

# Qué se necesita cambiar para que el primer nivel de atención funcione

Instituto de Análisis y Gestión · Noviembre 2025

En septiembre de 2025, la OPS publicó la primera estimación sistemática del gasto público en el primer nivel de atención en Perú, elaborada por Cecilia Má Cárdenas. El estudio cubre el período 2018–2022 en el sub-sector público y EsSalud. El informe completo está en [IRIS PAHO](#). En noviembre de 2025, el Instituto de Análisis y Gestión organizó un webinar para discutir los hallazgos con Claudia Pescetto (OPS, a título personal) y Hernán García (exgerente en diversas posiciones en MINSa/EsSalud/GOREs).

## Mensajes centrales

El problema no está exclusivamente en la cantidad de recursos ni en la intención de quienes gestionan —está en lo que el sistema premia y lo que no incentiva.

Tres de las seis condiciones son las que hacen posible las demás: quién controla el presupuesto del primer nivel, qué señal envía ese presupuesto, y quién vigila desde afuera. Sin ellas, las otras tres —personal, tecnología, medicamentos— pueden mejorar el margen sin cambiar la lógica.

<b>S/. 119</b> gasto per cápita primer nivel EsSalud (2022)	<b>S/. 349</b> gasto per cápita primer nivel MINSa/GOREs (2022) — el triple	<b>68%</b> creció el presupuesto del primer nivel MINSa/GOREs 2018–2022	<b>77%</b> tasa de ejecución del presupuesto de medicamentos MINSa/GOREs
--	--	--	---

La atención primaria figura como prioridad en todos los planes de salud. Los datos de gasto muestran que en EsSalud el primer nivel recibe el 8% del presupuesto mientras el tercer nivel absorbe el 56%. En MINSa/GOREs el primer nivel recibe entre el 47% y 52% del gasto corriente en salud, pero cada año se ejecuta menos: el presupuesto de bienes y servicios acumuló más de 1,200 millones de soles no ejecutados entre 2018 y 2022, de los cuales 618 millones son transferencias del SIS que quedan como saldo año tras año sin llegar al usuario. Los resultados en salud no acompañaron el crecimiento del gasto: la cobertura de vacunación contra la polio (3ª dosis) cayó de 80% a 60% entre 2018 y 2021 —*período que incluye los años de pandemia, cuando la vacunación rutinaria se interrumpió en toda la región*.

Las condiciones que siguen no son nuevas. Lo que importa reconocer es que aplicarlas de manera aislada tiende a reproducir el resultado conocido, porque el problema no está solo en la cantidad de recursos ni en la intención de quienes gestionan —está en lo que el sistema premia y lo que no reconoce. Los incentivos que mueven el sistema son financieros, pero no solo financieros.

# 01

---

## **Personas y comunidades como actores de supervisión y vigilancia**

Las personas y comunidades son el primer observador cuando el sistema falla: saben si el establecimiento no abrió, si los medicamentos no llegaron, si las actividades programadas se realizaron. Esa información existe, pero no tiene canal formal con consecuencias.

Se necesitan datos de ejecución accesibles al público, canales de retroalimentación que generen acciones correctivas, y mecanismos de rendición de cuentas cuando se documenta incumplimiento.

# 02

---

## **Presupuesto que responde al perfil de salud del territorio**

El presupuesto se distribuye según lo que cada unidad ejecutora recibió el año anterior. Esa señal no refleja necesidad ni resultados: el actor que gestiona bien o mal puede recibir prácticamente lo mismo el año siguiente.

Cambiar esa señal significa ligar la distribución a indicadores de necesidad y resultados en cuidados de la salud por territorio. Una condición importante es que los datos sean auditados independientemente.

# 03

---

## **Separar los flujos del primer nivel de los del hospital, con un gestor que responda por resultados**

Cuando se administran simultáneamente el hospital y el primer nivel, las entrevistas del estudio documentan un patrón: cuando hay tensión, el presupuesto del primer nivel se dirige al hospital.

La separación de flujos necesita un gestor con mandato exclusivo que responda por resultados articulando financiamiento y modelo de atención. El informe identifica su ausencia como causa crítica. El Perú tuvo un programa de gerentes públicos que no se continuó.

# 04

---

## **Alinear los incentivos del personal con las necesidades de los usuarios**

En el personal asistencial, los incentivos están ligados a la presencia, no a la resolución de necesidades. Los horarios de atención responden a la organización interna de los establecimientos, no a los momentos en que la demanda es mayor. El sistema tampoco ha

generado las condiciones que el primer nivel necesita: por ejemplo, la formación de médicos de familia no ha sido acompañada de plazas suficientes para incorporarlos.

## 05

---

### **Invertir en capacidad resolutive con condiciones para su expansión**

Los esfuerzos para aumentar la capacidad resolutive se han centrado en inversión en tecnología y competencias —telemedicina, laboratorios referenciales, centros especializados por patología—, pero la historia muestra pilotos exitosos que no se expanden. Los pilotos necesitan desde el diseño: criterios explícitos para su expansión, financiamiento y desarrollo de capacidades para la fase siguiente, y una autoridad responsable de la transición.

La inversión en competencias no debe olvidar las tareas concretas del primer nivel: la gestión de la vacunación, los planes de respuesta territorial al dengue, y el seguimiento de niños con anemia o desnutrición y mujeres con tamizaje pendiente de cáncer de cérvix y mama, para nombrar los principales.

## 06

---

### **Reformar la cadena de medicamentos, no solo la compra**

El presupuesto de medicamentos creció cada año entre 2018 y 2022, pero su ejecución se mantuvo en 77%. Parte del saldo no ejecutado son transferencias del SIS acumuladas sin convertirse en medicamento disponible para el usuario.

El problema empieza antes de la compra: la programación de medicamentos se basa en saldos de stock, no en las necesidades de la prestación. Una programación desconectada de la demanda reproduce el desabastecimiento con independencia del presupuesto disponible. La reforma debe abarcar toda la cadena, con supervisión desde la compra hasta la entrega efectiva al usuario.

### **A modo de conclusión: ¿cuáles son las palancas?**

De las seis condiciones, tres parecen ser las que hacen posible las demás: quién controla el presupuesto del primer nivel, qué señal envía ese presupuesto, y quién vigila desde afuera, tanto la ejecución como la rendición de cuentas. Sin ellas, las otras tres —personal, tecnología, medicamentos— pueden mejorar el margen sin cambiar la lógica.

Lo que permitiría inferir componentes esenciales de una reforma posible: un gestor con poder de decisión, pago por redes de salud; y vigilancia ciudadana que consolide y vuelva irreversibles los cambios.