PERÚ
DEBATE 2026

2. FORTALECIENDO LAS POLÍTICAS SOCIALES

2.1 PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN PARA LOGRAR ACCESO OPORTUNO Y EFECTIVO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL PERÚ (2026-2031)

Janice Seinfeld, Óscar Ugarte, César Amaro y María José Dibós
Videnza Consultores

CIES consorcio de investigación económica y social
CENTRO DE INVESTIGACIÓN UNIVERSIDAD DEL PACÍFICO
60 AÑOS IEP INSTITUTO DE ESTUDIOS PERUANOS
IPE INSTITUTO PERUANO DE ECONOMÍA
GOBIERNO Y POLÍTICAS PÚBLICAS PUCP

Primer nivel de atención para lograr acceso oportuno y efectivo a los servicios de salud en el Perú (2026-2031)

Proyecto Perú Debate 2026: propuestas hacia un mejor gobierno

Comité impulsor:

Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES)

Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico (CIUP)

Instituto de Estudios Peruanos (IEP)

Instituto Peruano de Economía (IPE)

Escuela de Gobierno y Políticas Públicas de la Pontificia Universidad Católica del Perú (EGPP-PUCP)

Primera edición: Lima, marzo de 2026

Coordinación: Claudia Zarzosa y David Badillo

Edición y corrección de estilo: Lucero Ascarza

Ilustraciones: Allen Ladd

Diseño y diagramación: Agustin Portalatino

Los organizadores, aliados estratégicos y las instituciones que apoyan el proyecto, no comparten necesariamente las opiniones que se presentan en esta publicación, que son de exclusiva responsabilidad de los autores.

Contenido

Presentación 4
Resumen 5
Siglas y acrónimos 6
1. Diagnóstico de la situación actual 9
2. Opciones de política 18
3. Identificación de los costos y beneficios de las opciones de política 24
4. Objetivos específicos 27
5. Obstáculos para la implementación de la política seleccionada 29
6. Recomendaciones para la implementación de la política propuesta: estrategias, acciones y alianzas 31
7. Hoja de ruta 34
8. Referencias bibliográficas 36
9. Anexos 38

Presentación

La crisis política en el país viene generando la continuidad de brechas y desigualdades sociales, y al mismo tiempo, visibilizando las debilidades estructurales e institucionales del Perú. A más de doscientos años de independencia y después de superar una pandemia, los viejos y graves problemas del país aún persisten. En este contexto, el presente proceso electoral del 2026 se coloca como una oportunidad para discutir los temas clave y más urgentes que deberá priorizar el próximo gobierno.

En este marco, cinco instituciones de la academia y la sociedad civil peruana –el Consorcio de Investigación Económica y Social, el Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico, el Instituto de Estudios Peruanos, el Instituto Peruano de Economía y la Escuela de Gobierno y Políticas Públicas de la Pontificia Universidad Católica del Perú– han sumado esfuerzos y organizado el proyecto "Perú Debate 2026: propuestas hacia un mejor gobierno".

Esta iniciativa tiene como objetivos fortalecer la capacidad de los partidos políticos para diseñar planes de gobierno, elevar el nivel del debate electoral y aportar evidencia y propuestas de política a las autoridades electas para el periodo 2026-2031. Como parte del proyecto se han elaborado 15 documentos de política agrupados en cuatro ejes temáticos: (i) mejorando la gestión pública, (ii) fortaleciendo las políticas sociales, (iii) impulsando el empleo y el desarrollo productivo y (iv) asegurando un desarrollo sostenible.

Cada documento de política incluye un diagnóstico, opciones de política, recomendaciones para la implementación de la política propuesta y una hoja de ruta para el próximo gobierno con horizontes a cien días, un año y cinco años de gestión. Todo ello se pone a disposición de los partidos políticos, los candidatos a la Presidencia y al Congreso de la República, los medios de comunicación, la sociedad civil y la ciudadanía en general.

Finalmente, este esfuerzo no hubiera sido posible sin nuestros doce aliados estratégicos y con el apoyo de ocho instituciones, a quienes agradecemos por su compromiso con la gobernabilidad democrática y el desarrollo sostenible del Perú.

Javier Portocarrero

Conoce más del proyecto aquí

PERÚ DEBATE 2026
Propuestas hacia un mejor gobierno

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN PARA LOGRAR ACCESO OPORTUNO Y EFECTIVO A LOS SERVICIOS DE SALUD EN EL PERÚ (2026-2031)

Janice Seinfeld
Videnza Consultores

Óscar Ugarte
Videnza Consultores

César Amaro
Videnza Consultores

Maria José Dibós
Videnza Consultores

Resumen

El sector salud en el Perú afronta retos significativos en la gobernanza, el financiamiento, la generación de recursos (acceso a tecnologías de información, abastecimiento de medicamentos, disponibilidad de talento humano competente) y la prestación de cuidados necesarios para los ciudadanos. Aunque hay avances –especialmente el derecho al aseguramiento en salud y en algunos indicadores sanitarios–, los desafíos para lograr la cobertura prestacional y financiera para todos los peruanos son enormes. Se proponen cambios en el Sistema Nacional de Salud para priorizar el servicio a los ciudadanos. De dieciocho medidas consideradas, se elige la implementación de las redes integradas de salud con una transformación en la gestión de un primer nivel de atención que tenga capacidad resolutiva. Este sería un importante primer paso hacia una reforma integral en el sector salud poniendo, efectivamente, a la persona al centro del sistema.

Palabras clave: sistema de salud, políticas públicas, ciudadanos, cobertura efectiva, nivel de servicio

Siglas y acrónimos

AN	Acuerdo Nacional
APP	Asociación Público-Privada
ASIS	Análisis de la Situación de la Salud
AUS	Aseguramiento Universal en Salud
CAS	Contrato Administrativo de Servicios
CENARES	Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud
CLAS	Comités Locales de Administración de Salud
CUS	Cobertura Universal en Salud
DIGEMID	Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas
DIGESA	Dirección General de Salud Ambiental
DIRIS	Direcciones de Redes Integradas de Salud
DL	Decreto Legislativo
DU	Decreto de Urgencia
ENDES	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar
ENSP	Escuela Nacional de Salud Pública
EPS	Entidades Prestadoras de Salud
ESSALUD	Seguro Social de Salud del Perú
FF.AA.	Fuerzas Armadas
FISSAL	Fondo Intangible Solidario de Salud
GOLO	Gobiernos locales
GORE	Gobiernos regionales
HCE	Historia Clínica Electrónica
IAFAS	Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud
IGSS	Instituto de Gestión de Servicios de Salud
IPRESS	Institución Prestadora de Servicios de Salud
LCE	Ley de Contrataciones del Estado

LGCP	Ley General de Contrataciones Públicas
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
MINDEF	Ministerio de Defensa
MININTER	Ministerio del Interior
MINSA	Ministerio de Salud
MTPE	Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAN	Programa Articulado Nutricional
PBI	Producto Bruto Interno
PCM	Presidencia del Consejo de Ministros
PDLC	Planes de Desarrollo Local Concertado
PDRC	Plan de Desarrollo Regional Concertado
PEAS	Plan Esencial de Aseguramiento en Salud
PEDN	Plan Estratégico de Desarrollo Nacional
PESEM	Planes Estratégicos Multianuales
PIA	Presupuesto Institucional de Apertura
PIM	Presupuesto Institucional Modificado
PNMS	Política Nacional Multisectorial de Salud
PNP	Policía Nacional del Perú
PNUME	Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales
PP	Programas presupuestales
PpR	Presupuesto por resultados
RENETSA	Red Nacional de Evaluación de Tecnologías Sanitarias
RENHICE	Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas
RHUS	Recursos Humanos en Salud
RIS	Redes Integradas de Salud

RM	Resolución Ministerial
ROF	Reglamento de Organización y Funciones
RRHH	Recursos Humanos
SALUDPOL	Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú
SBS	Superintendencia de Banca, Seguros y AFP
SINAPLAN	Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico
SIS	Seguro Integral de Salud
SNS	Sistema Nacional de Salud
SNSS	Sistema Nacional de Servicios de Salud
SUNEDU	Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria
SUSALUD	Superintendencia Nacional de Salud
TIC	Tecnologías de Información y Comunicación
UBAP	Unidades Básicas de Atención Primaria
UE	Unidad ejecutora

1. Diagnóstico de la situación actual

1.1. Mandato de la política sanitaria nacional e internacional

El derecho a la salud se estableció con la Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Allí, se dispuso que: "El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano […]" (OMS, 1947). Para orientar el accionar público, las Naciones Unidas han aprobado los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) –vigentes entre 2000 y 2015– y los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), con visión a 2030. Los ODS son 17, de los cuales el tercero es específicamente sobre "Salud y Bienestar" que reconoce que "la buena salud es esencial para el desarrollo sostenible". Este ODS incluye metas concretas, como la reducción de la mortalidad materna e infantil, la lucha contra las enfermedades transmisibles y no transmisibles, la implementación de la cobertura sanitaria universal, la mejora de la capacidad de alerta y la gestión de riesgos en salud, entre otros aspectos.

Las políticas nacionales toman en cuenta las directrices de la OMS y articulan el accionar de las instituciones públicas bajo la orientación del Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico (SINAPLAN). Desde 2002, el Acuerdo Nacional (AN) ha definido progresivamente 35 políticas de Estado, que constituyen el marco de referencia de la acción pública. La política de Estado N.° 13 establece el compromiso de garantizar el acceso universal a los servicios de salud y la seguridad social, principios que orientan la definición del Plan Estratégico de Desarrollo Nacional (PEDN) al 2050. Este, en su objetivo específico N.° 1.2 plantea la reducción de los niveles de mortalidad y morbilidad, con énfasis en los grupos más vulnerables e impulsando la salud digital, consolidando la visión de un sistema de salud equitativo, inclusivo y centrado en las personas. En relación con los otros planes, en el Anexo N.° 1 se encuentra en detalle el vínculo con el sector salud.

En agosto de 2020 se aprobó la Política Nacional Multisectorial de Salud (PNMS) al 2030 "Perú, país saludable", la cual marca la agenda en salud para los próximos años. A su vez, en la reunión N.° 129 del AN se aprobó la construcción de un sistema unificado de salud como uno de los puntos a tratar por el Pacto Perú (Acuerdo Nacional, 2020).

A pesar de ello, persisten brechas sustanciales por resolver que afectan la salud de las peruanas y peruanos, en particular de quienes residen en territorios con limitado acceso a los servicios públicos o padecen de condiciones vulnerables.

1.2. Estado de la salud en el Perú

En los últimos años se han dado avances en diversos indicadores sanitarios. Por ejemplo, en Perú, la mortalidad neonatal y en niños menores de 5 años son de 7 y 17 por cada 1,000 nacidos vivos, superando las metas establecidas en el tercer ODS de 12 y 25, respectivamente (INEI, 2024a). La mortalidad materna ha disminuido de 265 a 69 muertes por cada 100,000 nacidos vivos entre 1990 y 2020; la meta del ODS 3 es de 70 muertes (INEI, 2024b). Esto es acompañado de una ligera mejora en el acceso a derechos de salud sexual y reproductiva: entre 2019 y 2024 los partos institucionales se incrementaron del 92.4% al 93.5% (INEI, 2024a). La desnutrición crónica se ha reducido en el periodo 2014-2024 en 2.5 puntos porcentuales, a pesar de que 12.1% de niños menores de 5 años aún la padecen (INEI, 2024a). El sobrepeso y obesidad, otra forma de malnutrición, alcanzan al 7.5% de los niños menores de cinco años a nivel nacional, siendo la cifra más elevada en el área urbana, 8.9% (INEI, 2024a). Sin embargo, solo el 71% de niños menores de 24 meses cuentan con las vacunas completas de acuerdo con su edad, pese a que la meta establecida por la OMS es del 95% (INEI, 2024a).

Persisten retos importantes para conseguir el acceso equitativo, efectivo y oportuno a servicios de salud de calidad, lo que se refleja en los indicadores por lugar de residencia. Por ejemplo, los partos institucionales en el área rural son 16.7 puntos porcentuales menos que en el área urbana (97.9%) (INEI, 2024a). Asimismo, en 2024, la desnutrición crónica afectó a 20.9% y 8.5% de los niños menores de 5 años en las zonas rurales y urbanas, respectivamente. A su vez, el 33% de niñas y niños de 6 a 35 meses en Lima Metropolitana tiene anemia, mientras que más del 50% la sufren en la sierra (INEI, 2024a).

Subsisten las brechas de género: las mujeres sufren una mayor proporción de enfermedades crónicas. Una de las causas es que "[…] el trabajo de la mujer, dentro y fuera del hogar… pone en peligro su salud. Las largas horas de trabajo pueden agotar su cuerpo, bajar sus defensas e impedir que éste combata enfermedades" (INEI, 2024b).

El envejecimiento de la población es una tendencia (INEI, 2024a) y también el cambio de los hábitos de consumo. Esto ha generado una variación en el perfil epidemiológico (Anexo N.° 2), pasando de una morbilidad causada por condiciones sanitarias transmisibles en 1990 a una basada en daños no transmisibles en 2019, con enfermedades como el cáncer, diabetes e hipertensión.

Bajo el modelo de la CUS, Perú ha avanzado en la cobertura poblacional. En 2009, con la Ley N.° 29344 "Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud (AUS)", se estableció el aseguramiento como estrategia para lograr el acceso a servicios de salud. En 2019, 22% de los peruanos aún no contaba con un seguro (INEI, 2019). Por ello, se promulgó el Decreto de Urgencia (DU) N.° 017 – 2019 para adscribir progresivamente a la población restante al Seguro Integral de Salud (SIS). A noviembre de 2025, el 99% de la población se encuentra asegurada (SUSALUD, 2025a) (Anexo N.° 3).

1.3. Causas y determinantes del estado de salud

La OMS define los determinantes del estado de salud como "las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven, envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana" (OMS, 2025). Dentro de ellos, se distinguen dos tipos de determinantes: los estructurales y los intermedios. Los primeros incluyen el contexto socioeconómico y político; la gobernanza; política (macroeconomía, salud y sociedad); y normas y valores culturales de la sociedad. Por su parte, los determinantes intermedios hacen referencia a las circunstancias materiales, como las condiciones de vida y trabajo; factores conductuales y biológicos; y factores psicosociales.

1.3.1. Determinantes estructurales

En el Perú, estos determinantes se encuentran fuertemente condicionados por la inestabilidad política e institucional acentuada en los últimos años, lo que ha debilitado la capacidad del Estado para conducir políticas sanitarias sostenidas. Entre el 2021 y 2026, el país ha tenido cuatro presidentes y siete ministros de salud, con una permanencia promedio en el cargo de 236 días (7-8 meses aproximadamente). Esta alta rotación afecta la continuidad de las estrategias sectoriales y la implementación de reformas orientadas a reducir brechas en salud. En ese contexto, la informalidad, e incluso las actividades delictivas, crecen afectando las condiciones de vida de los ciudadanos (Loayza, 2008; Banco Central de Reserva del Perú, 2024).

La persistencia de elevados niveles de pobreza y bajos ingresos constituyen determinantes estructurales que condicionan negativamente las condiciones de vida y los resultados en salud de la población. En la actualidad, el 27.6% de la población se encuentra en situación de pobreza, cifra superior a la registrada en 2019 (20.2%) antes de la pandemia, lo que refleja un deterioro en el bienestar económico de los hogares (INEI, 2024). Esta situación limita el acceso a una vivienda adecuada, alimentación nutritiva y otros bienes esenciales para la salud, incrementando la vulnerabilidad frente a enfermedades y reduciendo la capacidad de respuesta frente a eventos adversos, incluso para la población asegurada. (INEI, 2025).

1.3.2. Determinantes intermedios

Los determinantes intermedios de la salud en el país se caracterizan por marcadas desigualdades socioeconómicas y territoriales. A nivel nacional, el 50% de hogares no cuenta con acceso las 24 horas a agua potable y el 21% carece del servicio de saneamiento, proporciones que se incrementan en el ámbito rural (INEI, 2024). Estas brechas estructurales inciden en la persistencia de enfermedades transmisibles y mayores riesgos sanitarios, especialmente en poblaciones de áreas rurales, amazónicas y periurbanas. En el ámbito laboral, los altos niveles de informalidad (71%) limitan el acceso efectivo a la protección social y expone a amplios sectores de la población a barreras financieras. Dadas

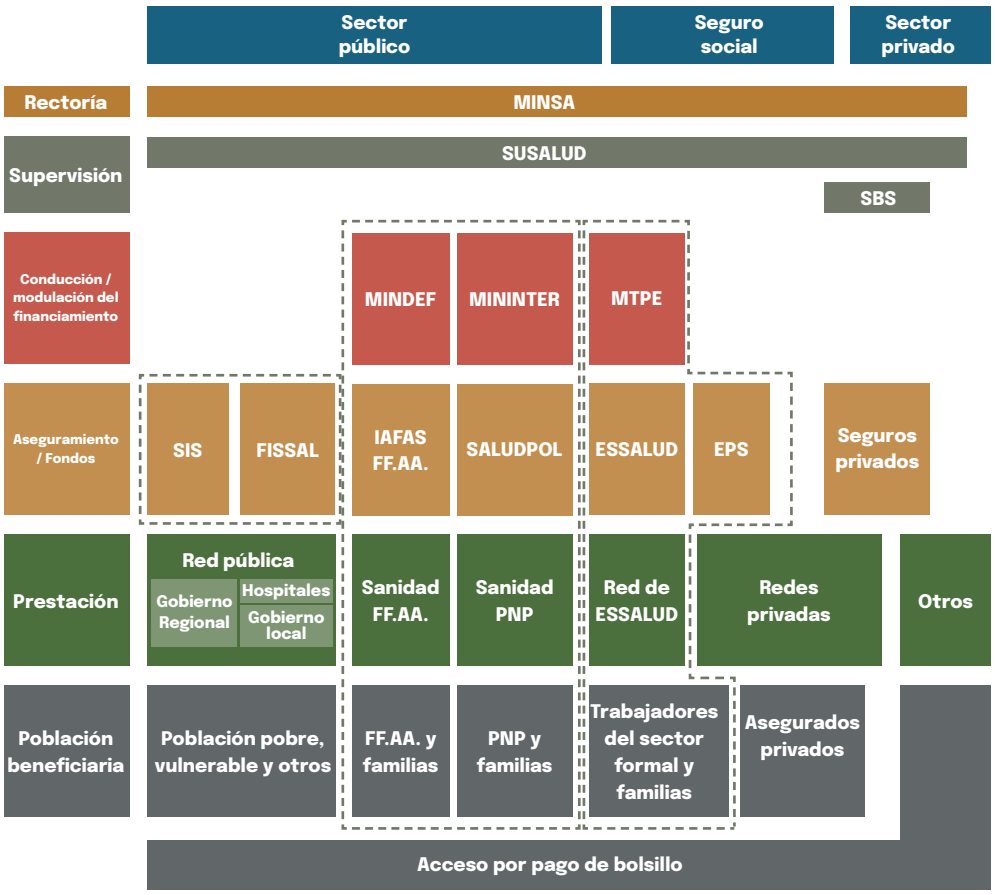
las carencias del sistema de salud, incluso con el aseguramiento universal, existen grandes limitaciones de acceso oportuno a servicios sanitarios de calidad (INEI, 2024).

En ese escenario, este documento analiza los problemas del Sistema Nacional de Salud (SNS) e identifica las restricciones en su gobernanza, financiamiento, recursos y prestación de servicios, y, finalmente selecciona una opción de política a partir de un conjunto de opciones identificadas.

1.3.3. Limitaciones en la gobernanza

El SNS se encuentra fragmentado: cada subsistema replica los procesos de gestión del financiamiento y de la prestación en su ámbito para atender a sus beneficiarios. La Ilustración N.° 1 describe las funciones y los actores del SNS.

Ilustración N.° 1: Sistema de salud peruano



Elaboración propia.

Las diferentes instituciones compiten con el rol de conducción del Ministerio de Salud (MINSA), dificultando la articulación de la política sanitaria. A esto se suma que el ente rector gestiona la prestación en Lima Metropolitana[1], administrando las Direcciones de Redes Integradas de Salud (DIRIS) y también a hospitales e institutos especializados, restándole dedicación a su labor misional de conducción estratégica. La gestión de recursos públicos se basa habitualmente en presupuestos históricos en lugar de una planificación centrada en la atención de la demanda. Un elemento que contribuye a esta situación es la carencia de información clave, actualizada y consistente, necesaria para tomar decisiones en los diferentes niveles de gobierno, gestión y servicios de salud.

Los principales organismos responsables de la regulación en el SNS son la Superintendencia Nacional de Salud (SUSALUD), que debería proteger los derechos en salud supervisando que el acceso a los servicios sea otorgado con calidad, oportunidad, disponibilidad y aceptabilidad en todas las IPRESS e IAFAS (SUSALUD, 2020); la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID), responsable de garantizar la eficacia, seguridad y calidad de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios (DIGEMID, 2020); y la Dirección General de Salud Ambiental e Inocuidad Alimentaria (DIGESA), que actúa a través de la "certificación, prevención, vigilancia, supervigilancia, fiscalización y control de los riesgos sanitarios en salud ambiental, inocuidad alimentaria y salud ocupacional" (DIGESA, 2020). Estas entidades requieren de mayor eficacia en su labor; en particular, las dos últimas necesitan una reestructuración para mejorar su desempeño.

Además, persiste la desarticulación institucional en la gestión del sistema en los tres niveles de gobierno. El proceso de descentralización –Ley de Bases de la Descentralización (Ley N.° 27783)– establece funciones sanitarias para los gobiernos regionales (GORE) y los gobiernos locales (GOLO)[2]. Así, el MINSA da los lineamientos de política y ejerce las funciones de conducción sectorial, regulación, fiscalización y ejecución (Robles Guerrero, 2013), mientras que los GORE y GOLO operativizan y adaptan las políticas en las funciones de articulación, armonización de la provisión de servicios, modulación del financiamiento y logro de la garantía del aseguramiento. A pesar de ello, las instancias regionales suelen limitarse a replicar el paradigma funcional del nivel central para administrar los recursos presupuestales y la participación de los GOLO es realmente limitada. Esto ha ido configurando un escenario creciente de riesgo moral por la débil rectoría, acompañada por la dispersión y la opacidad en el manejo de los recursos.

Un modelo de gestión distinto es el del Seguro Social de Salud del Perú (ESSALUD). Este financiador y prestador asegura a trabajadores formales y sus derechohabientes, a través del régimen contributivo, y ofrece, en el papel, un plan de beneficios casi ilimitado[3], pero en la práctica la población asegurada enfrenta retos importantes para acceder a las atenciones y los medicamentos.

[1] En la Dirección General de Operaciones en Salud del MINSA.
[2] Ley N.° 27867 "Ley Orgánica de Gobiernos Regionales" (2002) y Ley N.° 27972 "Ley Orgánica de Municipalidades" (2003).
[3] L o cual representa un riesgo para la sostenibilidad del fondo, sobre todo al agotarse el bono demográfico en algunos años.

Su red prestacional es principalmente hospitalaria y urbana, habiendo perdido capacidades internas en los últimos años en un contexto de deterioro de la institucionalidad en el país. Se evidencian cambios logrados hace algunos años, como su ágil migración a la historia clínica electrónica (HCE) entre 2018 y 2019[4]. En contraste, el MINSA inició su proceso en 2013 con la Ley N.° 30024, "Ley que crea el Registro Nacional de Historias Clínicas Electrónicas (RENHICE)" (América Sistemas, 2019), y, a diciembre de 2023, solo el 14.3% establecimientos de salud del primer nivel del sector MINSA/GORE la ha implementado (MINSA, 2023).

1.3.4. Limitaciones en el financiamiento

El proceso de gestión del financiamiento se compone de tres subprocesos: (i) recaudación –que consigue los recursos–, (ii) mancomunación –o aseguramiento, que es la administración de los recursos financieros para la gestión del riesgo en pool– y (iii) compra de servicios prestacionales de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud (IAFAS) a las IPRESS a través de mecanismos de pago.

En cuanto a recaudación, el financiamiento en los distintos subsectores se ha incrementado en los últimos años (Ilustración N.° 2): el gasto total en salud pública (MINSA-GORE y EsSalud) y privada ha pasado de 41,700 a 52,100 millones de soles entre 2020 y 2022, mostrando un incremento de 25%. Sin embargo, el financiamiento aún no cumple con los estándares de la OMS para lograr la CUS, es menor al de los pares regionales, e insuficiente para lograr la universalidad de la salud. Al 2022, el gasto en salud en el Perú representó el 6.2% del PBI, inferior a países de la región como Colombia (7.8% del PBI) o Chile (10% del PBI) (OCDE, 2025). Sumado a ello, los resultados logrados en el sector no avanzan a la par del aumento en el presupuesto, lo cual sugiere ineficiencias en la asignación y uso de los recursos (Amaro et al., 2025).

Además, en el país se presenta un elevado gasto de bolsillo (27% como proporción del gasto total en salud) siendo casi 1.4 veces más que el promedio de la OCDE (19%), lo cual incrementa el riesgo de caer en gasto catastrófico o empobrecedor[5] (OCDE, 2025) o simplemente no acceder a la atención. Este tipo de financiamiento, vía gasto de bolsillo, es la forma más ineficiente e inequitativa de hacerlo, y debilita la prevención y promoción de la salud.

Igualmente, la cobertura del alto costo está fragmentada entre los diversos subsistemas de salud y no existe una cobertura homogénea. El Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL) cubre ciertas prestaciones priorizadas a los afiliados al SIS; ESSALUD incluye el alto costo dentro de su plan de salud (las exclusiones son muy limitadas) con un manejo, a veces, poco predecible y compromiso de recursos creciente; el Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú (SALUDPOL) y las IAFAS militares se centran en diagnósticos específicos, tales como el cáncer, disponiéndose de escasa información para el análisis.

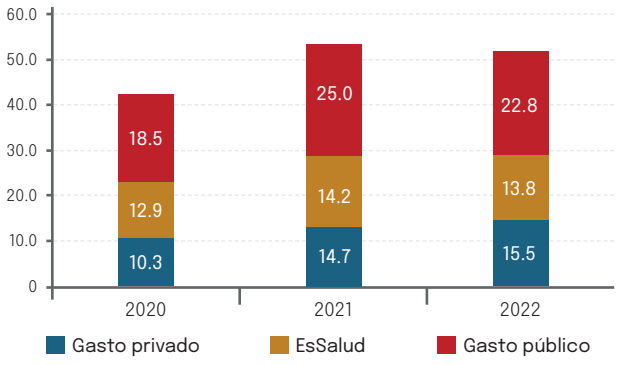
[4]Tomando en cuenta experiencias previas en el subsector y escalando progresivamente.
[5]El gasto en salud es catastrófico si es una proporción significativa del presupuesto del hogar –usualmente entre el 10% y 25% del presupuesto total de los hogares o el 40% del total deducido de los gastos de subsistencia (OMS y Banco Mundial, 2015). Es empobrecedor cuando lleva a una familia por debajo de la línea de pobreza.

Con relación a la mancomunación de los fondos del sistema, la fragmentación lleva a que cada uno de los subsistemas conforme un pool independiente de recursos financieros, perdiendo eficiencia en la administración de fondos y limitando la especialización en su gestión. Además, dificulta los subsidios cruzados entre subsectores –de sanos a enfermos, de jóvenes a adultos mayores y por nivel de ingresos–.

La lógica de financiamiento del sector público presenta limitaciones por dos raciocinios que se superponen. Por un lado, el esquema de aseguramiento del SIS como IAFAS pública, que no funciona como un seguro al financiar principalmente el costo variable de la atención –insumos y medicamentos– de un plan de beneficios y basar sus proyecciones en función a la evolución histórica. Entonces, no se estima una prima sobre una base actuarial para constituir un fondo que garantice la sostenibilidad del seguro. Por otro lado, se tiene la lógica del presupuesto por resultados (PpR), que define su cobertura mediante intervenciones verticales con productos e indicadores de seguimiento. A pesar de que su propósito es garantizar la calidad del gasto, en la práctica, limita la gestión financiera y fragmenta aún más la ejecución de los recursos que se asignan.

Si bien se han definido los mecanismos de pago en la normativa (ver por ejemplo el DU N.° 017-2019), en la práctica se paga a las IPRESS empleando el pago por partidas presupuestales específicas y asignando los recursos bajo una lógica histórica e inercial. Por ello, se carecen de incentivos para promover la eficiencia en el sistema, incluyendo acciones importantes como la prevención y la promoción de la salud.

Ilustración N.° 2: Evolución del gasto en salud en el Perú 2020-2022 (miles de millones de soles)



Fuente: MINSA (2022).
Elaboración propia.

1.3.4. Limitaciones en la generación de recursos

Los procesos de soporte brindan los recursos necesarios para los procesos misionales y estratégicos. En relación con las tecnologías de información y comunicación (TIC), existen brechas considerables de conectividad. Por ejemplo, el 54% de los establecimientos públicos de salud de áreas rurales carece de un proveedor de internet (Banco Mundial y Banco Interamericano de Desarrollo, 2018). Además, cada subsistema de salud tiene múltiples sistemas de información no interoperables, que no suelen estar automatizados, ni se encuentran habitualmente en línea. La falta de información oportuna y de calidad perjudica el desempeño del SNS.

En la gestión de RHUS existe una importante brecha cualitativa, cuantitativa y de distribución territorial del personal sanitario (Acuerdo Nacional, 2015). Perú posee 1.6 médicos por cada 1 000 habitantes, una cifra menor al promedio de la OECD (3.8) y a países de América Latina (2) (OCDE, 2025). Estas diferencias también se dan en el contexto territorial, donde en el 2021, el 9.8% de médicos trabajaba en zonas rurales, frente a los 14.8% en el 2013 (OCDE, 2025). No obstante, los nombramientos de personal de salud han aumentado en los últimos años, sin considerar estrategias de asignación adecuada y evaluación del desempeño; mucho de este capital humano estaría siendo asignado a hospitales, en desmedro del primer nivel de atención, lo cual fortalece el actual modelo hospital céntrico. El 13 de noviembre de 2025 se promulgó la Ley N.° 32499, Ley que Modifica la Ley de Presupuesto Público para el Año Fiscal 2025, el cual autoriza a financiar el nombramiento de hasta el 100% de los profesionales de la salud, técnicos y auxiliares asistenciales de la salud del MINSA, sus organismos públicos y las UE de salud de los GORE.

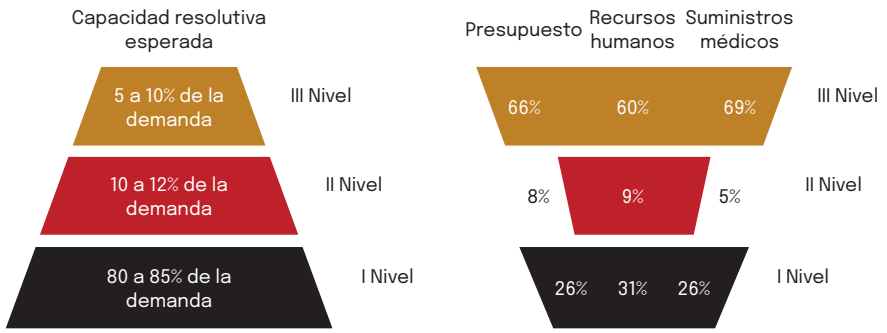
Adicionalmente, la limitada disponibilidad de personal de salud con competencias adecuadas y los déficits en los procesos de formación y retención constituyen un factor estructural que debilita la capacidad resolutiva del sistema de salud. De acuerdo con una evaluación de la OCDE, solo el 25% de los profesionales que realizan el Servicio Rural y Urbano Marginal en Salud (SERUMS) permanece en el sector público un año después de culminar dicho servicio, siendo la falta de suministros, la sobrecarga laboral y las condiciones de trabajo adversas las principales causas de la alta rotación (OCDE, 2017). Asimismo, evaluaciones recientes evidencian que la especialidad de medicina familiar no garantiza de manera consistente la adquisición de competencias mínimas requeridas para el abordaje integral de los problemas de salud en el primer nivel de atención (Fraser, 2022). En este contexto, la OCDE (2025) recomienda fortalecer los mecanismos de evaluación de la calidad de la formación, asegurar que los planes de estudio respondan a las necesidades de salud pública y del perfil epidemiológico del país, así como ampliar la formación práctica avanzada, con el fin de reducir la escasez de médicos y la presión asistencial a la que se enfrentan los profesionales en el sistema público. Ello requiere de un rector que actúe, además, como el principal orientador del tipo de demanda de talento humano para el SNS y que, por tanto, alinee la oferta de los centros de formación superior, incentivando la adopción de estrategias de mejora de la calidad en estos espacios.

El abastecimiento de recursos estratégicos en salud hoy no busca explícitamente lograr la entrega de medicamentos a los usuarios finales con suficiencia, oportunidad y calidad. Se carece habitualmente de información consistente y oportuna, desconociendo, por ejemplo, la demanda insatisfecha, aspecto que conduce a instalar carencias de manera crónica afectando el acceso a terapias necesarias para las personas. La programación se hace con información histórica y no se cuenta con una estrategia de adquisición, la que además se realiza de modo fragmentado en cientos de Unidades Ejecutoras. Además, en el sector público habitualmente no se gestionan los inventarios con información en línea, ni se cumplen las buenas prácticas de almacenamiento y distribución, poniendo en riesgo la calidad de los bienes.

1.3.5. Limitaciones en la prestación de servicios

El modelo de atención peruano[6] afirma estar centrado en la persona, pero, realmente no brinda una cobertura de cuidados integral y efectiva. Esto se debe, en parte, a la fragilidad del primer nivel de atención y a la desarticulación existente entre sus actores. Desde la Declaración de Alma Ata de 1978 se reconoce la importancia de la atención primaria y el fortalecimiento de los componentes preventivo y promocional. Asimismo, se considera que los problemas más prevalentes de los sistemas de salud deberían resolverse en el primer nivel de atención (85% de la demanda) (Vignolo et al., 2011). Pero, la red prestacional está sesgada a lo hospitalario y el primer nivel está centrado en las condiciones materno-infantiles. No atiende tempranamente la demanda, que se concentra en los hospitales. De hecho, el 76% de los establecimientos en el país no cuenta con capacidad diagnóstica (Videnza Instituto y Videnza Consultores, 2025). A manera de ejemplo, la Ilustración N.° 3, muestra la oferta a cargo del MINSA para Lima Metropolitana. Tomando en cuenta el presupuesto devengado, el personal de salud y el gasto en suministros médicos de las Unidades Ejecutoras (UE), se observa que la mayor proporción de recursos se destinan al tercer nivel de atención.

Ilustración N.° 3: Modelo de atención hospitalaria en el subsector público, Lima Metropolitana – 2025*



**Información de presupuesto al 11 de diciembre de 2025, recursos humanos a octubre de 2025 y suministros médicos al 16 de diciembre de 2025.*

Fuente: Vignolo (2011), MEF (2025), DIGEP-MINSA (2025), CENARES-MINSA (2025). Elaboración propia.

[6] El MINSA, con la Resolución Ministerial (RM) N.° 030-2020/MINSA aprobó el "Modelo de cuidado integral de salud por curso de vida para la persona, familia y comunidad (MCI)".

El recurso humano en salud (RHUS) mejora la capacidad resolutiva en los establecimientos. Pero, su distribución no fortalece el primer nivel de atención: al cierre del 2023, existía una brecha de más de 25 100 profesionales de la salud, equivalente al 46% del recurso humano necesario para cubrirla (MINSA, 2023).

El modelo prestacional es deficiente por su alta fragmentación, con redes desarticuladas por cada subsistema (Anexo N.° 4) y altamente hospitalario. Desde 2011 existe el intercambio prestacional, que permite referir pacientes mediante convenios; sin embargo, se usa muy poco por la carencia de incentivos, la poca definición de los mecanismos de pago y su demora, y porque incluso el Decreto Legislativo (DL) N.° 1466 del 2020, señala que una IPRESS puede atender a afiliados de otras IAFAS solo cuando tiene capacidad instalada ociosa expost, lo cual termina entorpeciendo estos mecanismos.

Un estudio realizado por Videnza Consultores (2025) demuestra que cerca de 2 millones de peruanos residentes de 760 distritos no cuentan con acceso local a un centro de salud con capacidad diagnóstica. Resalta que el 94% de los distritos son rurales, lo cual acentúa más las brechas territoriales a escala nacional.

Por otro lado, las redes integradas de salud (RIS), que articulan a IPRESS de distintas capacidades resolutivas que pueden ser de diferentes prestadores, fueron establecidas con la Ley N.° 30885 de 2018 y reglamentadas con el Decreto Supremo N.° 019-2020 para mejorar la articulación. Su operación es todavía limitada, siendo visibles algunos cambios en el territorio de las más avanzadas. La expansión de la telesalud durante la pandemia, especialmente en lo relacionado a los aspectos normativos y a su uso, han sido significativos; no obstante, existe el riesgo de un progresivo sub empleo al recuperarse moldes tradicionales de atención incentivados por la presencialidad (Anexo N.° 5).

Al 2024, el MINSA reportó 155 RIS implementadas, de las cuales 26 se encuentran en Lima Metropolitana y 129 en las 25 regiones. Sin embargo, presentan obstáculos para su efectiva implementación, tales como la escasez de personal sanitario y equipo tecnológico, la interoperabilidad de los sistemas de información y la falta de directrices organizativas (OCDE, 2025). Además, no se aprecia un verdadero conductor del proceso por parte de la autoridad.

2. Opciones de política

Los retos identificados en el diagnóstico requieren de cambios estructurales en el sistema de salud, con énfasis en lograr servicios cercanos que cuiden la salud de los ciudadanos. La cercanía de las elecciones generales crea espacios para replantear las prioridades del sector y proponer las variaciones necesarias. El

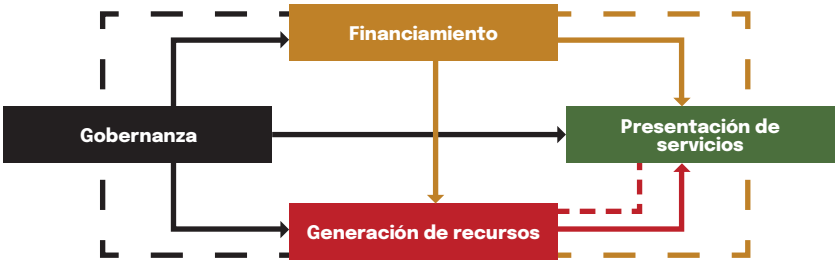
análisis de las opciones de solución se hará bajo el concepto de cadena de valor de Porter, empleado en la Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública 2016 – 2021, actualizada en el presente quinquenio. Bajo esta óptica, las propuestas buscan promover un mejor acceso a servicios de salud, con calidad, seguridad y oportunidad.

Ilustración N.° 4: Cadena de valor

Fuente: Política Nacional de Modernización de la Gestión Pública al 2021.
Elaboración propia.

La Ilustración N.° 5 presenta las principales funciones de la cadena de valor del sistema de salud.

Ilustración N.° 5: Funciones del sistema de salud



Fuente: OMS (2022).

La gobernanza orienta y regula el sistema de salud mediante la definición de la política sectorial y las prioridades sanitarias, la participación de los actores involucrados y la gestión de información para la toma de decisiones. El financiamiento moviliza y asigna los recursos para la cobertura y protección financiera de la población. La generación de recursos asegura la disponibilidad del recurso humano, infraestructura, tecnologías de información y tecnologías sanitarias. La prestación de servicios establece una provisión continua y de calidad de los cuidados de salud. Aplicando estas definiciones, se proponen dieciocho opciones de políticas para mejorar los servicios que reciben los ciudadanos, con énfasis en la generación de recursos y la prestación de servicios.

2.1. Gobernanza

2.1.1. Diferenciación de la rectoría de la prestación

La separación de funciones es fundamental para la especialización de las entidades en el ejercicio de los procesos del sector e incrementar su eficiencia. Para cambiar el esquema actual, en el que gran parte de los esfuerzos del MINSA se destinan a ordenar la prestación, enfrentando conflictos de interés, puesto que es al mismo tiempo rector y proveedor –en la provincia de Lima-, se propone una clara diferenciación de roles y funciones. En ese aspecto, es importante recordar la limitada rendición de cuentas del Estado peruano a los ciudadanos[7].

Propuestas

1. Crear dos entidades encargadas de la gestión de la prestación en Lima Metropolitana: una Unidad de Gestión de IPRESS (UGIPRESS) asignada al primer y segundo nivel de atención y otra UGIPRESS para hospitales nacionales, incluidos los institutos especializados de alcance nacional, optimizando recursos.
2. Separar las funciones a nivel regional con la creación de una UGIPRESS por departamento encargada de la prestación, diseñada de manera que no duplique las funciones de los GORE. De este modo, el equipo de gestión de cada GORE se encargaría de la gobernanza regional de los procesos sanitarios y la UGIPRESS es responsable de la gestión y provisión de los recursos necesarios para las RIS.

2.2. Financiamiento

2.2.1. Ordenar el flujo e incrementar el financiamiento en salud

Se requiere ordenar y simplificar el flujo del financiamiento para mejorar la gestión y la eficiencia en el uso de los recursos.

Propuestas

1. Fortalecer al SIS como IAFAS para que gestione financieramente un plan de salud con sus costos totales, facilitando dimensionar el esfuerzo que requiere la sostenibilidad. El SIS deberá recibir una prima por afiliado para financiar las prestaciones respectivas. El Decreto Supremo N.° 010-2016-SA, que establece las disposiciones para las IAFAS Públicas, es coherente con esta propuesta, así como la Ley N.° 29761 "Ley de Financiamiento Público de los Regímenes subsidiado y semicontributivo del Aseguramiento Universal en Salud". Esta última establece los principios de eficiencia, sostenibilidad y transparencia para orientar el financiamiento del aseguramiento universal en salud. También se requiere la simplificación de la gestión presupuestaria en las UE (hospitales y redes de salud).

[7] Es importante destacar que entre 2013 (creación con el DL N.° 1167) y 2017 (derogación con la Ley N.° 30526) existió el Instituto de Gestión de Servicios de Salud (IGSS) que gestionaba la prestación en el ámbito de Lima Metropolitana, separando las funciones mencionadas.

2. Mantener el esquema de PpR exclusivamente para acciones transversales de salud pública (principalmente orientado a enfermedades transmisibles) y de prevención.
3. Implementar efectivamente mecanismos de pago para la compra de servicios de salud. La forma en que las IAFAS pagan a las IPRESS determina los incentivos, la priorización y la oferta de cuidados. Así, por ejemplo, un sistema de pago por servicio puede incentivar el sobretratamiento, mientras que uno de pago capitado bien aplicado promueve la prevención y promoción de la salud.

Se propone el uso de pago capitado en el primer y segundo nivel y a nivel hospitalario, el *Diagnosis-related group* (DRG), los *pay for performance* (incentivo al cumplimiento de metas) o algunas otras modalidades basadas en evidencia. Es importante considerar la posibilidad de desarrollar mecanismos de contratación de largo plazo centrados en alcanzar la cobertura efectiva de servicios de salud. Estos permiten una mayor flexibilidad para la gestión de las IPRESS y otorgan predictibilidad en el comportamiento de los proveedores. Para ello, se requiere el desarrollo de un marco legal para considerar la negociación directa y la gestión del riesgo compartido en la Ley General de Contrataciones Públicas (LGCP).

2.3. Generación de recursos

La disposición de recursos necesarios y de calidad constituye un componente central para garantizar la prestación efectiva de servicios de salud. En este marco, se pone prioridad a tres ejes estratégicos: el desarrollo de tecnologías de la información, el acceso a medicamentos y otras tecnologías sanitarias, y el fortalecimiento de los recursos humanos, en tanto son factores habilitantes indispensables para mejorar el desempeño del sistema y lograr los resultados sanitarios.

2.3.1. Tecnología e información para la gestión sanitaria

Propuestas

1. Impulsar la implementación inmediata de la HCE como eje estructurante de la transformación digital del sistema de salud. La HCE debe constituirse en la plataforma central de interoperabilidad que permita integrar la información clínica con otros sistemas de soporte y que provea de insumos clave para construir el Sistemas de Gestión de Información en Salud en el país[8]. Además, se debe disponer de un sistema de gestión de recursos para manejar información continua del equipamiento, recursos humanos e insumos estratégicos de todos los establecimientos de salud.
2. Asegurar la interoperabilidad entre los subsistemas de salud (MINSA, EsSalud, FF.AA., PNP). Ello debe ir acompañado del acceso a energía, conectividad y la disposición del hardware y servicios necesarios. Para ello, se sugiere financiar la compra centralizada de los servicios de internet para toda la red de IPRESS públicas del primer nivel de atención.
3. Incentivar el desarrollo de capacidades en los gobiernos nacional y regionales para usar los sistemas de información en la toma de

[8] Ver el informe general "Sistemas de gestión de información en salud en el Perú" (Banco Mundial, 2023).

decisiones y el monitoreo del logro de resultados, promoviendo un cambio cultural en el personal sanitario y los gestores de salud.

4. Valorar y promover la transformación digital y el uso apropiado de la digitalización e inteligencia artificial en la atención de salud.

2.3.2. Acceso a medicamentos y otras tecnologías sanitarias

Propuestas

1. Cambiar el indicador de acceso a medicamentos en el sector público: reemplazar la medición de la "disponibilidad de medicamentos en el establecimiento" por "usuarios atendidos con receta médica completa" (nivel de servicio) identificando además la demanda insatisfecha, útil para mejorar la programación, provisión y sobre todo servir efectivamente a las personas usuarias.
2. Desarrollar una receta electrónica interoperable que garantice la trazabilidad del tratamiento y facilite el seguimiento fármaco-terapéutico.
3. Contar con un operador logístico que brinde servicios con estándares de calidad y cuente con indicadores de resultado, como el nivel de servicio (atención de ítems recetados). Para ello pueden emplearse modalidades de Asociación Público- Privada o Asociación Público - Público con la finalidad de obtener competencias para el sector y facilitar a los prestadores a que se dediquen a su labor misional de cuidar la salud de las personas. El objetivo primordial es que el paciente reciba efectivamente su prescripción, en lugar de enfocarse en tener inventarios en el establecimiento o en una ejecución presupuestal sin vínculo a los resultados sanitarios.

2.3.3. Recursos humanos en salud suficientes y competentes

Propuestas

1. Establecer una política nacional orientada a fortalecer el primer nivel de atención, aplicando una adecuada distribución territorial del talento humano. En particular, debe prestarse atención al proceso de nombramiento en curso, para establecer en paralelo indicadores de desempeño y productividad en estos equipos.
2. Rediseñar el SERUMS para que un mayor periodo de permanencia facilite, por un lado, un proceso robusto con incentivos y condiciones laborales dignas y, por otro lado, la garantía a los ciudadanos de contar con profesionales de salud cercanos y confiables. Los profesionales en el nuevo modelo de SERUMS deberán apoyar la implementación efectiva de intervenciones adaptadas a los desafíos del territorio.

2.4. Prestación de servicios

La disposición de recursos necesarios y de calidad constituye un componente central para garantizar la prestación efectiva de servicios de salud.

2.4.1. Implementar efectivamente las Redes Integradas de Salud (RIS)

Propuestas

1. Consolidar a las RIS como estructuras operativas del sistema de salud que generan cambios en favor de los usuarios, garantizando la continuidad de la atención entre niveles y la articulación de los servicios individuales y de salud pública, fortaleciendo el primer nivel de atención como puerta de ingreso al sistema. Las RIS se deben implementar considerando a los establecimientos de ESSALUD y privados que quieran participar, definiendo una lista de resultados priorizados para la puesta en marcha y estableciendo condiciones que aseguren su funcionamiento. Ello requiere de un cambio en el modelo de gestión.
2. Promover la planificación territorial basada en la demanda, considerando los determinantes sociales y las características geográficas y demográficas existentes en el territorio para mejorar la cobertura, calidad y continuidad del cuidado.
3. Fortalecer las IPRESS del primer nivel de atención para que dispongan de mayor capacidad diagnóstica y resolutiva en zonas urbanas y rurales, con la ayuda de nuevas tecnologías y sistemas de información.

   Introducir indicadores de desempeño que evalúen la cobertura, calidad, oportunidad diagnóstica, seguridad y referencia adecuada de pacientes.

3. Identificación de los costos y beneficios de las opciones de política

En la presente sección se analizan los costos y beneficios asociados a cada opción de política, así como la identificación de los ganadores y perdedores y la estrategia de priorización de políticas. Un mayor detalle se encuentra en el Anexo N.° 6.

3.1. Análisis de costos y beneficios

3.1.1. Gobernanza

La política propuesta presenta costos asociados a:

a. La coordinación y negociación con actores relevantes y partes interesadas
b. El riesgo de generación de mayor burocracia

El beneficio será contar con un rector fuerte, dedicado a su misión y que promueve la equidad, que además maneja información para la toma de decisiones en el sector y articula a los niveles subnacionales. Este fortalecimiento resulta especialmente relevante para los territorios rurales y las personas vulnerables, históricamente afectadas por mayores brechas de acceso.

3.1.2. Financiamiento

El presupuesto institucional de apertura (PIA) de la función salud en el 2026 será de 32,887 millones de soles, lo cual supone una reducción de los recursos en relación con el PIM del 2025. Este escenario es una dificultad en el 2026 para la obtención de fondos adicionales necesarios para implementar las políticas, en especial la del AUS.

El fortalecimiento del SIS para convertirlo en una verdadera IAFAS efectiva y sostenible requiere un proceso de adecuación normativa, institucional y operativa, particularmente en materia de gestión financiera. Realizando estimaciones en base al Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) y el número actual de afiliados, el SIS necesitaría un presupuesto por encima de los 21,111 millones de soles –de los cuales una parte correspondería a reasignaciones de recursos actualmente ejecutados por el MINSA y los GORES–, en un escenario en donde consolida el financiamiento de los servicios públicos de salud destinados a su población asegurada. El aumento presupuestal debería ser progresivo y alineado al aumento del número de afiliados y la expansión de la cobertura de servicios.

A eso se suma el esfuerzo para lograr que el MEF permita convertir al SIS en un verdadero seguro público y se unifiquen las diversas fuentes de financiamiento público destinadas a la atención de la población asegurada con el fin de reducir la fragmentación y mejorar la eficiencia del gasto.

Por otra parte, la implementación de los mecanismos de pago requiere el rediseño y la progresiva unificación de los flujos de transferencia de recursos financieros entre aseguradores y prestadores, con el fin de reducir la fragmentación, mejorar la trazabilidad del gasto y alinear los incentivos del sistema. Este proceso implica costos asociados a la adecuación del marco normativo para nuevas estrategias de contratación, así como a la puesta en marcha de sistemas de información y contabilidad interoperables que respalden los procesos, transacciones, mecanismos de control y calidad de la atención.

Dentro de los beneficios se ganaría eficiencia en la gestión de recursos por el ordenamiento del flujo y por un mejor manejo de los riesgos. Además, se mejoraría el acceso y la cobertura financiera, particularmente en territorios con población vulnerable. También se ganará predictibilidad en la administración del financiamiento. El uso de mecanismos de pago incentivará a las IPRESS a enfocarse en el logro de resultados sanitarios. Además, al promoverse formas de contratación competitivas, aumentará la eficiencia y productividad en beneficio de una mayor cobertura a los usuarios.

3.1.3. Generación de recursos

La propuesta de una HCE interoperable en los establecimientos de salud permite la recolección de datos en línea e incrementa la eficiencia del sistema, sentando las bases para la expansión de la telesalud y la adopción de la inteligencia artificial en la atención y el diagnóstico. Además, esta herramienta permite contar en tiempo real con un mayor volumen de datos clínicos estandarizados e interoperables, susceptibles de ser analizados para mejorar la calidad y seguridad de los tratamientos, identificar tendencias epidemiológicas, optimizar la asignación y mejorar la eficiencia de recursos, reducir duplicidades en la atención y fortalecer la toma de decisiones clínicas, gerenciales y de política pública basada en evidencia. Esta implementación requiere de incrementar el acceso a energía e internet, la provisión del hardware y aplicativos interoperables necesarios, promover un cambio cultural y desarrollar las competencias necesarias en el personal sanitario y gestores de salud, especialmente en las zonas rurales y de difícil acceso.

De la misma forma, se propone redefinir el indicador de acceso a “usuarios atendidos con receta médica completa”. El esfuerzo por lograr la trazabilidad de los recursos facilita la obtención de resultados sanitarios al incrementar la cobertura sanitaria, pues los ciudadanos acceden a tratamientos completos y oportunos, aspecto clave en la actualidad por la mayor carga de enfermedad crónico-degenerativa en el país. Ello requiere contar con un solo dueño del proceso, un sistema de monitoreo y el concurso de operadores logísticos, además de inversión en TIC.

Las políticas de recursos humanos traerán como beneficio una mejor cobertura y prestación de salud para los ciudadanos, el incremento de talento humano en el territorio nacional y el logro de estándares de calidad en la atención. Un posible costo relacionado es la movilización de personal de salud nombrado a las IPRESS que los requieran en una lógica de red sanitaria, además del financiamiento de mejores condiciones laborales, principalmente en ámbitos rurales.

Para el empoderamiento de los agentes comunitarios de salud y autoridades locales en las áreas rurales se requiere invertir en el fortalecimiento de sus capacidades de gestión y liderazgo, pero sobre todo de un modelo de gestión participativo. Como beneficio, se aprecia una mayor cercanía y mejora en la cobertura sanitaria que fortalecerá la capacidad del SNS.

3.1.4. Prestación de servicios

La implementación de las RIS presenta costos asociados al cambio en el modelo organizacional, que puede generar resistencias en algunos equipos que perciban una amenaza al statu quo. También hay un esfuerzo al optimizar el flujo de información y definir la toma de decisiones entre los subsistemas y actores relevantes involucrados en la puesta en marcha, así como la tendencia a homologar los planes de beneficios a cubrir.

Es necesario tomar en cuenta los costos del diseño y adecuación de la política para lograr una operación eficiente, el esfuerzo para acercarlo a los actores municipales y locales, y la definición de un modelo de gestión diferente que permita desarrollar el proceso misional de prestación de servicios de salud contando con un flujo continuo de recursos y tecnologías sanitarias necesarias que hoy están a cargo de cientos de Unidades Ejecutoras con una gestión fragmentada. No obstante, implementar las RIS trae muchos beneficios: una mejor gestión y organización de la oferta prestacional, la ampliación de la oferta efectiva para los ciudadanos al utilizar los recursos públicos y privados disponibles, una planificación eficiente, mayor coordinación entre subsistemas y niveles de gobierno y reducción de la carga administrativa de las IPRESS. Las RIS además facilitarán la cobertura sanitaria de la población asignada territorialmente –especialmente en las áreas rurales–, ordenando su ingreso al sistema a través del primer nivel de atención y estableciendo un flujo adecuado de referencia y contrarreferencia.

4. Objetivos específicos

Este documento prioriza la implementación de las RIS como una de las reformas más urgentes para el próximo quinquenio, concentrando los cambios en el primer nivel de atención (Anexo N.° 7). La elección de esta medida responde a su potencial impacto directo sobre la experiencia y los resultados hacia los usuarios con un servicio oportuno, continuo y de calidad. No obstante, para que la implementación de las RIS sea efectiva y sostenible, se requiere de manera complementaria el desarrollo de reformas habilitantes en las otras tres funciones del sistema –gobernanza, financiamiento y generación de recursos–, que aseguren la rectoría, los incentivos adecuados y la disponibilidad de capacidades y recursos necesarios para su funcionamiento. En esta sección se describen los objetivos específicos para la medida elegida, así como las metas de mediano plazo. A partir de estas últimas se pueden construir indicadores para el seguimiento y evaluación.

4.1. Implementar las RIS

Entre los procesos misionales del MINSA se encuentran la gestión de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades, así como la planificación y provisión de los recursos estratégicos en salud, orientados en conjunto a garantizar la prestación de servicios de salud de calidad para la población usuaria.

Objetivo: Aumentar la capacidad de provisión de los servicios de salud, principalmente en el primer nivel de atención, por medio de las RIS.

Esta política busca la cantidad y calidad de la oferta prestacional al contar con RIS operativas en el territorio nacional. De este modo, los peruanos podrán acceder de forma oportuna a cuidados de calida. Para ello es necesario mejorar la coordinación, la complementariedad y la continuidad de los servicios entre las IPRESS de los distintos subsistemas del sector salud.

Se propone como meta de mediano plazo la conformación y consolidación efectiva del 100% de las RIS diseñadas a nivel nacional, bajo la rectoría del MINSA y en articulación con los GORE, asegurando la integración funcional y operativa de las IPRESS de los ámbitos MINSA-GORE, EsSalud, sanidades de la PNP y Fuerzas Armadas y privados interesados en participar para el 2030.

Asimismo, se recomienda establecer la cartera de servicios de salud individual y salud pública, la definición de las rutas de referencia y contrarreferencia por especialidad y tipo de servicio, así como la asignación de población aplicando criterios territoriales.

Un aspecto importante es reorientar el modelo de gestión de las IPRESS del primer nivel gestionando el escenario existente. Los establecimientos de salud no tienen un financiamiento adecuado, ni provisión de recursos continua que permitan una labor orientada a resultados sanitarios con los medios suficientes. Ante ello se propone lo siguiente:

- **Gobernanza:** Desarrollo de un nuevo modelo de gestión para promover la participación de la autoridad municipal, líderes comunitarios y equipo de salud en la conducción de las RIS. Para ello, se debe considerar la experiencia de las Unidades Básicas de Atención Primaria (UBAP) que impulsó EsSalud exitosamente hace pocos años, en el alineamiento de los incentivos hacia el logro de los resultados sanitarios en la población y territorio asignado. También prever cómo superar el actual proceso de gestión del presupuesto a cargo de cientos de Unidades Ejecutoras que habitualmente priorizan sus necesidades por encima de las de las IPRESS a su cargo, en particular las del primer nivel de atención.
- **Financiamiento:** Empleo del pago capitado que establece el financiamiento por persona asegurada asignada a la IPRESS. Se pueden generar incentivos para el logro de indicadores de nivel de servicio y resultados sanitarios. Considerando que esto es un proceso dinámico, debe revisarse la evidencia para ir adaptándolo al cumplimiento de metas.
- **Generación de recursos:** Los procesos de soporte deben ser gestionados por un modelo de Asociación Público Privada o Asociación Público Público (APP), para evitar la fragmentación de la gestión en cientos de Unidades Ejecutoras poco competentes. Para asegurar un buen desempeño también se requiere establecer indicadores obligatorios de cumplimiento de niveles de servicio en favor de los usuarios internos y externos.
- **Provisión de servicios:** Centrado en las personas mediante la medición del desempeño sanitario, considerando el contexto social y cultural, aplicando indicadores de nivel de servicio y medición de resultados de salud en la población asignada.

Por último, se deben establecer reglas para la compra y venta de servicios entre IAFAS e IPRESS pertenecientes a diferentes subsistemas que conforman una misma RIS, superando el fallido modelo de Intercambio Prestacional.

En el siguiente cuadro se detallan las metas de mediano plazo por objetivo.

Cuadro N.° 1: Objetivos y metas para la implementación de las RIS

Objetivo	Meta de mediano plazo
• Expandir la oferta prestacional de calidad al contar con RIS operativas en el territorio nacional. • Mejorar la coordinación entre los distintos subsistemas del sector salud. • Aumentar la capacidad de resolución de las RIS.	1. Identificación de los ámbitos de las RIS a organizar. 2. Hoja de ruta para la transferencia de funciones. 3. Transferencia de la función salud y organización de las RIS a cargo de la Municipalidad de Lima Metropolitana. 4. Incremento del número de RIS implementadas (evaluación por departamento).

Elaboración propia.

Cuadro N.° 2: Objetivos y metas de mediano plazo para el primer nivel de atención

Objetivo	Meta de mediano plazo
• Fortalecer la gobernanza del primer nivel de atención mediante la modernización del modelo de gestión de las IPRESS. • Mejorar la eficiencia del financiamiento del primer nivel a través de la implementación del pago capitado. • Optimizar la gestión de recursos para la prestación de servicios mediante mecanismos de APP. • Reorientar la provisión de servicios hacia el cuidado integral y centrado en las personas.	1. Instalación de modelos participativos y empleo del modelo de las UBAP. 2. Financiamiento por persona asegurada asignada a la IPRESS con incentivos para el logro de productos y resultados sanitarios. 3. Logro de indicadores de nivel de servicio para medir la labor de la APP. 4. Logro de indicadores de nivel de servicio y medición de resultados sanitarios en las personas y familias asignadas a la IPRESS del primer nivel de atención.

Elaboración propia.

5. Obstáculos para la implementación de la política seleccionada

Si bien la propuesta de implementación de las RIS enfrenta obstáculos para ser materializada, el proceso electoral y la puesta en agenda de la reforma sanitaria tienen el potencial de facilitar un cambio en favor del bienestar de todos los peruanos. Esta política lleva varios años sin implementarse, a pesar del aparente consenso sobre los beneficios de una articulación o integración de la oferta de servicios. De manera general, un aspecto clave a considerar es la convivencia de los dos principales subsistemas existentes en el país: MINSA –transferido a los Gobiernos Regionales, con excepción de Lima Metropolitana– y seguridad social, con financiamiento y redes de prestadores separadas, lo que dificulta la complementariedad y sinergia y la continuidad de atención de las personas.

Se han identificado cinco acciones importantes en el tiempo para el avance de este esfuerzo:

- **Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) (1978):** gran intento de coordinación interinstitucional "macro" creado por el Decreto Ley N.° 22365 que buscaba coordinar a las instituciones prestadoras a nivel nacional, regional y local mediante consejos (nacional y regionales) impulsando una lógica de sistema único.
- **Comités Locales de Administración de Salud (CLAS) / redes operativas (90s):** con foco en la gestión local y el primer nivel impulsados por el MINSA en el ámbito de oferta de servicios a su cargo. Se buscaba acercar las decisiones y los recursos al espacio local (establecimiento/comunidad). En la práctica coexistió con redes y microrredes como arreglos operativos
- **Creación del aseguramiento público mediante el SIS y luego el AUS (2002 y años posteriores).** El SIS se constituye en un pliego presupuestal adscrito al MINSA que busca expandir la protección financiera para la población sin seguro. Posteriormente, con el AUS (Ley N.° 29344) se intenta ordenar roles (regulación, financiamiento, prestación, supervisión) y avanzar hacia la cobertura universal, pero, sin lograr que el SIS se convierta en un verdadero seguro.
- **Descentralización sanitaria a los GORE (2002 en adelante).** Se procede a la transferencia de la función salud para que sea gestionada desde los departamentos, con excepción de la provincia de Lima que sigue a cargo del Minsa. Este proceso trae desafíos de coordinación y no muestra resultados sanitarios definidos.
- **Enfoque de integración territorial y poblacional mediante las RIS.** Un primer paso fueron las Redes integradas de Atención Primaria de Salud a partir del Decreto Legislativo N.° 1166. El 2018 nacen formalmente las RIS mediante la Ley N.° 30885 buscando la integración funcional de organizaciones que prestan y gestionan una cartera de servicios para una población definida, con articulación y rendición de cuentas.

Una primera barrera que afectó a estos procesos fue la debilidad institucional existente, lo que se tradujo en una decisión política cambiante en el tiempo. Todo ello ha demorado la definición del modelo conceptual y de gobernanza y gestión para las RIS, además de la voluntad por impulsar de manera sostenida esta iniciativa dentro del sector. Por ello, se requiere de apoyo, en el marco de la construcción de una mayor institucionalidad, para proteger el modelo y extender su alcance a todo el país. La falta de continuidad en las políticas sectoriales ha limitado, en particular, la incorporación de un enfoque territorial e intercultural que permita orientar la implementación de las RIS en zonas rurales, dispersas y en poblaciones vulnerables.

Otra dificultad proviene de la carencia de competencias e incentivos para los actuales gestores, en particular en el nivel operativo, para un buen manejo de las redes. Este déficit dificulta la planificación, articulación y monitoreo de las redes, especialmente en regiones con mayores brechas de acceso y zonas rurales, donde se requiere una gestión diferenciada, con énfasis en la coordinación intersectorial, el uso eficiente de recursos escasos y la provisión de servicios adaptados a las necesidades de poblaciones vulnerables.

Existen otras barreras internas provenientes de la falta de definiciones y de la complejidad de los numerosos brazos ejecutores: definición de un plan de beneficios, tarifarios, vigencia de un sistema de referencias y contrarreferencias, operación y articulación de los procesos de soporte, pobre gestión del talento humano, entre otros aspectos.

6. Recomendaciones para la implementación de la política propuesta: estrategias, acciones y alianzas

El sistema de salud debe contar con una serie de condiciones estabilizadoras que permitan, en un marco de fortalecimiento de la institucionalidad, la implementación efectiva de las RIS. En el caso de la gobernanza, resulta prioritario la modificación normativa que permita que las RIS se puedan implementar entre establecimientos del Minsa y EsSalud. Esta medida permitirá mejorar la continuidad del cuidado, optimizar el uso de los recursos disponibles y generar economías de escala en la provisión de servicios.

Asimismo, una rectoría efectiva debe redefinir la cartera de servicios del primer nivel de atención para fortalecer su capacidad resolutiva para atender la mayor parte de la carga de enfermedad. En concordancia con lo sugerido por la evidencia, este nivel debe resolver entre el 80% a 85% de la demanda de servicios de salud, lo que requiere de un marco normativo y cambio del modelo de gestión del financiamiento, gestión presupuestal y de recursos, que asegure capacidades para el diagnóstico oportuno y del seguimiento clínico mediante la incorporación de nuevas tecnologías sanitarias. Un aspecto poco abordado es la necesidad de implementar efectivamente un proceso continuo de rendición de cuentas a los ciudadanos, en particular a los usuarios de los servicios de la RIS; ello facilitará el alineamiento de la oferta a la demanda.

En materia de financiamiento, resulta indispensable vincular los mecanismos de pago con el rol estratégico del primer nivel de atención dentro de las RIS, a fin de

fortalecer sus capacidades y promover el uso eficiente de los recursos. En este sentido, es necesario que en el primer nivel se aplique el pago capitado, ajustados por riesgo y características de la población asignada, y que estos se articulen con indicadores de resultados sanitarios previamente definidos.

En cuanto a la generación de recursos, es importante fortalecer las capacidades tecnológicas, humanas y operativas para el buen funcionamiento de las RIS en el tiempo. En este marco, resulta prioritario avanzar en la implementación de la HCE interoperable y el fortalecimiento de los sistemas de referencia y contrarreferencia, como herramientas para garantizar la continuidad del cuidado y la coordinación entre niveles de atención. Asimismo, es necesario abordar de manera estructural la disponibilidad y gestión de los recursos humanos en salud, ampliando y reordenando las rutas del SERUMS, así como replanteando sus incentivos y condiciones laborales para promover una mayor permanencia del personal en los territorios asignados. Complementariamente, se requiere fortalecer los procesos de capacitación continua y desarrollo de competencias asistenciales y gerenciales del personal de salud, alineándolos con el modelo de atención de las RIS y las necesidades reales de la población. Un aspecto vinculado a la disponibilidad de talento humano competente es la interlocución del ente rector con la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria (SUNEDU), los centros de formación superior y otros actores, para cautelar la calidad de los nuevos profesionales que el SNS requiere.

Por otro lado, para llevar a cabo la política de implementación de las RIS se requiere identificar a los actores responsables en los tres niveles de gobierno y las acciones más importantes a adoptar. Esta ruta exige, en una primera etapa, resolver condiciones habilitantes críticas que permitan una operación efectiva y sostenible en el tiempo. A continuación, se presentan recomendaciones para su implementación.

A nivel de gobierno central, corresponde al MINSA ejercer a dedicación exclusiva su rol rector, liderando la definición y consolidación del marco normativo, conceptual y operativo de las RIS con diversas instituciones. Esto incluye la definición de un nuevo modelo de gestión sanitaria, considerando el actual cambio de época –con la introducción de nuevas tecnologías, como la inteligencia artificial–; las reglas de compra entre IAFAS e IPRESS; las modalidades de financiamiento y pago de los servicios; el diseño del sistema de referencia y contrarreferencia; organizar la prestación para cumplir con las garantías explícitas establecidas en el PEAS y los diversos planes de beneficio, entre otros aspectos. Este proceso debe ser emprendido en conjunto entre el MINSA, SUSALUD, IAFAS, UGIPRESS y RIS con celeridad. Asimismo, el nivel central debe establecer lineamientos para la incorporación de criterios de equidad territorial e intercultural y de enfoque poblacional en este proceso.

Adicionalmente, desde el Poder Ejecutivo resulta indispensable desplegar una gestión política activa para alinear a los distintos actores involucrados en torno a los beneficios de la implementación de las RIS. Ello implica no solo el liderazgo técnico del proceso, sino también la capacidad de generar consensos y compromisos tanto en el ámbito nacional –incluyendo a autoridades sectoriales y ministros de las demás carteras– como en el ámbito prestacional, especialmente con los profesionales de la salud y directivos de las IAFAS, RIS e IPRESS. La apropiación del modelo por parte de

quienes lo implementan en la práctica es un factor crítico para su sostenibilidad, por lo que se requiere una estrategia de comunicación, diálogo y gestión del cambio que aborde resistencias, incentive la colaboración entre niveles de atención y refuerce el valor de las RIS como instrumento para mejorar la calidad, continuidad y equidad de la atención en salud. Esto es clave para lograr respaldo y posterior legitimidad social.

El MEF también juega un rol vital en el proceso de priorización de las iniciativas y su financiamiento. Para asegurar su involucramiento efectivo, resulta necesario sustentar esta reforma con evidencia en el marco de una inversión pública socialmente rentable, capaz de generar retornos en términos de eficiencia del gasto y, mejora de resultados sanitarios. El MEF debe liderar el proceso de evaluación y realizar los ajustes con la finalidad de asegurar la sostenibilidad del gasto en salud y escalamiento de la iniciativa.

Asimismo, se requiere trabajar con el MEF en la generación del espacio fiscal específico para la implementación de las RIS, articulando el ciclo presupuestario con los objetivos de la reforma. Ello implica incorporar la lógica de las RIS en los instrumentos de programación multianual, priorizar inversiones y gastos corrientes alineados al modelo, y establecer mecanismos de financiamiento que premien el desempeño, la continuidad del cuidado y el cierre de brechas territoriales. Esto incluye un cambio en el flujo de los recursos presupuestales, actualmente dispersos en Unidades Ejecutoras que gestionan una inercia que requiere cambiarse.

Por último, al ser rector de varios sistemas administrativos, el MEF debe poner especial cuidado en la articulación intersistémica, incluyendo la articulación con entidades externas como CEPLAN y la Contraloría General de la República.

En el nivel subnacional, los gobiernos regionales, a través de sus Direcciones o Gerencias Regionales de Salud, son responsables de adaptar e implementar el modelo de RIS conforme a los lineamientos del ente rector, considerando las particularidades territoriales y poblacionales de su territorio. Esto no solo implica organizar la oferta de servicios dentro de la red, fortalecer la articulación entre establecimientos de distintos niveles de atención, y asegurar la operatividad de los sistemas de referencia y contrarreferencia; sino que, además, actúar como interlocutor legítimo y competente con el Gobierno Nacional, las IAFAS públicas y otros actores involucrados. Por otro lado, es necesario prever los arreglos institucionales para que los nuevos modelos de gestión de recursos aseguren la disponibilidad de estos (personal de salud, tecnologías sanitarias, tecnologías de información, entre otros) migrando al logro de indicadores de nivel de servicio. Asimismo, los gobiernos regionales deben liderar la planificación de inversiones en infraestructura, equipamiento y recursos humanos, en coordinación con el MINSA y el MEF, orientando los esfuerzos a cerrar brechas de cobertura y capacidad resolutiva dentro de las RIS de cada región, en el marco de un nuevo modelo de gestión.

En los gobiernos locales, las IPRESS y las instancias de gestión local cumplen un rol clave en la implementación operativa de las RIS y en la provisión efectiva de los

servicios de salud. A este nivel, resulta fundamental fortalecer la capacidad de gestión de los establecimientos, promover el trabajo en equipo y la coordinación entre profesionales, y asegurar que la atención se centre en los usuarios: las personas, familias y comunidades asignadas. Asimismo, las autoridades y actores del nivel local deben participar activamente en la identificación de barreras de acceso específicas –geográficas, culturales o económicas– siendo clave el compromiso de las municipalidades en la implementación de soluciones adaptadas al territorio, en articulación con los actores comunitarios. Un aspecto fundamental, en el nuevo modelo de gestión, es considerar el rol de las autoridades locales.

Finalmente, de manera transversal a los tres niveles de gobierno, es necesario el concurso de operadores logísticos, bajo el modelo público-privado o público-público (APP) para gestionar el abastecimiento continuo de servicios y recursos que aseguren un alto nivel de servicio a los usuarios finales. Esto incluye los aspectos incluidos en los modelos de Bata Gris o Bata Verde que permiten a los equipos de salud en las RIS, considerando a sus IPRESS y Servicios Médicos de Apoyo (SMA), centrarse en su rol misional de cuidar la salud de los usuarios asignados en el territorio a su cargo. De este modo se facilita la labor de prestación de servicios de salud y se posibilita la satisfacción a las personas que obtienen de manera oportuna los procedimientos indicados, diagnósticos de mayor calidad, terapias completas y oportunas, cuidados domiciliarios, entre otros servicios, legitimando el cambio.

7. Hoja de ruta

Finalmente, se propone una hoja de ruta para la implementación de las RIS. El consenso político y el compromiso de los actores directamente involucrados, así como el de la sociedad civil es fundamental para llevar a cabo estos cambios y que la inercia no siga impidiendo mayor bienestar para los ciudadanos.

7.1.1. A 100 días

- Definir instrumentos, incentivos, indicadores y sistemas necesarios para la operación de las RIS (cartera de servicios, tarifario, rutas de referencia y contrarreferencia, mecanismos de pago, entre otros).

7.1.2 Al primer año

- Incluir a las IPRESS de ESSALUD en las RIS conformadas, estableciendo claramente un modelo de compraventa de servicios de salud sustentado en un mecanismo de pago.
- Enfocar la cadena de abastecimiento en el indicador de nivel de servicio en coordinación con el Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud (CENARES), y convocar a otros operadores logísticos públicos o privados.
- Diseñar y empezar a ejecutar un plan de inversiones integral en coordinación con la Comisión Multisectorial de Inversión en Salud para alinear la oferta de servicios de las RIS a la demanda. La conectividad y digitalización de los procesos es una acción impostergable. Se recomienda implementar en paralelo una estrategia de reequilibrio del sistema de salud que vincule la expansión hospitalaria a metas verificables de mejora de la capacidad del primer nivel de atención, incluyendo los Servicios Médicos de Apoyo en una lógica de red. Además, debe considerarse mecanismos para el cumplimiento de indicadores del personal nombrado para capitalizar el talento humano en las IPRESS y servicios que sean necesarios.
- Presentar informes periódicos de avance (rendición de cuentas) a los usuarios de las RIS, autoridades locales y regionales, y otros involucrados.

7.1.3 A los cinco años

- Terminar de ejecutar el plan de inversiones definido incluyendo nuevas modalidades de obtención de servicios, priorizando el primer nivel de atención bajo el esquema RIS con establecimientos interconectados y capacidad resolutiva.
- Desarrollar y presentar una evaluación de impacto del proceso de implementación de las RIS en los territorios asignados, cuantificando los resultados y efectos sanitarios alcanzados en la población bajo su ámbito de responsabilidad.

8. Referencias bibliográficas

Acuerdo Nacional. (2015). *Los objetivos de la reforma de salud*. https://acuerdonacional.pe/2015/10/los-objetivos-de-la-reforma-de-salud/ [Último acceso: 6 Setiembre 2020]

Acuerdo Nacional. (2020). *Sesión 129 – Foro del Acuerdo Nacional dio inicio al proceso de diálogo para consensuar el Pacto Perú*. https://www.acuerdonacional.pe/2020/08/sesion-129-foro-del-acuerdo-nacional-dio-inicio-al-proceso-de-dialogo-para-consensuar-el-pacto-peru/ [Último acceso: 9 Noviembre 2020]

Amaro, C. et al. (2025). *¿Cómo se presupuesta en salud y educación en Perú?*. Washington DC: Banco Interamericano de Desarrollo.

América Sistemas. (2019). *La historia clínica electrónica de EsSalud*. http://www.americasistemas.com.pe/la-historia-clinica-electronica-de-essalud/ [Último acceso: 6 Setiembre 2020]

Banco Central de Reserva del Perú (BCRP). (2024). Recuadro 2: La inseguridad ciudadana y su impacto en la economía. *Reporte de inflación setiembre 2024*, pp. 162. Lima: Banco Central de Reserva del Perú.

Banco Mundial y Banco Interamericano de Desarrollo. (2018). *Perfil del programa de inversión en redes integradas de salud*. Lima: Minsa.

Banco Mundial. (2023). *Sistemas de gestión de información en salud en el Perú*. Lima: Grupo Banco Mundial.

Choi, B. C. et al. (2019). The Pan American Health Organization-adapted Hanlon method for prioritization of health programs. *Rev Panam Salud Publica*.

DIGEMID. (2020). *Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas*. http://www.digemid.minsa.gob.pe/Main.asp?Seccion=39 [Último acceso: 8 octubre 2020]

DIGESA. (2020). *Dirección General de Salud Ambiental e Inocuidad Alimentaria*. http://www.digesa.minsa.gob.pe/institucional1/institucional.asp [Último acceso: 8 octubre 2020]

Fraser, B. (2022). Efforts to improve medical education in Peru hit obstacles. *The Lancet*, 400(13065), pp. 1757.

INEI. (2019). *Encuesta Nacional de Hogares sobre Condiciones de Vida y Pobreza 2019*.

INEI. (2024). *Encuesta Nacional de Hogares*.

INEI. (2024a). *Informe principal Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2024*.

INEI. (2024b). *Perú Brechas de Género, Avances hacia la Igualdad de Mujeres y Hombres 2024*.

INEI. (2025). *Perú: Comportamiento de los indicadores del mercado laboral a Nivel Nacional y en 27 Ciudades - Tercer trimestre 2025*.

Loayza, N. (2008). Causas y consecuencias de la informalidad en el Perú. *Revista Estudios Económicos Banco Central de Reserva del Perú*, Issue 15, pp. 43-64.

Ministerio de Economía y Finanzas. (2020). *Proyecto de Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2021*.

Ministerio de Salud. (2020a). *Minsa: Más de tres millones de atenciones se han registrado en los diversos servicios de telemedicina a nivel nacional*. https://www.gob.pe/en/institucion/minsa/noticias/212426-minsa-mas-de-tres-millones-de-atenciones-se-han-registrado-en-los-diversos-servicios-de-telemedicina-a-nivel-nacional [Último acceso: 23 Julio 2020]

Ministerio de Salud. (2020b). *Telemedicina en MINSA: "Acercando la salud a más peruanos en tiempos de COVID-19 con ayuda de la tecnología"*. Lima: OPS.

Ministerio de Salud. (2023). *Registro Nacional del Personal de la Salud - INFORHUS*. https://digep.minsa.gob.pe/info_covid/ayuda_memoria_2023.html

Ministerio de Salud. (2023). *Sistemas de Información de Historias Clínicas Electrónicas*. www.minsa.gob.pe/reunis

Neiger, B. L., Thackeray, R. y Fagen, M. C. (2011). Basic priority rating model 2.0: current applications for priority setting in health promotion practice. *Health Promot Pract*., pp. 166-171.

OCDE. (2016). *Better Ways to Pay for Health Care*. Paris: OCDE Publishing.

OCDE. (2017). *OECD Reviews of Health Systems: Peru 2017*. Paris: OECD Publishing.

OCDE. (2025). *Estudios de la OCDE sobre los Sistemas de Salud: Perú 2025*. Paris: OECD Publishing.

OMS. (1947). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*.

OMS. (2010). *Informe sobre la salud en el mundo*.

OMS. (2025). *Determinantes sociales de la salud*. https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/social-determinants-of-health

Robles Guerrero, R. (2013). Ejercicio de la función de regulación de la autoridad de salud nacional: eje de la rectoría sectorial en salud. *Anales de la Facultad de Medicina*, 74(1), pp. 43-48.

SUSALUD. (2020). *Plataforma digital única del Estado Peruano*. https://www.gob.pe/4104-superintendencia-nacional-de-salud-que-hacemos [Último acceso: 8 Octubre 2020].

SUSALUD. (2025). *Registro de IPRESS - RENIPRESS*. http://datos.susalud.gob.pe/dataset/registro-de-ipress-renipress [Último acceso: 23 Noviembre 2025].

SUSALUD. (2025a). *Registro Nominal de Asegurados*.

Videnza Instituto y Videnza Consultores. (2025). Desafíos en el acceso oportuno a establecimientos de salud rurales en el Perú.

Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C. y Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Med Interna*, XXXIII(1), pp. 11-14.

Vilnius, D. y Dandoy, S., 1990. A priority rating system for public health programs. *Public Health Rep*., pp. 463-470.

9. Anexos

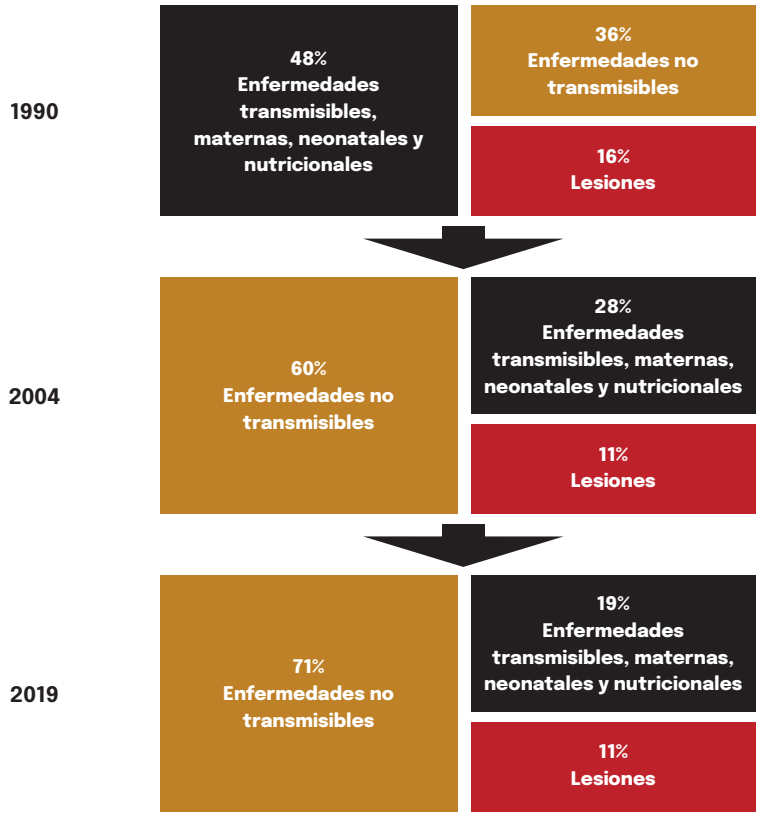
Anexo N.º 1: Vínculo entre los planes y el sector salud

Tres de las políticas del AN se encuentran alineadas con los ODS en materia de salud. Por su parte, el AN se encuentra solo parcialmente alineado con el PEDN, ya que el primero es más amplio, mientras que el segundo se centra en intervenciones materno-infantiles, en fortalecer el aseguramiento y financiamiento, mejorar la provisión de servicios con énfasis en la atención primaria y la participación ciudadana. Lo mismo ocurre entre el PEDN y el PESEM: el alineamiento es parcial para algunos indicadores y objetivos, específicamente los centrados en salud materno infantil.

El AN y el PESEM presentan objetivos, indicadores y metas, mientras que el PEDN no llega a ese nivel de detalle. Se centra en definir las políticas a nivel país, planteando objetivos y acciones estratégicas.

Anexo N.º 2: Evolución de carga de enfermedad

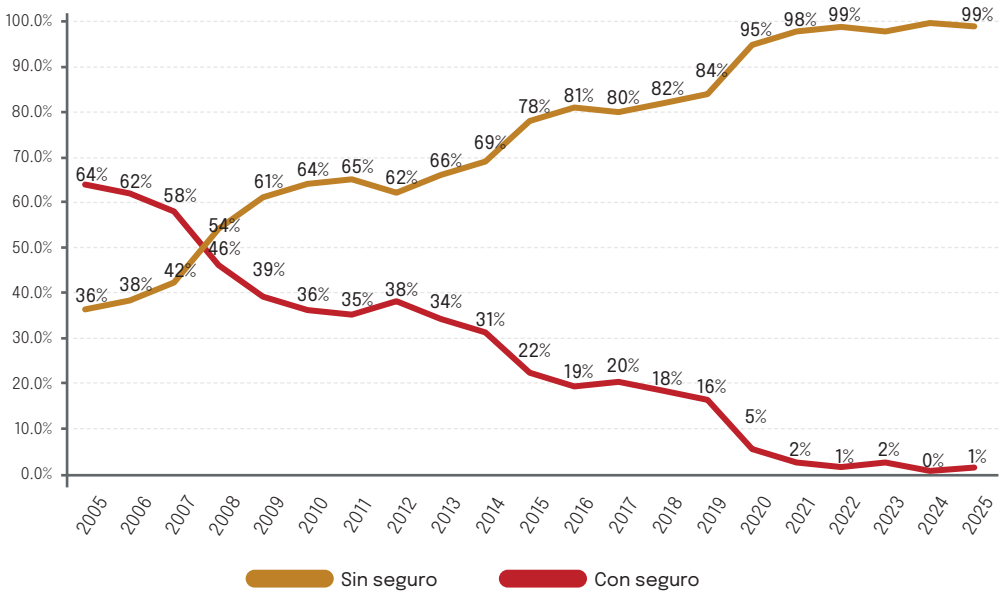
Ilustración N.° 6: Carga de enfermedad 1990-2019 (concentración por tipo de enfermedad)



Fuente: Global Health Data Exchange (2019).
Elaboración propia.

Anexo N.º 3: Evolución en el aseguramiento en Perú

Ilustración N.° 7: Tendencia en el aseguramiento



*A noviembre de 2025

Fuente: SUSALUD (2025a).
Elaboración propia.

Anexo N.º 4: Distribución de IPRESS según categoría e institución

Cuadro N.° 3: Distribución del total de IPRESS según categoría e institución

Institución	III-2	III-1	III-E	II-2	II-1	II-E	II-4	I-3	I-2	I-1	S/C	TOTAL
MINSA	7	8	7	4	3	-	39	232	167	20	26	513
Gobiernos Regionales	3	9	2	34	90	14	279	1,290	2,218	4,246	158	8,343
Municipalidad Provincial	-	-	-	-	-	1	-	35	7	1	6	50
Municipalidad Distrital	-	-	-	-	1	-	-	13	13	4	9	40
ESSALUD	2	8	2	15	41	10	20	139	159	3	11	410
Sanidad Ejército	-	1	-	-	1	1	8	13	105	24	1	154
Sanidad PNP	-	1	-	-	2	1	1	37	39	1	-	82
Sanidad Naval	-	1	-	-	-	-	2	2	20	3	18	46
Sanidad FAP	-	1	-	-	-	-	3	7	12	-	-	23
INPE	-	-	-	-	-	-	-	9	27	20	2	58
Privado	1	9	-	32	89	251	79	2,380	3,680	5,301	4,649	16,467
Otro	1	-	-	-	-	3	3	65	64	40	45	221
Total	14	34	11	85	227	281	434	4,222	6,511	9,663	4,925	26,407

Fuente: SUSALUD (2025).
Elaboración propia.

Anexo N.º 5: Normas sobre telesalud

El DL N.° 1490 fortaleció la telesalud, junto con otras normas complementarias para la telegestión (RM N.° 116-2020), teleorientación y telemonitoreo (RM N.° 146-2020-MINSA), así como la inclusión de estos servicios en el tarifario del SIS (Resolución Jefatural N.° 033-2020/SIS). El 19 de julio de 2020 el MINSA informó que durante el primer semestre se dieron 3,407,052 atenciones en los cuatro servicios de telemedicina: teleinterconsulta, teleconsulta, telemonitoreo y teleorientación (Ministerio de Salud, 2020a). El 9 de diciembre de ese mismo año se aprobó mediante RM N.° 1010-2020-MINSA el Plan Nacional de Telesalud en el Perú 2020-2023, el cual tenía como objetivo "establecer lineamientos, acciones estratégicas y orientaciones técnicas para implementar y desarrollar la Telesalud principalmente en las áreas rurales o con limitada capacidad resolutiva del territorio nacional, en el marco de las RIS (...)".

Además, la implementación de la telemedicina en el subsector público fue ganadora del Premio Buenas Prácticas en Gestión Pública 2019 y logró que 1,023 establecimientos de salud brinden servicios de telemedicina, se den 128,681 atenciones de monitoreo a gestantes y se brinden 2,021,026 atenciones de teleorientación durante la pandemia (Ministerio de Salud, 2020b).

Anexo N.º 6: Matriz de costos, beneficios, ganadores y perdedores por opción de política

Objetivo	Acción Concreta	Actor Principal	Actor Principal	Actor Principal	Actor Principal
Gobernanza	Diferenciación de la rectoría de la prestación	• Derivados de la coordinación entre los diferentes sectores: tiempo y desarrollo de políticas nacionales y subnacionales. • Inversión y gasto corriente para la implementación de nuevas unidades de gestión de la prestación, incluyendo el fortalecimiento de capacidades en regiones con menor desarrollo institucional, con énfasis en zonas rurales. • Previsión de actividades de rendición de cuentas y procesos relacionados.	• Mayor eficiencia por la separación de funciones y especialización de actores: MINSA como rector y unidades de gestión para la prestación. • Adaptación de las políticas y lineamiento a las diversas realidades territoriales.	• **Ciudadano:** cuenta con un sistema más eficiente y con una oferta con incentivos para mejorar su cobertura y calidad. • **MINSA:** fortalecido como ente rector. • **IPRESS públicas:** incentivos para lograr una mayor eficiencia en la prestación de servicios.	• **Ciudadano:** cuenta con un sistema más eficiente y con una oferta con incentivos para mejorar su cobertura y calidad. • **MINSA:** fortalecido como ente rector. • **IPRESS públicas:** incentivos para lograr una mayor eficiencia en la prestación de servicios.
Financiamiento	Ordenamiento del flujo e incremento del financiamiento en salud	• Cambio en la cultura organizacional y procesos de seguimiento presupuestal del MEF. • Adaptación de los programas presupuestales (PpR). Consideración de un alcance universal y sensible a las brechas territoriales. • Costo de fortalecer al SIS como IAFAS: cambios normativos y operativos. • Costo de implementación y operación del fondo de alto costo. • Implementación de los sistemas de información necesarios para implementar mecanismos de pago.	• Mayor eficiencia en la administración de los recursos: se estima una prima en función del riesgo y define y promueve mecanismos de pago para la compra de servicios prestacionales. • El esquema de PpR contribuirá a mejorar la cobertura de salud pública de manera universal y a simplificar la gestión de los recursos financieros, con mayor énfasis en los territorios de menores ingresos. • MEF centrado en sus procesos misionales (no microgestión de los recursos). • Incentivos para logro de resultados sanitarios y	• **Ciudadano:** cuenta con un plan de beneficios cubierto efectivamente, en especial en territorios más vulnerables. • **Gestores públicos:** simplificación de la gestión de los recursos. • **SIS:** fortalecimiento como IAFAS. • **IAFAS:** ahorran recursos por formas más efectivas de contratación. • **IPRESS:** optimiza su gasto por el desarrollo de mayores actividades de promoción y prevención de salud. • **Proveedores privados:** cuentan con predictibilidad para tomar riesgos y participar con nuevos mecanismos de contratación.	• **MEF:** perdería capacidad de control sobre la gestión formal presupuesto. • **IPRESS públicas:** riesgo de quedar desfinanciadas por una menor transferencia del SIS (que como asegurador pagaría el costo total de prestaciones individuales) si su desempeño no es el adecuado (incumplimiento de indicadores relacionados con la asignación presupuestal). • **FISSAL:** deja de operar para dar paso al fondo de alto costo (pero es su base constitutiva). • Actores que toman ventaja actualmente de la discrecionalidad que deja el

Objetivo	Acción Concreta	Actor Principal	Actor Principal	Actor Principal	Actor Principal
Financiamiento	Ordenamiento del flujo e incremento del financiamiento en salud	• Desarrollo e implementación de normativa para los nuevos mecanismos de compra de servicios prestacionales.	eficiencia en el financiamiento, pues el presupuesto se asocia al cumplimiento de resultados sanitarios. • Contiene el gasto ineficiente de recursos por la asignación y balance del riesgo entre prestadores y aseguradores. • Acceso a formas de contratación competitivas (que permitan mejores precios y una oferta más predecible) con el sector privado.		manejo del presupuesto por partidas.
TIC	Implementación progresiva de la historia clínica electrónica	• Adquisición, operación, interoperabilidad y mantenimiento de la infraestructura digital (acceso a energía estable, internet, hardware, software, inteligencia artificial en la atención y diagnóstico por imágenes), especialmente en zonas rurales y de difícil acceso. • Costo de capacitación y cambio cultural de gestores y personal sanitario para el uso de dispositivos, protocolos y estrategias de comunicación efectiva.	• Mayor eficiencia del sistema de salud por la agilización en sus procesos. • Generación de información oportuna y de mejor calidad gracias al uso de la inteligencia artificial. • Información disponible para la toma de decisiones y como soporte para los sistemas de seguimiento y monitoreo de los procesos del SNS. Trazabilidad de los recursos.	• **SNS:** Agilidad en los procesos y otras actividades. Logro de la trazabilidad de los recursos. • **Ciudadano:** Agilidad en el proceso de diagnóstico oportuno y certero, particularmente en territorios alejados.	• RHUS que se resistan al cambio o presenten dificultades para adaptarse a la nueva lógica de gestión.
Abastecimiento	Redefinir el indicador de acceso a "usuarios atendidos con receta médica completa"	• Costo del estudio para el diseño del sistema de monitoreo, incluyendo el desarrollo de metodologías que permitan su aplicación diferenciada en contextos urbanos y rurales.	• Información y trazabilidad permite tomar decisiones para lograr un alto nivel de servicio de los productos farmacéuticos, dispositivos médicos y productos sanitarios.	• **Ciudadano:** mayor acceso a terapias oportunas, seguras y de calidad, especialmente en zonas con mayores barreras geográficas y económicas. Se adopta el indicador de nivel de servicio.	• Actores que toman ventaja de la discrecionalidad que deja el modelo actual de gestión del abastecimiento. • Personal con resistencia al cambio.

Objetivo	Acción Concreta	Actor Principal	Actor Principal	Actor Principal	Actor Principal
Abastecimiento	Redefinir el indicador de acceso a "usuarios atendidos con receta médica completa"	• Inversión en conectividad (receta electrónica interoperable). • Inversión en el sistema de información. • Gasto corriente para la operación del sistema de monitoreo. • Costo de la capacitación de recursos humanos y tiempo de adaptación al nuevo enfoque.	• Incentivos alineados a mejores resultados sanitarios, especialmente en zonas alejadas. • Cobertura sanitaria efectiva que mejora el nivel de salud de la población, gracias al acceso a tratamientos y procedimientos completos y oportunos.	• **MEF:** logro de eficiencia del gasto sanitario.	
Recursos Humanos	Rediseñar el SERUMS	• Costos asociados a la reestructuración del programa y a la estimación y seguimiento de la brecha de profesionales de la salud.	• Mejora de la cobertura y calidad de la atención. • Mejora de la atención de las IPRESS y redes.	• **Ciudadano:** recibe una mejor atención e incrementa su acceso a través del territorio. • **Profesionales de la salud:** Mayor capacitación y aprendizaje práctico. • **SNS:** fortalece la capacidad de respuesta del sistema ante retos territoriales y calidad de la atención.	• RHUS que se resistan al cambio o presenten dificultades para adaptarse. Instituciones y universidades que se benefician del actual statu quo.
Prestación de servicios	Implementación de las Redes Integradas de Salud (RIS).	• Esfuerzo de coordinación entre subsistemas para la definición de las RIS. • Diseño e implementación del sistema de referencia y contrarreferencia de las RIS estableciendo los flujos necesarios. • Costos de adecuación del sistema prestacional: tarifarios conjuntos, inversión coordinada, otros.	• Ampliación de la cobertura prestacional derivada de una mayor eficiencia del sistema. • Fortalecimiento del primer nivel de atención como puerta de ingreso al sistema, con impactos positivos en zonas rurales y territorios con limitada capacidad instalada. • Descongestión de los hospitales. Promueve la continuidad de la atención. • Ahorro de costos, al atender oportunamente los problemas de salud desde el primer nivel de atención.	• **Ciudadano:** mayor acceso a una cobertura prestacional efectiva y a un servicio completo, continuo, oportuno y de calidad. • **Hospitales:** se descongestionan por la contención de la demanda en el primer nivel. Esto permite mayor eficiencia y calidad en la atención. • **Primer nivel de atención fortalecido:** aumento de su capacidad resolutiva y diagnóstica, alineada a necesidades de salud actuales.	• RRHH de las IPRESS que no se adapten a la nueva lógica de gestión integrada. • Pacientes de los subsistemas policial y militar que seguirán afrontando una red prestacional congestionada.

Elaboración propia.

Anexo N.º 7: Metodología de priorización

Para la selección de las políticas se realizó una priorización cuantitativa y cualitativa. En primer lugar, se desarrolló el método de Hanlon como aproximación cuantitativa. Choi, Maza y Mujica (2019) evalúan la pertinencia de emplear diversos métodos para la evaluación de programas de salud, tales como la votación simple, el análisis multicriterio o el método de Delfos. Sin embargo, recomiendan el uso de la metodología de Hanlon por su versatilidad para considerar aspectos tanto técnicos como políticos. Si bien esta propuesta se centra en proponer una metodología para la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se establece que el método puede ser utilizado por países con necesidades de priorización similares.

El método original de Hanlon, descrito en Choi, Maza y Mujica (2019), incluye cuatro componentes para el cálculo del BPR, valor numérico estimado con el que priorizan las políticas. Los elementos que se toman en cuenta son: el tamaño del problema, la seriedad del problema, la efectividad de la medida y la factibilidad de la política. Este último componente, conocido como análisis PEARL, sirve como un indicador del riesgo de implementar la medida y contiene cinco subcomponentes: pertinencia, factibilidad económica, aceptabilidad, recursos disponibles o potenciales y legalidad. Las preguntas específicas que se consideran en el análisis de PEARL son:

1. ¿Es pertinente para resolver el problema de salud?
2. ¿Tiene sentido económico realizar el proyecto? ¿Hay consecuencias económicas si no se interviene?
3. ¿Lo aceptará la comunidad?
4. ¿Hay presupuesto disponible o potencialmente disponible?
5. ¿Las leyes actuales permiten implementar el proyecto?

Cuando una de las políticas no cumple uno de los cinco criterios de factibilidad de PEARL, no obtiene puntaje, por lo que no es priorizada.

Posteriormente se propusieron variantes del método de Hanlon, como incluir un componente que tome en cuenta el análisis costo-beneficio (Vilnius & Dandoy, 1990), la separación del análisis PEARL de la fórmula, de modo que sirva como un filtro previo (Neiger et al., 2011) o la inclusión de dos componentes para la evaluación: posicionamiento institucional e inequidad (Choi et al., 2019). El posicionamiento institucional es una variable clave en el caso de la OPS, ya que considera la disposición del país con el que se está trabajando para implementar las recomendaciones realizadas. Así, la OPS, en su metodología, asigna mayor puntaje para la priorización de políticas o programas si es que la probabilidad de implementación por parte de los países con los que trabaja es mayor.

Para el presente estudio, fue necesario adaptar la metodología de Hanlon de la OPS (Choi et al., 2019). Específicamente, el BPR se estimó considerando tres componentes: (i) tamaño del problema (A); (ii) seriedad del problema (B); y (iii) efectividad de la intervención (C).

En el siguiente cuadro se presenta un resumen de estos componentes y las variables que se emplean para calcularlos.

Cuadro N.° 4: Resumen de componentes empleados en la metodología

Variables	Subcomponentes	Valores
Tamaño del problema: Extensión del problema, número de personas a las que afecta.		0 a 10
Seriedad del problema: Es el resultado de evaluar la urgencia del problema, la pérdida económica que genera para la sociedad y la externalidad que provoca.	Urgencia Pérdida económica Severidad del impacto negativo en otros	0 a 10 0 a 10 0 a 10
Efectividad de la intervención: Grado de éxito de la intervención en alcanzar el objetivo propuesto bajo circunstancias normales		0 a 10

Elaboración propia.

En el caso del tamaño del problema (A), se asigna un puntaje entre 0 y 10 dependiendo de a cuántas personas afecta el problema. Choi, Maza y Mujica (2019) sugieren que si el problema afecta a pocas personas se asigne un puntaje entre 0 y 3, si afecta a un grupo medio de 4 a 6 y si afecta a un gran número entre 7 y 10.

Por el lado de la seriedad del problema (B), el cálculo depende de 3 subcomponentes: (i) la urgencia para resolver el problema (B1); (ii) la pérdida económica que genera el problema (B2) y (iii) la severidad del impacto negativo a individuos no implicados directamente en el problema (B3). El cálculo original de (Choi et al., 2019) incluía un cuarto componente asociado a la severidad de las consecuencias. Es decir, a la cantidad de años de vida saludables perdidos por muerte prematura o discapacidad generados por el problema. Dado que las políticas evaluadas no están asociadas directamente con este factor, se decidió no considerarlo para el cálculo.

Los 3 subcomponentes se puntúan de 0 a 10 dependiendo de qué tan urgentes, costosos en términos económicos o serios para agentes externos a la transacción son.

Finalmente, B se calcula como:

$$B = \frac{2}{3}(B1 + B2 + B3)$$

El valor de B debe estar acotado entre 0 y 20 para mantener la fórmula de BPR planteada por (Choi, et al., 2019). En el modelo original, cada subcomponente de B presenta valores entre 0 y 5, por lo que solo se suman. Sin embargo, como se decidió no incluir un subcomponente en la adaptación planteada, se propone que los subcomponentes estén acotados entre 0 y 10 y se corrige multiplicando por 2/3, de tal manera que B se mantenga entre 0 y 20.

El tercer componente, la asignación de puntaje para la efectividad (C), tiene un puntaje entre 0 y 10 puntos. Los autores plantean que, si el grado de éxito de la intervención en alcanzar el objetivo propuesto bajo circunstancias normales es nulo o bajo se asigne puntaje entre 0 y 3, si es algo efectiva se asignen entre 4 y 6 puntos o si es muy efectiva entre 7 y 10 puntos.

Finalmente, para el cálculo del BPR se aplica la siguiente fórmula:

$$BPR = \frac{(A+B)C}{3}$$

Su valor final está acotado entre 0 y 100 puntos y, luego de ordenar los puntajes de mayor a menor, se obtiene una lista priorizada de políticas.

Resultados de la estimación

El Cuadro N.° 5 presenta el consolidado de las evaluaciones. En este cuadro se ordenan las políticas según la priorización en cada tipo de proceso (valores presentados en la columna 2).

La primera columna de cada cuadro presenta el ranking general de priorización, considerando todas las políticas propuestas. En la segunda, se muestra el ranking de las políticas por tipo de proceso según el puntaje obtenido, siguiendo la metodología expuesta en el documento. Adicionalmente, en las columnas 5 y 6, se presenta el puntaje asignado por componente y el valor final (BPR).

Posteriormente, se hizo una revisión cualitativa de las políticas. Para ello, se tomó en cuenta los resultados de la etapa previa, el análisis de costos, beneficios, ganadores y perdedores, la potencial viabilidad ad-portas de las elecciones generales, las consecuencias de la crisis sanitaria y los riesgos asociados.

Para ello, se tuvieron entrevistas con expertos del sector salud y reuniones de trabajo en las que se revisaron las distintas dimensiones de cada opción de política. En esta etapa, se decidió replantear algunas de las políticas iniciales en función de los comentarios recibidos y priorizar la implementación de las RIS, ampliamente descrita a lo largo del documento.

Cuadro N.° 4: Resumen de componentes empleados en la metodología

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)						(6)
Puesto global	Puesto por tipo de proceso	Proceso	Política	Método de Hanlon						BPR
				A	B1	B2	B3	B	C	
2	1	Rectoría	1. Ejercicio exclusivo de la función de rectoría MINSA	8.00	9.66	9.66	10.00	19.55	9.66	88.70
6	2		2. Fortalecer el proceso de descentralización en salud	8.00	9.33	8.33	7.66	16.88	9.00	74.64
5	1	Financiamiento	1. Desarrollar un sistema de seguimiento de la calidad del gasto público en salud	8.33	8.66	8.66	8.00	16.88	9.00	75.63
13	2		2. Implementar mecanismos de compra de servicios prestacionales	7.00	7.00	6.33	7.66	13.99	8.00	55.98
11	3		3. Ordenar y simplificar el flujo de financiamiento a las RIS e IPRESS en el sector salud	7.00	7.00	7.66	7.33	14.66	8.66	62.53
1	1	Prestación	1. Implementar las RIS a nivel nacional	9.66	9.66	10.00	10.00	19.77	10.00	98.11
4	2		2. Fortalecer las IPRESS del primer nivel de atención con la ayuda de nuevas tecnologías y sistemas de información	9.33	8.66	8.66	8.33	17.10	9.66	85.10
3	3		3. Introducción de indicadores de desempeño	9.00	7.66	9.33	8.00	16.66	10.00	85.53
8	1	TIC	1. Implementar un sistema de información interoperable en los ámbitos prestacional, financiero y abastecimiento	7.66	8.00	8.33	7.66	15.99	8.66	68.28
10	2		2. Ampliar la conectividad de las IPRESS	8.66	8.33	8.00	7.33	15.77	8.00	65.16
12	1	RRHH	1. Desarrollar capacidades de gestión del recurso humano	7.00	6.66	7.33	7.33	14.21	8.66	61.24
9	2		2. Establecer una política nacional orientada a fortalecer la distribución territorial de los recursos humanos en el primer nivel de atención	7.33	7.66	8.00	8.66	16.21	8.66	67.96
7	1	Abastecimiento	1. Implementar un modelo de gestión del abastecimiento basado en el nivel de servicio	7.66	8.00	8.33	8.00	16.22	8.66	68.93

Elaboración propia.

PERÚ DEBATE 2026

Propuestas hacia un mejor gobierno

Comité impulsor

CIES consorcio de investigación económica y social

CENTRO DE INVESTIGACIÓN | UNIVERSIDAD DEL PACÍFICO

60 AÑOS IEP INSTITUTO DE ESTUDIOS PERUANOS

IPE INSTITUTO PERUANO DE ECONOMÍA

GOBIERNO Y POLÍTICAS PÚBLICAS PUCP

Aliados estratégicos

JNE JURADO NACIONAL DE ELECCIONES

Acuerdo Nacional Unidos para crecer

COALICIÓN CIUDADANA

CONCYTEC CONSEJO NACIONAL DE CIENCIA, TECNOLOGÍA E INNOVACIÓN

CONFIEP

Editora Perú

EMPRESARIOS POR LA INTEGRIDAD

eshoy

Mesa de Concertación para la Lucha contra la Pobreza

Proetica CAPÍTULO PERUANO DE TRANSPARENCY INTERNATIONAL

GRUPO Propuesta CIUDADANA

TRANSPARENCIA

Con el apoyo de

UNIÓN EUROPEA

cooperación alemana DEUTSCHE ZUSAMMENARBEIT

Implementada por giz Deutsche Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (GIZ) GmbH

GRUPO BANCO MUNDIAL

Embajada Británica Lima

IDRC · CRDI International Development Research Centre Centre de recherches pour le développement international

Canadá

SBG SWISSBETTERGOLD

Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

Embajada de Suiza en el Perú

Secretaría de Estado para Asuntos Económicos SECO

IPYS INSTITUTO PRENSA Y SOCIEDAD

NDI INSTITUTO NACIONAL DEMOCRATA

iila Organización internacional ítalo-latinoamericana

AVSI People for development

fiap