimetría para los agentes en este sector. Asimismo, existen problemas de competencia porque algunos servicios solo son prestados por determinados oferentes generando una diferencia de poder entre el poder que tiene el consumidor y el poder del productor, sumadas a las limitaciones de información que pueda tener quien financia la transacción.

En estos esfuerzos por simplificar el razonamiento descrito y modelar el comportamiento para predecirlo, encontramos el Modelo de Lalonde (1974), modelo en el cual, se fundamenta que la salud está vinculada con factores biológicos y socioeconómicos, mencionando los siguientes: biología, medio ambiente, estilo de vida y el sistema de salud con los pesos de 27%, 19%, 43% y 11% respectivamente.

Tenemos también el Modelo propuesto por Evans y Stoddart (1990) el cual se enfocó en los factores que determinan porqué los servicios de salud son dispares imputado las causas principalmente a disparidades económicas que afectan a nivel agregado el sistema de salud público y que explican la prevalencia de enfermedades y la tendencia de mantenerse el nivel de población enferma.

Finalmente, se puede citar la denominada teoría de la hacienda pública, cuyo exponente principal es Richard Musgrave (1959), su modelo propuesto explica los propósitos que debe tener un sistema de salud pública para promover el crecimiento económico: a) mejorar la asignación de recursos productivos, b) mejorar el ingreso

y gasto público, y c) distribuir la renta hacia las personas más pobres.

Estudios económicos como los de Aldunate y Martner (2006) han evidenciado que en América Latina y El Caribe se mantiene una política fiscal que genera un incremento del gasto en salud, pero sugieren la posibilidad factible de un mecanismo autónomo de financiamiento. Por otro lado, Lavado, Pablo (2007) explicó que todo programa social incluido el de salud se puede evaluar por la calidad del gasto, la misma que a su vez tiene una determinación por la capacidad de recaudación y financiamiento del gobierno. Cortez (2002) resalta la importancia del tema de salud para la economía nacional y que mejora la gestión del sector con el crecimiento de la disponibilidad de base de datos del sector. Por último, cabe mencionar a Grossman quien sobre la base de la teoría del capital humano explica que existe una demanda de salud orientada a la búsqueda de insumos que ofrecen salud pero que no busca cuidados médicos, segmentándola e identificando a partir de este comportamiento a personas que invierten en su cuidado personal para incrementar sus ingresos, redundando en un efecto positivo para la economía.

Estos esfuerzos de modelación económica, así como las conclusiones de los estudios obtenidas de la literatura existente, demandan su validación producto de la contrastación de dichas conclusiones en un país con variada diversidad económica y social y con escasez en el sistema de salud. Por otro lado, la investigación e inferencia sobre la base de hechos estilizados en el país constituyen oportunidades de mejora en la teoría de economía de la salud, para incorporar la diversidad de niveles del servicio y de salud que puede presentar un país en los ámbitos departamental y regionales.

En suma, hasta la fecha, existen estudios y modelos económicos en la teoría de economía de la salud que revisan la economía de la salud a nivel de un país, sin considerar una línea de base mega diversa. En particular, es de interés teórico modelar

la economía, la salud y el comportamiento microeconómico y agregado de los agentes del Perú y de países similares en el contexto de una pandemia, a partir de hechos estilizados en el caso peruano a nivel departamental, regional, y de otros países bajo el contexto de una crisis sanitaria y una economía real y financiera cada vez más globalizada.

METODOLOGÍA

En la presente investigación se realiza un análisis descriptivo con enfoque cuantitativo de la situación del sistema de salud de la nación. Se revisan las principales teorías de diversos autores que explican las relaciones funcionales de la salud respecto a la economía, apoyados en la aplicación de la hermenéutica y el análisis de contenido (Rad & Espinoza, 2020).

Asimismo, y siguiendo lo propuesto por Guamán et al. (2020), se recolectan, procesan y analizan los datos abiertos proporcionados por instituciones y organismos nacionales como el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), el Banco Central de Reserva del Perú (BCRP), el Ministerio de Salud (MINSA) y el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) e internacionales como el Banco Mundial, mediante el empleo del método estadístico auxiliado por los softwares: Microsoft Excel y R. Studio. Los datos se resumen en frecuencias absolutas y relativas y se representan en tablas y gráficos de la estadística descriptiva.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Partiendo de los datos recolectados a través de los informes del INEI, el BCRP, el MINSA y el MEF, se obtuvieron los siguientes resultados que se ofrecen a continuación en tablas y gráficos estadísticos y brindan una panorámica de la situación de la salud en el Perú durante el período de 2010 a 2021.

1. Situación del sistema de salud en el Perú

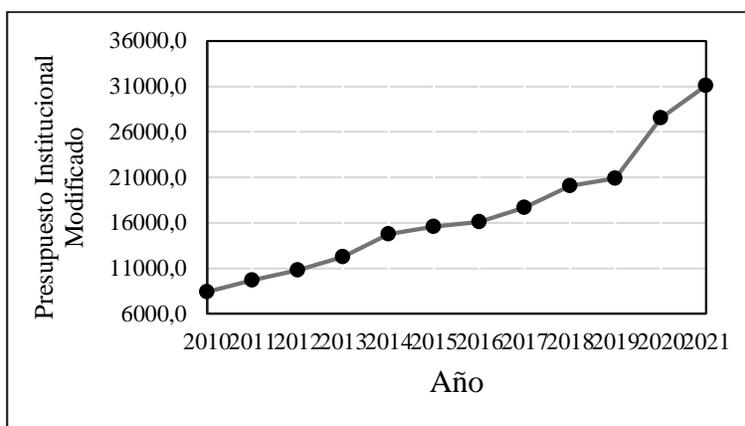
Situación del Sistema de Salud en el Perú al 2021 y Agenda Pendiente

Una de las grandes limitaciones que se vive en el Perú y que sufren las personas es el acceso a los servicios de salud. Conforme refiere García-Calderón Díaz (2021), el Perú invierte 5.1% del Producto Interno Bruto (PBI) en el sector de salud, por debajo del promedio de Latinoamérica, que se encuentra entre 7% y 9%. De esta inversión el 65% proviene del sector privado, mientras que el 35% es inversión pública, existiendo en el país un sistema mixto (público y privado) con diferentes oportunidades de acceso para la población

que no necesariamente cuenta con los recursos para ello, a pesar de que el presupuesto de salud se ha incrementado anualmente durante la última década, tal como se analiza a continuación.

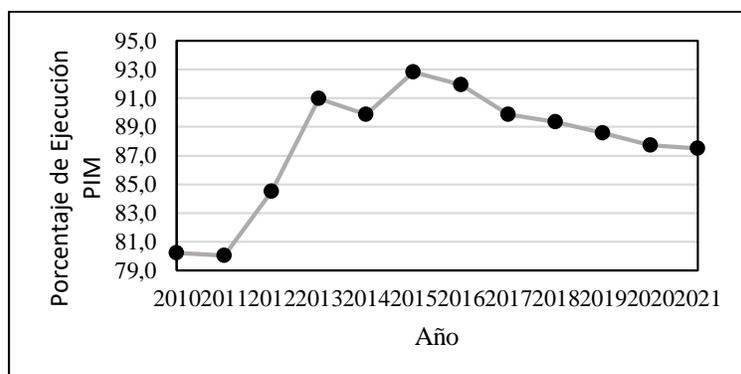
2. Gasto del Sector Salud

Se encontró que el presupuesto del sector salud ha experimentado un crecimiento anual sostenido en el Perú en los últimos 12 años. En la siguiente gráfica 1 se muestra el crecimiento del presupuesto.



Gráfica 1. Evolución del presupuesto institucional modificado 2010-2021
Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas, Consulta Amigable.

Sin embargo, la ejecución del Presupuesto Institucional Modificado (PIM) en el sector salud no ha alcanzado a sobrepasar el 93% de ejecución en los últimos doce años, con una tendencia a la baja desde el año 2015 hasta el 2021, situación que contrasta con los resultados esperados dado que el Perú requería mayor ejecución del gasto al ser uno de los países más afectados por la pandemia del COVID-19. Lo que se evidencia en la siguiente gráfica 2.

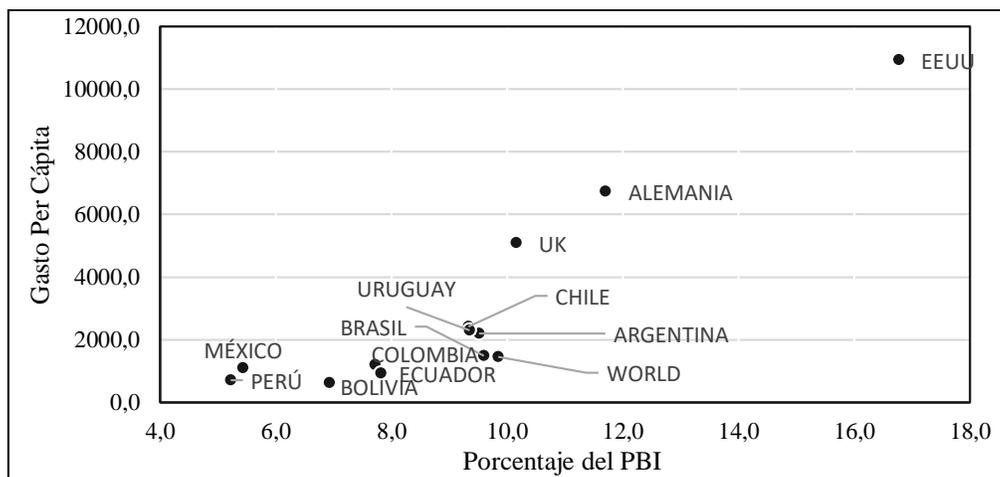


Gráfica 2. Evolución de la ejecución del PIM 2010-2021
Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas, Consulta Amigable

Situación del Sistema de Salud en el Perú al 2021 y Agenda Pendiente

Nota: El porcentaje de ejecución del PIM (Presupuesto Institucional Modificado) con el devengado de la ejecución del gasto.

A nivel internacional el gasto en salud como porcentaje del PBI por parte del Perú asciende al 5.2% encontrándose por debajo de la media Latinoamericana (incluyendo el Caribe) con 7.8% y a nivel mundial con 9.8%, lo cual es síntoma de la problemática a nivel nacional, A continuación, la gráfica 3 sintetiza lo mencionado con respecto a la comparación internacional.



Gráfica 3. Gráfico de dispersión Gasto Per Cápita (dólares americanos) y Porcentaje PBI, 2019.
Fuente: Banco Mundial.

La distribución del presupuesto a los gobiernos regionales se encuentra sujeta a las necesidades de la población regional, ante ello varía plenamente la asignación de la misma, siendo más estocásticas durante la pandemia del coronavirus. A continuación, se presenta la gráfica 4, en la que se detalla la tasa de crecimiento (2020-2021) del presupuesto institucional modificado a nivel departamental¹.

¹ Véase más a detalle en tabla 2 en Anexos.



Gráfica 4. Tasa de crecimiento del Presupuesto Institucional Modificado, 2021
Fuente: MEF.

La población enferma en el Perú es alrededor del 25%, con una tasa de crecimiento anual promedio de 0.6 puntos porcentuales, cifras registradas hasta antes del 2019. Este crecimiento de personas enfermas se ha profundizado durante la pandemia del COVID-19, habiéndose hecho evidente un colapso en la capacidad de oferta del sector público para atender el incremento de la demanda de salud a nivel nacional.

Adicionalmente, en el Perú, existen 12 médicos por cada 10 mil habitantes, una cifra crítica siendo el promedio mundial de 13 médicos por cada 10 mil habitantes, aún insuficiente. Ambas cifras no reflejan el ideal de un promedio esperado considerando que el promedio mundial incluye a países con un sistema de salud

precario, y que el promedio nacional, esconde la mayor representatividad de Lima y Callao en el promedio nacional, frente a la ausencia de asistencia en el interior del país.

Según la OCDE citada en García-Calderón Díaz (2021), se debe priorizar el incremento de médicos con el objetivo de alcanzar la media y luego mejorar la calidad de salud que percibe la población. Por otro lado, en el contexto del COVID-19, la necesidad de hospitales, así como el acceso a medicinas por parte de las personas ha puesto en evidencia la necesidad de incrementar los servicios de salud por habitante en el país. La gráfica 5 muestra el número de habitantes por cada médico en el año 2020, según las distintas regiones el país.

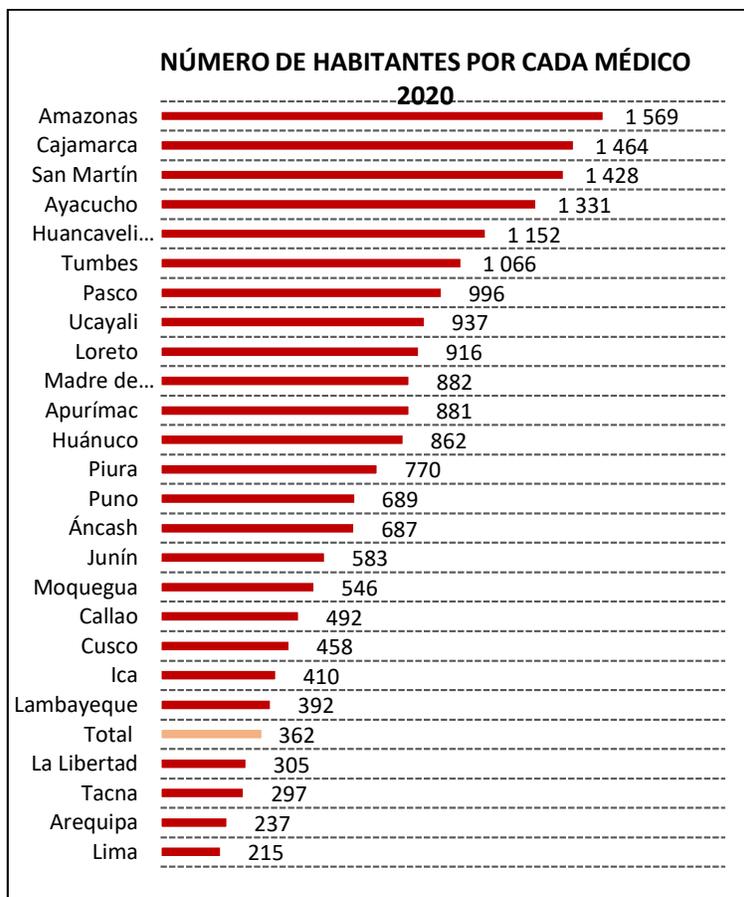


Gráfico 5. Número de habitantes por cada médico. Año 2020.
Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI).

La situación se torna de carácter crítico al existir un déficit de profesionales de la salud sumado con ello la alta tasa de desaprobados en el Examen Nacional de Medicina (ENAM). Según Mendoza et al. (2021) cerca de 4 de cada 10 alumnos desaprueban el ENAM, infiriendo que un porcentaje importante de profesionales de salud no se encontrarían aptos para realizar el servicio rural y urbano marginal en salud (SERUMS). Esta situación agrava aún más la atención a la población, especialmente de los lugares más apartados de las ciudades (Villasís 2020; Servindi, 2020), tal como se puede apreciar en el anterior gráfico; es significativo como en la Amazonía se reportan 1569 habitantes por médico en comparación con Lima, la capital, donde el número es de 215 habitantes por médico.

Durante el desarrollo actual de la pandemia causada por coronavirus Sars-Cov-2, el primer nivel de atención juega un papel importante, tal es así que, mediante la Resolución Ministerial No 182-2020-MINSA se establecieron seis lineamientos con la finalidad de contrarrestar el avance del coronavirus dirigidas al Primer Nivel de Atención (PNA) (MINSA. 2020). Así se reconoce que el PNA se encuentra en posición única para manejar las necesidades de la población durante la pandemia de COVID-19 (Villanueva Carrasco et al., 2020). Dada esta relevancia, es pertinente describir la estructura del PNA, tal como se muestra en el siguiente cuadro 1.

3. Descentralización del sector salud

Cuadro 1. Estructura del Primer Nivel de Atención Médica, Perú

Primer Nivel de Atención Médica	
I-1	Puesto de Salud
I-2	Puesto de Salud con Médico
I-3	Centro de Salud sin Internamiento
I-4	Centro de Salud con Internamiento

Fuente: MINSA. Elaboración propia

Siendo el PNA el nivel más importante del sector salud, donde se encuentran los principales establecimientos a los cuales la población accede, existe la necesidad de fortalecerlos con la finalidad de brindar un servicio público con mayor radio de acción; como respuesta a esta necesidad se plantea la descentralización del primer nivel de atención.

Se propone la descentralización de los establecimientos de salud del PNA basándose en la experiencia de Chile; donde las municipalidades podrán disponer de sus medios de recaudación para el financiamiento de los establecimientos.

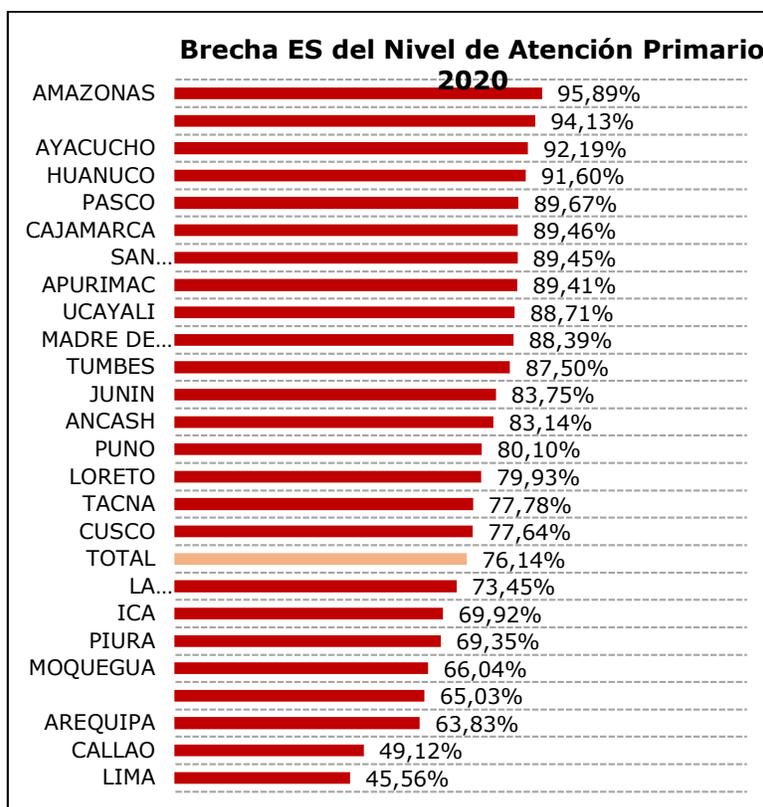
En este sentido autores como Carciofi et al. (1996) plantean la descentralización hasta el nivel municipal, a fin de que sean las municipalidades las que asuman la autonomía de dichos establecimientos médicos. Respecto a su financiación, puede ser mixta tanto por la derivación del

presupuesto del sector a los gobiernos locales como por parte de los recursos propios de las municipalidades las cuales pueden alcanzar una mayor recaudación mediante el gravamen de sus tasas y/o arbitrios por brindar dichos servicios amparada en la Ley Orgánica de municipalidades que le permite proponer, crear, exonerar, modificar tasas, arbitrios, licencias y demás.

4. Brecha sector salud

Los centros de salud se encuentran sujetos a normas, dentro de las cuales la Norma Técnica de Salud 133-MINSA/DGIEM-V.01 establece parámetros de clasificación de centros de salud con las condiciones estructurales de las edificaciones, así como requerimientos de instrumentos (máquina y equipo) y personal necesario para el correcto funcionamiento del Establecimiento de Salud (ES) de acuerdo a su respectivo nivel (MISA, 2015). En el nivel primario de atención para el año 2020 la cifra de establecimientos con capacidad instalada inadecuada fue 8783, representando el 76,14% del total de establecimientos.

En la siguiente gráfica 6 se brinda la información sobre los establecimientos del PNA con capacidad instalada inadecuada a nivel departamental en el año 2020.



Gráfica 6. Porcentaje de establecimientos del PNA con capacidad instalada inadecuada a nivel departamental, año 2020.
Fuente: MINSa, INEI.

En la gráfica anterior podemos observar cómo los 10 primeros departamentos que tienen mayor brecha de capacidad instalada, según la clasificación de Pulgar Vidal corresponde a la Sierra y Selva, a diferencia de los 8 departamentos con menor brecha corresponden a la Costa. El ministerio de salud elaboró proyecciones de porcentajes de establecimientos de PNA los cuales contarán con capacidad instalada adecuada para operar en los siguientes años 2023, 2024 y 2025, por tanto, también los porcentajes de cierre de brecha².

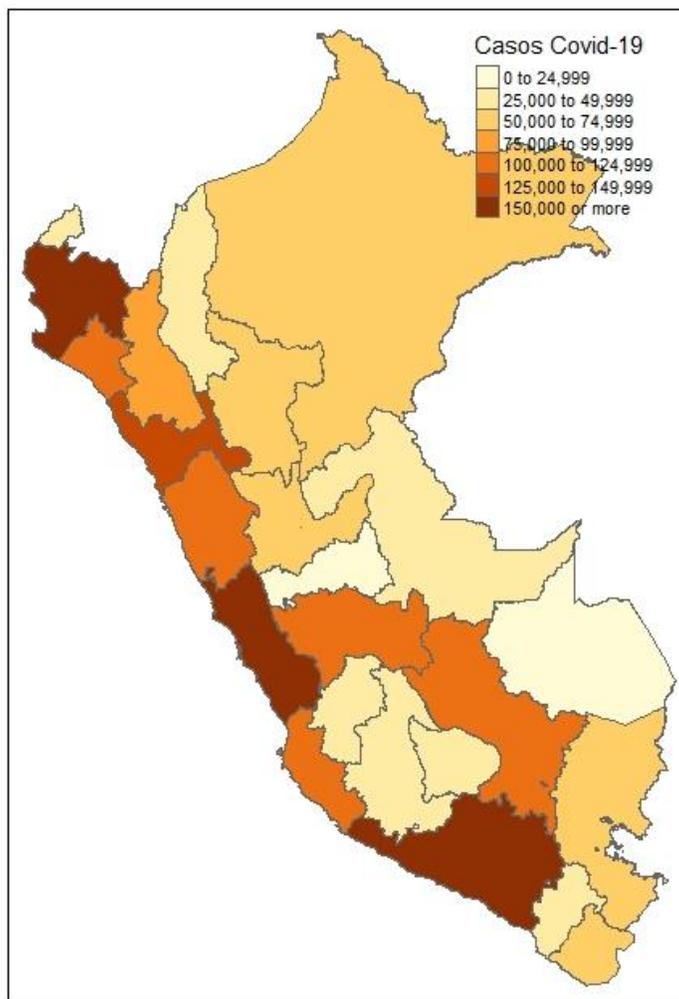
Tabla 1. Estimación del MINSa de establecimientos eventualmente puestos en operatividad 2023-2025

Centros de salud con capacidad instalada adecuada			
Nivel Nacional	Año		
	2023	2024	2025
ESPNA	291	557	640

Fuente: MINSa, INEI.
Nota: ESPNA, refiere a los establecimientos de Salud del Primer nivel de atención

A continuación, se muestra en la gráfica 7 los contagios de COVID-19 en el Perú; analizando los casos positivos de COVID-19 según la división política administrativa (una provincia constitucional y 24 departamentos).

² Véase más a detalle en tabla 3 en Anexos.



Gráfica 7. Mapa de calor de Casos COVID-19, Nivel departamental 2022
Nota: La información actualizada al 3 de marzo de 2022. Elaborado en el software R Studio.
Fuente: Data: Ministerio de Salud (MINSA).

En la gráfica anterior se observa que los departamentos y provincias costeras revelan un mayor número de contagios lo cual se explica por la concentración demográfica y la dinámica de los sectores productivos; así como por las debilidades en infraestructura y calidad del servicio de salud puesto a disposición de la población al interior del país.

Sobre la situación sanitaria en Perú a raíz de la crisis sanitaria provocada por el Sars-Cov-2 causante de la Covid-19 se han llevado estudios desde diferentes enfoques, entre estos los desarrollados por Echeverría y Sueyoshi (2020), Moscoso Romani (2021), Soto (2020) y Flores et al.

(2021), quienes consideran que la crisis sanitaria puso en evidencia las limitaciones del sistema de salud pública del Perú y la urgencia de adoptar medidas no solo para superar la crisis, sino para propiciar un mejor servicio de salud a la población en cualquier momento. Según Soto (2019), en las instituciones de salud perrunas existen barreras para una atención eficaz, se atiende a los pacientes con recursos obsoletos; criterio compartido por Delgado (2020).

En tal sentido, Murrugarra (2020), considera que deben ser trazadas estrategias para menguar los efectos de los factores sociodemográficos que inciden en

las altas tasas de letalidad provocada por la COVID-19.

5. Agenda pendiente

La escasez de salud es la justificación práctica de los esfuerzos requeridos en investigación. El mecanismo para brindar acceso a la población del interior del país implica inyección de financiamiento proveniente del sector público, así como un conjunto de políticas regulatorias y/o de defensa de la competencia en los sectores que exista condiciones de competencia a fin de promover el desarrollo del mercado de los servicios públicos en general y en particular el desarrollo de un servicio de salud oportuno para la población.

El propósito de las investigaciones será identificar las políticas que se requieren articular y/o mejorar para hacer más efectivo el cierre de brechas en el proceso de entrega de servicios de salud a la población, que constituye un derecho consagrado en la Constitución Política del Perú. Asimismo, se pretende revelar qué las políticas implementadas no han sido efectivas en el proceso de entrega de los servicios de salud a los más pobres a nivel nacional a efectos de proponer las medidas necesarias para que el servicio, el financiamiento y el acceso llegue a la población que se ha quedado al margen en el contexto de una pandemia global.

CONCLUSIONES

El análisis realizado a partir de los datos recolectados permite concluir que:

- Se requiere reducir las brechas en el acceso a los servicios de salud y disparidades en la calidad del servicio. Siendo el sector salud, un sector cuya demanda deriva de la exposición de las personas a las condiciones de trabajo o salud preventiva se requiere el análisis macroeconómicos de los macro indicadores vinculados para hacer efectivas las políticas de inversión en salud y el análisis

microeconómico para estudiar el gasto de las familias, identificar comportamientos particulares derivados de la idiosincrasia popular en el interior del país, que define los rasgos de cultura y salud de las personas de la costa, sierra y selva del Perú, para desarrollar políticas integrales que contribuyan al acceso universal, el desarrollo de mercados eficientes y menos asimetrías de información.

- El sector salud necesita mayores incrementos sostenidos respecto al presupuesto, debido a la existente brecha de infraestructura que se acentúan con mayor frecuencia en sectores geográficos como la sierra y la selva; también, el gasto destinado es uno de los más bajos de la región Latinoamericana y del Caribe, así como de la media mundial.
- La tasa del personal médico en el Perú que aprueba el ENAM es del 60% de la población postulante lo cual indica un bajo rendimiento de los profesionales que posteriormente realizan el servicio rural y urbano marginal en salud.
- El gobierno propone metas muy optimistas y ambiciosas respecto a la cantidad de establecimientos que habilitará teniendo en cuenta el bajo porcentaje del producto interno bruto que se destina al sector salud.
- Se propone la descentralización de los establecimientos de salud del primer nivel de atención basándose en la experiencia de Chile; donde las municipalidades podrán disponer de sus medios de recaudación para el financiamiento de los establecimientos.
- En el caso del Perú, tanto los departamentos como provincias costeras revelan un mayor número de contagios del COVID-19, lo cual se explica por la concentración demográfica y la dinámica de los

sectores productivos en esas zonas, así como por las debilidades en infraestructura y calidad del servicio de salud puesto a disposición de la población al interior del país.

- Se propone otorgar autonomía necesaria a los establecimientos de salud mediante un proyecto de ley que autorice la administración y el financiamiento, donde los saldos del canon sean derivados al financiamiento económico de los centros del Primer Nivel de Atención, para la implementación y construcción de nuevos establecimientos según la necesidad de la población. Esto requerirá la elaboración y posterior promulgación de proyectos de ley donde señale la derivación de los saldos producto del canon al Primer Nivel de Atención, administrado por los gobiernos locales. La forma y carácter de la propuesta deberá ajustarse a la normativa correspondiente considerando un análisis costo-beneficio.

LIMITACIONES Y ESTUDIOS FUTUROS

La principal limitación del estudio está dada por su alcance descriptivo. Los autores se proponen en próximos trabajos abordar esta misma línea de investigación para analizar el impacto social de las políticas de salud en Perú, empleando fuentes de información primarias.

AGRADECIMIENTO

Los autores agradecen el apoyo brindado por sus pares de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y Universidad Ricardo Palma.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aldunate, E. & Martner Fanta, R. (2006). Fiscal Policy and Social Protection. Comisión Económica para América Latina y el Caribe.

Carciofi, R., Larrañaga, O. & Cetrángolo, O. (1996). Desafíos de la Descentralización Educación y Salud en Argentina y Chile. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. CEPAL.

Cortez, R. (2002). Salud, equidad y pobreza en el Perú: Teoría y nuevas evidencias. Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico.

Delgado D. (2020). La COVID-19 en el Perú: una pequeña tecnocracia enfrentándose a las consecuencias de la desigualdad. *Fundación Carolina*, (26), 2695-4362

Dutan Yunga, J. M., & Quinche Lavanda, D. J. (2021). El derecho a la salud de las personas con enfermedades catastróficas o degenerativas. *Sociedad & Tecnología*, 4(S1), 256-271. <https://doi.org/10.51247/st.v4iS1.134>

Echeverría, R. R., Sueyoshi, J. H. (2020). Situación epidemiológica del COVID-19 en Sudamérica. *Rev. Fac. Med. Hum.* 20(3). DOI 10.25176/RFMH.v20i3.2945

Evans, R., & Stoddart, G. (1990), Producing Health, Consuming Health Care. *Social Science & Medicine*, 31(12),1347-1363, DOI: [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(90\)90074-3](https://doi.org/10.1016/0277-9536(90)90074-3).

Flores, M., Soto, A., & De La Cruz, J. (2021). Distribución regional de mortalidad por COVID-19 en Perú. *Rev. Fac. Med. Hum.*, 21(2), 326-334. DOI 10.25176/RFMH.v21i2.3721

García-Calderón Díaz, O. (2021), Factores determinantes para mejorar la calidad del sector salud en el Perú. (2010-2016). [Tesis de grado, Universidad de Lima]. <https://hdl.handle.net/20.500.12724/13872>

Guamán Gómez, V. J., Herrera Martínez, L., & Espinoza Freire, E. E. (2020).

- Las competencias investigativas como imperativo para la formación de conocimientos en la universidad actual. *Conrado*, 16(72), 83-88.
- Lalonde, M. (1974). *A new perspective on the health of Canadians*, Ottawa: Office of the Canadian Minister of National Health and Welfare.
- Lavado, P. (2007). *Desigualdad en los programas sociales en el Perú*. Lima: Fondo Editorial, Universidad del Pacífico.
- Mendoza, G., Calla, M., Ramos, K. & Mejía, C. (2021). Examen Nacional de Medicina (ENAM): Análisis de la última década de evaluaciones teóricas en los futuros médicos del Perú. *Acta Med Peru*. 38(3), 169-176, DOI: <https://doi.org/10.35663/amp.2021.383.2164>.
- Ministerio de Salud. MINSA. (2015). Norma técnica 113-MINSA/DGIEM-V.01. Infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud del primer nivel de atención. Lima: MINSA, DGIEM.
- _____. (2020). Resolución Ministerial No 182-2020-MINSA "Lineamientos que refuerzan el cuidado integral de salud en el primer nivel de atención en el contexto de la pandemia COVID-19", Lima: MINSA. <https://bit.ly/3hB3tn4>.
- Moscoso Romani, M. (2021). *Situación Epidemiológica del Covid-19 y efectividad de las medidas de salud pública comparativa entre Perú y México en el 2020*. [Tesis de grado, Universidad Ricardo Palma]. Lima, Perú. Url: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/3894>
- Murrugarra S. (2020). Factores sociodemográficos y clínicos relacionados a la mortalidad en pacientes COVID-19. Hospital II EsSalud –Chocope. [Tesis de Master, Universidad César Vallejo] Trujillo, Perú: <https://hdl.handle.net/20.500.12692/49032>
- Musgrave, R. (1959). *The Theory of Public Finance: A Study in Public Economy*. New York: McGraw-Hill.
- Palacios Cruz M, Santos E, Velázquez Cervantes M, León Juárez M. (2020). COVID-19, una emergencia de salud pública mundial. *Rev Clin Esp*; 221(1). <https://doi.org/10.1016/j.rce.2020.03.001>.
- Rad Camayd, Y., & Espinoza Freire, E. E. (2020). Estratégias metodológica de investigação nas ciências sociais. *Conrado*, 16(77), 65-73.
- Ruperti Cañarte, J. S., Mendoza García, J. G., Lucas Intriago, M. A., & Franco Moreira, J. A. (2021). El desarrollo territorial y el pensamiento económico. *Sociedad & Tecnología*, 4(3), 399-415. <https://doi.org/10.51247/st.v4i3.145>
- Servindi (2020). Amazonía: Riesgos de los PIACI frente al Covid-19. <https://www.servindi.org/actualidad/noticias/13/04/2020/edicionpueblos-indigenas-enaislamiento-y-contactoinicial-en-el>.
- Soto, A. (2019). Barreras para una atención eficaz en los hospitales de referencia del Ministerio de Salud del Perú: atendiendo pacientes en el siglo XXI con recursos del siglo XX. *Rev Peru Med Exp Salud Pública*, 36(2), 304-311
- Soto V. (2020). ¿Por qué existe una alta tasa de mortalidad y letalidad por la COVID-19 en el Perú y la región Lambayeque? *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 6(3). DOI:

<https://doi.org/10.37065/rem.v6i3.494>

Villanueva Carrasco, R., Domínguez, R., Salazar, M. & Cuba Fuentes, M. (2020). Peruvian primary care response to the COVID-19. *Anales de la Facultad de Medicina*, 81(3), DOI:

<https://doi.org/10.15381/anales.v81i3.18952>.

Villasís, G. (2020). Discrepan sobre real número de camas UCI para COVID-19 en el Perú”, *El Comercio*. <https://elcomercio.pe/lima/sucesos/coronavirus-en-perudiscrepan-sobre-real-numerode-camas-uci-para-covid-19-noticia/>

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Juan José Javier Jara. Determinación del problema y objetivo a investigar. Diseño de la estrategia de trabajo a seguir. Análisis de las bases de datos y resultados obtenidos. Elaboración del artículo. Aplicación de la norma APA-7.

Diego Cuadros Salazar. Búsqueda y selección de información. Procesamiento de los datos. Elaboración de los cuadros, tablas y gráficos. Participación en la redacción del artículo. Aplicación de la norma APA-7.

Situación del Sistema de Salud en el Perú al 2021 y Agenda Pendiente

Anexos

Tabla 2

Tabla de Variaciones porcentuales de PIM respecto al periodo anterior y porcentaje de PBI representado

Variaciones Porcentuales de PIM periodo anterior y porcentaje de PBI representado						
AÑO	2019		2020		2021	
DEPARTAMENTOS	Var % (2019/2018)	% PBI	Var % (2020/2019)	%PBI	Var % (2021/2020)	%PBI
AMAZONAS	-50,8%	0,04%	16,1%	0,05%	32,7%	0,05%
ANCASH	-1,1%	0,08%	35,4%	0,11%	43,0%	0,13%
APURIMAC	-6,1%	0,06%	6,6%	0,07%	24,2%	0,07%
AREQUIPA	8,0%	0,10%	15,8%	0,13%	14,6%	0,12%
AYACUCHO	8,7%	0,09%	11,5%	0,10%	14,7%	0,10%
CAJAMARCA	2,8%	0,10%	19,2%	0,13%	23,5%	0,13%
CALLAO	4,7%	0,08%	23,5%	0,11%	-1,5%	0,09%
CUSCO	3,4%	0,11%	18,3%	0,14%	18,2%	0,13%
HUANCAVELICA	24,3%	0,05%	16,9%	0,06%	8,9%	0,05%
HUANUCO	8,5%	0,06%	11,3%	0,08%	34,1%	0,08%
ICA	4,6%	0,05%	33,7%	0,08%	14,3%	0,07%
JUNIN	3,9%	0,10%	21,9%	0,12%	21,2%	0,12%
LA LIBERTAD	-5,1%	0,10%	10,1%	0,12%	31,3%	0,13%
LAMBAYEQUE	2,2%	0,07%	20,6%	0,08%	21,5%	0,08%
LIMA	4,8%	1,09%	53,4%	1,80%	2,9%	1,52%
LORETO	15,0%	0,08%	18,6%	0,11%	16,9%	0,10%
MADRE DE DIOS	3,8%	0,02%	14,1%	0,02%	8,9%	0,02%
MOQUEGUA	-7,0%	0,02%	46,4%	0,03%	16,7%	0,03%
PASCO	16,3%	0,04%	-20,1%	0,03%	41,1%	0,04%
PIURA	26,0%	0,11%	24,3%	0,15%	33,9%	0,17%
PUNO	11,4%	0,09%	19,9%	0,12%	22,5%	0,12%
SAN MARTÍN	-0,1%	0,06%	19,8%	0,08%	27,7%	0,08%
TACNA	2,9%	0,04%	-5,3%	0,05%	17,1%	0,04%
TUMBES	-2,9%	0,02%	39,1%	0,03%	3,0%	0,02%
UCAYALI	21,3%	0,06%	-7,2%	0,06%	12,6%	0,05%

Fuente: BCRP e INEI. Elaboración propia.

Nota: PBI 2019 ascendió a 770532,482 millones de soles, para el año 2020 ascendió a 717398,333 y por último para el año 2021 fue 871977,595 millones de soles.

Situación del Sistema de Salud en el Perú al 2021 y Agenda Pendiente

Tabla 3

Brecha de ES de PNA con capacidad instalada inadecuada, proyectando los años 2023-2025, base 2021

DEPARTAMENTO	AÑO BASE 2021	BRECHA AÑO 2023		BRECHA AÑO 2024		BRECHA AÑO 2025	
	ES	ESI	%ESI	ESI	%ESI	ESI	%ESI
AMAZONAS	480	472	98,33%	452	94,17%	448	93,33%
ANCASH	413	402	97,34%	393	95,16%	392	94,92%
APURIMAC	383	366	95,56%	349	91,12%	345	90,08%
AREQUIPA	290	279	96,21%	269	92,76%	267	92,07%
AYACUCHO	361	332	91,97%	317	87,81%	313	86,70%
CAJAMARCA	865	840	97,11%	815	94,22%	799	92,37%
CALLAO	84	80	95,24%	79	94,05%	77	91,67%
CUSCO	355	342	96,34%	324	91,27%	324	91,27%
HUANCAVELICA	406	376	92,61%	358	88,18%	351	86,45%
HUANUCO	328	319	97,26%	307	93,60%	298	90,85%
ICA	165	163	98,79%	161	97,58%	161	97,58%
JUNIN	531	519	97,74%	499	93,97%	491	92,47%
LA LIBERTAD	318	299	94,03%	291	91,51%	289	90,88%
LAMBAYEQUE	199	195	97,99%	191	95,98%	189	94,97%
LIMA	846	830	98,11%	818	96,69%	818	96,69%
LORETO	456	438	96,05%	414	90,79%	409	89,69%
MADRE DE DIOS	99	99	100,00%	96	96,97%	93	93,94%
MOQUEGUA	69	67	97,10%	62	89,86%	60	86,96%
PASCO	267	258	96,63%	257	96,25%	257	96,25%
PIURA	436	422	96,79%	418	95,87%	414	94,95%
PUNO	471	455	96,60%	434	92,14%	433	91,93%
SAN MARTIN	383	375	97,91%	364	95,04%	361	94,26%
TACNA	98	94	95,92%	93	94,90%	90	91,84%
TUMBES	54	50	92,59%	47	87,04%	47	87,04%
UCAYALI	220	214	97,27%	212	96,36%	211	95,91%
TOTAL	8577	8286	96,61%	8020	93,51%	7937	92,54%

Fuente: BCRP e INEI. Elaboración propia.