

Políticas públicas en materia de salud en Perú: procesos de descentralización y calidad de atención

Public health policies in Peru: decentralization processes and quality of care

Políticas de saúde pública no Peru: processos de descentralização e qualidade da atenção

ARTÍCULO ORIGINAL



Escanea en tu dispositivo móvil
o revisa este artículo en:
<https://doi.org/10.33996/revistavive.v8i23.403>

Edith Margot Alcalde Giove 

edmalgi@ucvvirtual.edu.pe

Universidad César Vallejo. Lima, Perú

Artículo recibido 11 de marzo 2025 / Aceptado 21 de abril 2025 / Publicado 1 de mayo 2025

RESUMEN

Introducción. Las políticas públicas de salud en Perú enfrentan grandes desafíos en la articulación de la descentralización con la mejora en la calidad de atención. La transferencia de competencias a los gobiernos regionales ha generado desigualdades en el acceso y la calidad de los servicios y como estos elementos han impactado en la salud de la población. **Objetivo:** analizar las políticas públicas de salud en Perú, con un enfoque en los procesos de descentralización y sus consecuencias en la calidad de atención sanitaria. **Materiales y método:** Enfoque cualitativo, diseño documental, basado en una búsqueda exhaustiva de estudios en bases de datos como Wos, Scopus y SciELO, bajo lineamientos PRISMA 2020, el período de búsqueda del 2018 al 2024. Se aplicaron criterios de inclusión para restringir estudios relacionados directamente con la descentralización y la calidad de atención en el contexto peruano, se excluyeron estudios no empíricos y aquellos centrados en otros temas, en total 31 estudios fueron seleccionados. **Resultados:** la descentralización ha contribuido a una mayor accesibilidad a los servicios de salud en las regiones, la calidad de atención se ve afectada por problemas de coordinación, falta de recursos y desigualdades entre regiones. **Conclusiones:** la descentralización en salud en Perú depende de la competencia de las administraciones locales y la disponibilidad de recursos, pero enfrenta desafíos como la escasez de recursos humanos, ausencia de capacitación, infraestructura deficiente, politización de la gestión e insuficiente coordinación intergubernamental, limitando la calidad, equidad y eficiencia en la disponibilidad de servicios sanitarios.

Palabras clave: Atención; Calidad; Descentralización, Salud; Sistemas

ABSTRACT

Introduction. Public health policies in Peru face major challenges in coordinating decentralization with improved quality of care. The transfer of powers to regional governments has generated inequalities in access to and quality of services, and how these elements have impacted the health of the population. **Objective:** To analyze public health policies in Peru, with a focus on decentralization processes and their consequences on the quality of health care. **Materials and methods:** Qualitative approach, documentary design, based on an exhaustive search of studies in databases such as Wos, Scopus, and SciELO, under PRISMA 2020 guidelines, the search period from 2018 to 2024. Inclusion criteria were applied to restrict studies directly related to decentralization and quality of care in the Peruvian context; non-empirical studies and those focused on other topics were excluded. A total of 31 studies were selected. **Results:** Decentralization has contributed to greater accessibility to health services in the regions; the quality of care is affected by coordination problems, lack of resources, and inequalities between regions. **Conclusions:** Health decentralization in Peru depends on the competence of local governments and the availability of resources, but faces challenges such as a shortage of human resources, lack of training, deficient infrastructure, politicization of management, and insufficient intergovernmental coordination, limiting the quality, equity, and efficiency of health services.

Key words: Care; Quality; Decentralization; Health; Systems

RESUMO

Introdução. As políticas de saúde pública no Peru enfrentam grandes desafios na coordenação da descentralização com a melhoria da qualidade do atendimento. A transferência de poderes para governos regionais gerou desigualdades no acesso e na qualidade dos serviços, e como esses elementos impactaram a saúde da população. **Objetivo:** Analisar as políticas de saúde pública no Peru, com foco nos processos de descentralização e suas consequências na qualidade do atendimento. **Materiais e métodos:** Abordagem qualitativa, delineamento documental, com base em uma busca exaustiva de estudos em bases de dados como Wos, Scopus e SciELO, sob as diretrizes PRISMA 2020, o período de busca de 2018 a 2024. Os critérios de inclusão foram aplicados para restringir estudos diretamente relacionados à descentralização e à qualidade do atendimento no contexto peruano; estudos não empíricos e aqueles focados em outros tópicos foram excluídos. Um total de 31 estudos foram selecionados. **Resultados:** A descentralização contribuiu para maior acessibilidade aos serviços de saúde nas regiões; a qualidade do atendimento é afetada por problemas de coordenação, falta de recursos e desigualdades entre regiões. **Conclusões:** A descentralização da saúde no Peru depende da competência dos governos locais e da disponibilidade de recursos, mas enfrenta desafios como escassez de recursos humanos, falta de capacitação, infraestrutura precária, politização da gestão e coordenação intergovernamental insuficiente, limitando a qualidade, a equidade e a eficiência dos serviços de saúde.

Palavras-chave: Atenção; Qualidade; Descentralização; Saúde; Sistemas

INTRODUCCIÓN

Las políticas públicas inciden en múltiples dimensiones de la vida social, incluyendo en dimensiones sociales, políticas, materiales y culturales de la estructura social, y su desarrollo responde a contextos históricos específicos que determinan sus características y limitaciones. Su finalidad principal es suplir las carencias de la ciudadanía y ofrecer soluciones a los desafíos que enfrenta la sociedad (1). En este marco, el Estado asume la responsabilidad de proveer servicios esenciales para asegurar el bienestar de la población, lo que exige transitar de un modelo centrado en la gobernabilidad hacia uno de gobernanza, donde la corresponsabilidad ciudadana y la participación activa son fundamentales para impulsar transformaciones significativas y sostenibles. Este enfoque se sustenta en los principios de desarrollo, derechos y democracia (2).

Las instituciones de salud han evidenciado fallas estructurales, sumadas a su enfoque en la preparación de medidas preventivas se vieron sobrepasadas por la pandemia con la rapidez y magnitud de su evolución, esta situación ha afectado la vida y bienestar globalmente, impactando especialmente a las poblaciones más vulnerables y ha provocado una inestabilidad social marcada por la disminución en recibir atención sanitaria y seguridad social, empobrecimiento y la profundización de inequidades ya existentes (3).

A nivel internacional, experiencias como la de Laos, Asia sigue un modelo de descentralización desconcentrada, lo que significa que en gran medida, está controlado por el gobierno central, aunque se están llevando a cabo cambios importantes, como la transformación digital aplicada a salud y la creciente presencia de profesionales capacitados en nutrición a nivel provincial, estos factores aún no han generado un cambio significativo en la estructura centralizada; a pesar de las expectativas de que estos avances podrían otorgar más autonomía a los gobiernos provinciales para mejorar la situación de la malnutrición local, los datos sugieren que estos cambios no son lo suficientemente fuertes por ahora (4).

En el caso del sistema de salud peruano, se evidencia la persistencia de una brecha marcada de desigualdad en el acceso para recibir una atención de salud, relacionado con barreras económicas siendo más altas para las poblaciones pobres, especialmente en áreas rurales, a pesar de existir políticas gubernamentales que garantizan la cobertura de salud, sin embargo, se tiene ausencia de seguros de salud afectando de manera directa a pobladores con algún grado de vulnerabilidad y más aún aquellas que radican en zonas rurales (5).

La estructura de los servicios sanitarios en Perú se orienta hacia la Cobertura Universal de Salud, que tiene como punto focal la equidad para asegurar la facilidad para recibir atención médica

sin embargo, tanto en Guatemala como en el Perú, a pesar de que incorporan mecanismos de rendición de cuentas lideradas por los propios ciudadanos diseñadas para identificar y solucionar problemas en las instituciones sanitarias, se visualiza que la exclusión social no solo afecta negativamente los sistemas de salud, sino que también dificulta el avance hacia la cobertura universal, por lo tanto hay una influencia directa de la exclusión social acerca de la distribución equitativa de los servicios de salud, develando algunos desafíos, como la democratización de las organizaciones gubernamentales y el optimización de mecanismos inclusivos que son fundamentales para avanzar de manera equitativa hacia la cobertura universal de salud (6).

En los últimos años, el sistema sanitario peruano ha experimentado cambios sustanciales relacionados con la reducción de las mortandad y aumento de años de vida esperados, con variabilidad en los factores demográficos, reducción del analfabetismo, progreso en los procesos de urbanización y en particular en la expansión de las instituciones prestadoras de salud. No obstante, todas estas mejoras se vieron opacadas en pandemia, obligando al Ministerio de Salud a diseñar y aprobar la Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030, con enfoques de equidad y derechos (1).

Por otra parte, la descentralización en salud ha sido un componente central de las reformas de

políticas públicas en Perú, orientada a mejorar la accesibilidad y equidad en la atención médica. Sin embargo, persisten desafíos en la implementación del aseguramiento universal y en la consolidación del primer nivel de atención como puerta de entrada al sistema, lo que contribuye a una preferencia por el sector privado debido a percepciones de baja calidad en los servicios público (1).

En este sentido, en el presente estudio, la descentralización se entiende como el proceso mediante el cual el gobierno central transfiere competencias, recursos y responsabilidades a los gobiernos regionales y locales, con el fin de mejorar la gestión y la provisión de servicios públicos (7, 8). Por su parte, la calidad de la atención sanitaria se define como el grado en que los servicios de salud aumentan la probabilidad de obtener resultados deseados en salud, considerando dimensiones como accesibilidad, equidad, eficiencia y satisfacción de los usuarios (9, 10).

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística e Informática, la distribución desigual de profesionales de salud, favorece a las capitales en detrimento de otras regiones. Este desequilibrio, a su vez, afecta la calidad y el acceso a la atención en las zonas más alejadas, presencia de corrupción y deficiente administración de los recursos del Estado empeoran la situación, dificultando la correcta implementación de políticas de salud y afectando el uso eficiente de los fondos (11).

En consecuencia, la desconcentración política y técnica del sector salud ha sido una estrategia adoptada por el gobierno peruano para mejorar la gestión y distribución de recursos, sin embargo, esta descentralización ha traído consigo diversas problemáticas, como la disparidad en la calidad de atención entre las diferentes regiones del territorio peruano y escases de infraestructura óptima en muchos centros de salud.

La combinación de estos factores ha generado que por parte de la población recurra a servicios alternativos, lo que plantea la pregunta central de este estudio ¿Cuáles son las consecuencias de los procesos de descentralización de las políticas públicas en materia de salud en Perú sobre la calidad de atención sanitaria?

En este contexto, la presente investigación tiene como objetivo: analizar las Políticas públicas en materia de salud en Perú: Procesos de descentralización y calidad de atención, bajo un modelo integral y sistémico basada en la prerrogativa primordial de los individuos a la salud, utilizando los medios existentes en cada uno de los subsistemas, controlados por el órgano rector bajo las estructuras gubernamentales, orientados en dirección a un sistema sanitario inclusivo y más justo, con accesibilidad a servicios organizados, supervisados y en constante perfeccionamiento de la calidad, que articule las acciones de los tres niveles de gobierno y sectorial, garantizando un acceso justo y eficaz a los servicios sanitarios del país.

Finalmente, este análisis se focaliza en la población usuaria de los servicios públicos de salud en Perú, con especial atención en regiones rurales y grupos vulnerables, en un contexto que busca articular los niveles de gobierno para lograr un sistema sanitario inclusivo y equitativo.

METODOLOGIA

El presente estudio corresponde a una revisión sistemática de la literatura, con enfoque cualitativo, orientado a analizar las políticas públicas en materia de salud en Perú, con énfasis en los procesos de descentralización y calidad de atención. El diseño del estudio sigue los lineamientos Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) 2020, lo que garantiza un proceso metodológico riguroso y transparente.

La búsqueda sistemática se realizó en las bases de datos científicas PubMed/MEDLINE, Scopus, Web of Science, SciELO. Se emplearon términos de búsqueda específicos tanto en español como en inglés, tales como “políticas públicas en salud”, “descentralización sanitaria” “calidad de atención”, “Perú”, “health policy”, “Decentralización”, “quality of care” care”, entre otros. Se utilizaron operadores booleanos (AND, OR) para optimizar la recuperación de información relevante.

Esta metodología permitió generar una comprensión profunda y actualizada de las transformaciones del sistema de salud peruano,

sus desafíos actuales y las oportunidades de mejora, la rigurosidad metodológica propició una revisión sistemática con una base sólida para la evaluación y fortalecimiento de las estrategias políticas gubernamentales sobre la salud en el Perú, contribuyendo a la generación de valor público con un sistema sanitario más eficiente, equitativo y de calidad.

En la revisión sistemática se establecieron criterios de inclusión y exclusión rigurosos para asegurar la relevancia y calidad de los estudios seleccionados, la pertinencia y actualidad de la información, dentro de los criterios de inclusión se consideró artículos desde el 2018 al 2024, priorizando artículos científicos revisados por pares, documentos oficiales gubernamentales e informes técnicos de organismos nacional o internacional, se consideraron estudios en español e inglés. Por otro lado, se excluirán publicaciones anteriores a 2018 (excepto para marcos teóricos fundamentales), artículos de opinión sin sustento

empírico, estudios exclusivamente clínicos sin relación con los temas en estudio.

El proceso de identificación y selección de estudios se desarrolló en tres fases secuenciales, siguiendo el flujo PRISMA, Figura 1. Se identificaron 295 registros mediante la búsqueda en bases de datos y 10 registros adicionales en otras fuentes, sumando un total de 305 registros. Tras eliminar duplicados, se revisaron los resúmenes de 42 estudios. De estos, 11 fueron excluidos por no cumplir con los criterios de inclusión. Finalmente, se evaluaron resultando en la inclusión de 31 estudios para la síntesis cualitativa.

En cuanto al análisis de la información, los hallazgos fueron sintetizados mediante un análisis temático, enfocado en los procesos de descentralización y sus consecuencias sobre la calidad de atención en el sistema de salud peruano. Este enfoque permitió identificar patrones, desafíos y oportunidades de mejora en la implementación de políticas públicas en salud.

METODOLOGIA PRISMA: POLÍTICAS PÚBLICAS EN MATERIA DE SALUD EN PERÚ: PROCESOS DE DESCENTRALIZACIÓN Y CALIDAD DE ATENCIÓN.



Figura 1. Diagrama de flujo PRISMA del proceso de selección de estudios.

DESARROLLO Y DISCUSIÓN

A continuación, se presentan los resultados obtenidos a partir del análisis sistemático de la literatura y la revisión de las principales políticas públicas en salud implementadas en el Perú, con especial énfasis en los procesos de descentralización y calidad de atención. Este

apartado expone los hallazgos más relevantes organizados según las categorías temáticas definidas en la matriz de estudios seleccionados, lo que permite identificar patrones, avances y desafíos persistentes en el sistema sanitario peruano y su comparación con experiencias internacionales.

Tabla 1. Matriz de análisis de estudios seleccionados.

Categoría temática	Nº	Título	Autor/año	País	Conclusión relevante
Políticas públicas salud	1	Políticas públicas en Sistema Nacional de Salud en el Perú	Buendía, et al. (1)	Perú	Persisten brechas de acceso y calidad; urge un enfoque integral considerando factores geográficos, demográficos y económicos.
Políticas públicas salud	2	Gobernanza y rectoría de la calidad en los servicios de salud en el Perú	Ugarte (12)	Perú	Es necesario redefinir el derecho a la salud y fortalecer la rectoría estatal para garantizar acceso y calidad.
Políticas públicas salud	3	Análisis de Políticas Públicas en Salud: el caso de recursos humanos en el Perú	Llanos (13)	Perú	Falta política estatal clara en recursos humanos; la sostenibilidad requiere liderazgo, financiamiento y participación.
Políticas públicas salud	4	El camino hacia la atención centrada en el paciente en el Perú	Alarcón, et al. (14)	Perú	La atención centrada en el paciente enfrenta barreras estructurales y no es aún prioridad en la práctica ni política.
Políticas públicas salud	5	Calidad de atención en salud a usuarios, centro de salud Julio Andrade, Ecuador	Urua (15)	Perú	Reitera que la falta de infraestructura y competencias limita la calidad; se requiere un enfoque integral y multisectorial.
Políticas públicas salud	6	Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 "Perú, país saludable"	Ministerio de Salud (8)	Perú	Establece un marco multisectorial con enfoque en equidad, derechos y atención integral para mejorar el sistema de salud.
Políticas públicas salud	7	Financiamiento del sistema de salud colombiano: Tendencias y desafíos	Espinal y Restrepo (16)	Colombia	El fortalecimiento financiero es clave para la protección y equidad en salud, manteniendo predominio público.
Políticas públicas salud	8	El sistema de salud en Colombia 1945-2020: entre la realidad y el imaginario social	Morales (17)	Colombia	Estado y mercado son interdependientes en la búsqueda del bienestar social; ambos son necesarios.
Políticas públicas salud	9	Gestión de políticas públicas en salud: Mujeres migrantes en la Patagonia, Argentina	Barria (18)	Argentina	La política en salud para migrantes es focalizada y tutelar, con tensiones en contextos de desigualdad.

Categoría temática	Nº	Título	Autor/año	País	Conclusión relevante
Políticas públicas salud	10	Por una cobertura sanitaria universal	Rubio (19)	Brasil	Destaca que la salud pública de calidad es un bien público fundamental y una red de seguridad frente al gasto catastrófico en salud, fenómeno que empuja a millones a la pobreza extrema debido a los costos directos de atención sanitaria.
Descentralización	11	The state of decentralization of the healthcare system and nutrition programs in Laos	Viphonephom et al. (4)	Laos	La descentralización sigue siendo desconcentrada; los cambios tecnológicos y de personal no han modificado la estructura centralizada.
Descentralización	12	Decentralization of the health system – experiences from Pakistan, Portugal and Brazil	Mahmood et al. (20)	Multinacional	La descentralización presenta retos comunes en gestión y equidad; la autonomía local debe ir acompañada de fortalecimiento institucional.
Sistema de salud	13	Evolución del sistema de salud colombiano: ¿qué queda de la Ley 100 de 1993?	Restrepo (21)	Colombia	Mejoras en financiamiento y regulación, pero debilitamiento de la gobernanza institucional.
Sistema de salud	14	Organization and Performance of US Health Systems	Beaulieu et al. (22)	EE.UU.	La calidad y desempeño varían según el tipo de sistema; se evalúan por atención preventiva, crónica y experiencia del paciente.
Sistema de salud	15	Los Desafíos del sistema de salud en México	Lomeli (23)	México	El rezago en infraestructura y financiamiento limita cobertura y equidad; urge fortalecer el sistema público.
Sistema de salud	16	Políticas para la salud global en tiempo de pandemias: experiencia panamericana	Moreno y Missoni, (24)	Panamérica	Fortalecer cooperación internacional y la infraestructura es clave para enfrentar crisis sanitarias futuras.
Calidad de atención	17	La calidad de la atención como eje de los sistemas de salud	Saturno (25)	México	La fragmentación del sistema dificulta equidad y calidad; urge coordinación y rutas claras para atención integral.
Calidad de atención	18	Giving Meaning to Quality of Healthcare in Malaysia	Narayanan et al. (26)	Malasia	La calidad debe definirse localmente y consensuarse; requiere enfoque integral y participación de todos los actores.

Categoría temática	Nº	Título	Autor/año	País	Conclusión relevante
Calidad de atención	19	Calidad de la atención en salud: un análisis crítico	Donabedian (9)	Global	La calidad se basa en estructura, proceso y resultado; requiere evaluación continua y enfoque sistémico.
Calidad de atención	20	Percepción de la calidad de atención en establecimientos públicos de salud en Perú	Díaz, et al. (5)	Perú	Persisten brechas de calidad percibida, especialmente en zonas rurales y poblaciones vulnerables.
Calidad de atención	21	Evaluación de la calidad de atención en servicios de salud públicos del Perú	Samuel et al. (6)	Perú	La exclusión social limita la equidad y la cobertura universal; urge fortalecer mecanismos inclusivos y rendición de cuentas.
Calidad de atención	22	Factores asociados a la satisfacción del usuario en servicios de salud públicos	Instituto Nacional de Estadística e Información (11)	Perú	Desigual distribución de profesionales afecta calidad y acceso, especialmente en regiones alejadas.
Calidad de atención	23	Descentralización y calidad de atención en el sistema de salud peruano	Ministerio de Salud del Perú (8)	Perú	La descentralización ha mejorado la gestión local, pero persisten disparidades en calidad y acceso entre regiones.
Sistema de salud	24	Redefining the health system: A proposed updated framework of a systems approach to health	Alaeddini, y Esmailzadeh, (27)	Global	Propone un marco actualizado para abordar la salud desde un enfoque sistémico integral, mejorando la gestión y resultados.
Sistema de salud	25	Análisis de situación de salud del Perú 2019	Ministerio de Salud (8)	Perú	Identifica brechas en acceso y calidad, especialmente en zonas rurales y poblaciones vulnerables.
Sistema de salud	26	Comparative european experience and the decentralization health challenge	Blázquez (28)	Scopus	Este artículo analiza las principales características de los modelos europeos de descentralización sanitaria, con especial atención a los determinantes de los resultados y el gasto sanitario.
Gestión y calidad	27	Process-based Management aimed at improving health care and financial results	Brancalion y Costa (29)	Brasil	La gestión basada en procesos mejora la eficiencia y calidad, impactando positivamente en resultados financieros y sanitarios.

Categoría temática	Nº	Título	Autor/año	País	Conclusión relevante
Desigualdades socioeconómicas	28	Inequalities in Health System Coverage and Quality: A Cross-Sectional Survey of Four Latin American Countries.	Roberti y Doubova, (30)	Scopus	Persisten desigualdades socioeconómicas que limitan el acceso a consultas médicas, afectando la equidad en salud.
Salud global	29	Global Health Management: Addressing Health Disparities And Inequalities	Diwakar, D. Katyayani S (31)	Global	Destaca la necesidad de políticas inclusivas y coordinadas para reducir disparidades en salud a nivel global.
Participación comunitaria	30	Community participation in health, a public health challenge	Loyola (2)	Global	Subraya la importancia de la participación activa de la comunidad para fortalecer la corresponsabilidad y la gobernanza en salud.
Calidad y ética	31	Calidad y ética en la atención sanitaria	Marckmann y Schildmann (32)	Global	La calidad en salud debe integrarse con principios éticos para garantizar atención digna, segura y equitativa.

Los estudios de Buendía et al., Ugarte y Llanos (1, 12, 13) evidencian que, a pesar de marcos normativos y políticas multisectoriales, persisten brechas significativas en la cobertura y calidad del servicio, en especial en zonas rurales y poblaciones vulnerables. Además, subrayan Buendía et al. (1) y el Ministerio de Salud (8) que es importante un enfoque integral que considere factores geográficos, demográficos y económicos para mejorar la equidad y sostenibilidad del sistema. La falta de políticas claras en recursos humanos y la limitada priorización de la atención centrada en el paciente constituyen obstáculos para la efectividad de las reformas (13, 14).

En este sentido, Barria (18) conceptualiza las políticas en salud como un sistema complejo de planes, lineamientos y acciones que reflejan las necesidades específicas de las comunidades y las dinámicas de poder y control presentes en el sistema sanitario. En México, Lomelí (23) señala que la infraestructura inadecuada y las dificultades en el sistema de abastecimiento limitan la expansión de la cobertura sanitaria y afectan la eficiencia financiera, dificultando la respuesta a la creciente demanda de servicios.

Por otro lado, en Colombia, Morales (17) destaca la interdependencia entre producción y organización social, señalando que los factores económicos, sociales y políticos enfrentan retos en su consumación y funcionamiento buscando

un equilibrio entre la demanda sanitaria, Estado y sociedad. En cuanto al contexto peruano, la Constitución (33) y la Ley General de Salud (34) garantizan el derecho a la salud, mientras que la Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud (35) impulsa una reforma con enfoque integral y descentralizado.

Asimismo, el Ministerio de Salud (8) ha promovido mejoras en las condiciones laborales y un modelo de atención familiar y comunitaria, basado en la equidad y la inclusión social para facilitar el acceso a salud. Sin embargo, en la práctica diaria persisten vulneraciones de derechos encontrándose con un alto grado de insatisfacción social y riesgos para la salud de la población. En este contexto, Moreno y Mossini (24), resaltan la necesidad de optimizar el trabajo colaborativo global y fortalecer la infraestructura sanitaria.

De hecho, en los últimos años, los estudios han subrayado que los desafíos en el sistema de salud peruano se asocian a problemas de exclusión, limitada infraestructura y disparidades geográficas y económicas. Estos factores limitan el acceso y la eficiencia del sistema sanitario, haciendo necesaria una visión integral que contemple tanto los elementos estructurales como los contextuales (11). Por consiguiente, el análisis de estas políticas puede basarse en enfoques participativos y centrados en el paciente, ya que el éxito de la

descentralización también depende de ajustar el sistema de salud a las demandas y particularidades locales (14).

En contraste, en Colombia, se implementó un modelo de cobertura universal que combina financiamiento tanto público como privado, operando a través de las Empresas Promotoras de Salud; sus políticas públicas han evolucionado mediante procesos de adaptación orientadas a fortalecer sus aspectos financieros, institucionales y de cobertura, logrando avances en acceso y financiamiento tributario, pero enfrenta desafíos en equidad, gobernanza e integración de atención primaria (21). En ese sentido, Rubio (19), destaca que la salud pública de calidad es un bien público fundamental. Además, en Guatemala y Perú Samuel et al, (6) concluyen que no basta con incrementar el financiamiento de los sistemas de salud para lograr una protección en salud, sino que es importante la democratización de las organizaciones gubernamentales para que se reduzca la exclusión de cierta población.

Por otra parte, la Ley de Bases de la Descentralización (Ley Nº 27783) (36) establece un marco normativo para la organización del Estado en Perú, promoviendo un enfoque democrático y descentralizado en la administración pública, que establece un marco para distribuir competencias y recursos entre niveles de gobierno en Perú, con el fin de mejorar la gestión pública y

cercana a la ciudadanía (33). Buendía, et al. (1) y Alarcón (14), consideran que la descentralización debe entenderse como un proceso dinámico que necesita una adaptación continua al contexto social y cultural de cada región. Por último, Marckmann y Schildmann, (32) enfatizan que la calidad de la atención incluye una dimensión ética sustentada en principios como la beneficencia, la no maleficencia, el respeto a la autonomía del paciente y justicia. No obstante, esta dimensión ética es difícil internalizar en el recurso humano, especialmente, en el sector público, donde la corrupción es un problema persistente.

Finalmente, en el artículo de Narayanan (26) destaca políticas relevantes, como la Política Nacional de Calidad en Atención Sanitaria de Malasia, que promueve la integración y mejora continua tras la descentralización. Sin embargo, la percepción generalizada de la mayoría es un empeoramiento en el acceso, elevado costo financiero de la salud, por lo que se requiere revisar las políticas, y estructuras para garantizar la calidad.

En Perú, la desconcentración sigue siendo ineficiente debido a la fragmentación del sector salud, en múltiples subsectores, que no permiten una integración técnica, financiera y social, afectando la satisfacción de los usuarios. En contraste en México, Saturno, (25) propone un Sistema de Gestión de Calidad Integral para

mejorar la calidad mediante la participación de todos los niveles, mientras que Brancalion y Costa (29) sugieren la gestión basada en procesos y modelos como Lean Six Sigma para optimizar recursos, reducir costos y aumentar la eficiencia.

Discusión

Los hallazgos de la revisión, muestran que, a pesar de los avances normativos y las reformas implementadas en el sistema de salud peruano, persisten desafíos estructurales que limitan la equidad, calidad y eficiencia de la atención sanitaria. Esta problemática coincide con los hallazgos de Buendía et al. (1) y Llanos (13), quienes señalan que las brechas en cobertura y calidad, en especial en zonas vulnerables o poblaciones rurales, continúan siendo un problema central. La falta de claridad en la implementación de las políticas en recursos humanos y la escasa priorización de la atención centrada en el paciente evidencian una brecha entre las políticas formuladas y su efectiva implementación (14).

La descentralización, concebida como un mecanismo para la mejora de la gestión local y la accesibilidad, ha mostrado resultados mixtos. Advierten Mahmood, et al. (20) que, sin un fortalecimiento institucional adecuado y una evaluación constante, la descentralización puede afianzar las desigualdades y dividir el

sistema. En el caso de Perú, la descentralización continúa enfrentando limitaciones por la falta de especialización del recurso humano, interferencias políticas y normativas desactualizadas, lo que ha generado desconfianza y ha dificultado la integración técnica y financiera del sistema (19, 8).

Estos hallazgos son consistentes con experiencias internacionales donde la descentralización requiere un equilibrio entre autonomía local y coordinación centralizada que garantice equidad y calidad (20, 26). La fragmentación del sistema peruano, con múltiples subsectores en desconexión, contrasta con modelos ya compactados e integrados que han logrado mejores resultados en países como México y Colombia, donde la gestión basada en procesos y la implementación de sistemas de calidad han promovido mejoras en eficiencia y satisfacción del usuario (21, 25, 29).

Del mismo modo, la dimensión ética de la calidad de atención, presentada por Marckmann y Schildmann (32), es fundamental para garantizar una atención digna y justa. No obstante, asumir estos principios en la práctica diaria del sector público peruano se ve obstaculizada por problemas estructurales como la corrupción y la falta de especialización, lo que afecta de forma negativa la percepción y experiencia de los usuarios (11, 5).

Por otro lado, la participación comunitaria se erige como un factor clave para fortalecer la gobernanza y la corresponsabilidad en el sector salud, tal como lo señala Loyola (2). La incorporación de la población en la formulación y supervisión de políticas puede contribuir significativamente a cerrar la brecha entre las políticas públicas y las necesidades reales de la población, impulsando sistemas de salud más inclusivos y receptivos.

Finalmente, la necesidad de un enfoque sistémico integral, propuesto por Alaeddini, et al. (27), cobra relevancia para abordar los desafíos complejos que enfrenta el sistema de salud peruano. Este enfoque permite la articulación de los diversos sistemas, mejorar la gestión y dar respuesta de forma efectiva a las desigualdades y demandas locales, lo que es esencial para alcanzar un sistema sanitario equitativo, eficiente y de calidad.

En síntesis, las políticas públicas en salud en Perú deben superar las limitaciones actuales de la descentralización y fragmentación, fortaleciendo la gobernanza, la ética, la participación social y la gestión basada en procesos. Solo así se podrá garantizar una atención sanitaria de calidad, equitativa y accesible para toda la población, especialmente para los grupos más vulnerables.

CONCLUSIONES

Las políticas públicas de salud en Perú presentan brechas significativas en cuanto a una gerencia eficiente basada en la meritocracia, en los estándares de calidad de la prestación sanitaria. Persisten las desigualdades e inequidades para acceder al sistema de salud de forma oportuna y según corresponda a la condición de salud, escasez de recursos humanos especialmente en las zonas de difícil acceso, infraestructura y equipamiento deficiente y precaria.

El sistema de salud en el Perú se devela frágil con una gestión sanitaria débil, fragmentación y desorganización, así como una ausencia de una rectoría sectorial efectiva que considere la diversidad política, económica y social de las regiones. Esta situación dificulta una resolución eficiente de la problemática sanitaria y afecta la equidad y calidad en la atención.

Aunque la descentralización de las políticas públicas en salud y la calidad de atención han sido variados, ha mejorado la cobertura universal y acceso a los servicios de salud, incrementando la participación de los gobiernos regionales en la gestión de la salud se tiene un alto porcentaje de insatisfacción de los usuarios que han impactado negativamente en la calidad de atención y no se

ha obtenido los resultados esperados como es el fortalecimiento del desarrollo humano desde una mirada holística que no sólo se ve limitado al crecimiento económico sino centrado en la expansión de capacidades y oportunidades de las personas para vivir larga, saludable y productiva con una atención de salud equitativa, solidaria, accesible.

El éxito de las políticas de descentralización en el ámbito sanitario se fundamenta principalmente en la eficacia de la implementación desde los gobiernos locales de los lineamientos estratégicos gubernamentales, así como de contar con recursos suficientes para ofrecer una atención de calidad a la población, las investigaciones indican que la escasez de recursos, insuficiente mecanismos de fortalecimiento de capacidades del personal de salud y la limitada coordinación entre los distintos niveles gubernamentales plantean un desafío importante que es la resolución de las necesidades de salud sin dejar de lado las expectativas del usuario vinculados a la calidad y humanización de la atención.

En suma, es indispensable fortalecer la gobernanza, optimizar la gestión de recursos humanos y materiales, y promover un enfoque integral y adaptativo que responda a las particularidades regionales y sociales. Solo así será posible avanzar hacia un sistema de salud

más justo, eficiente y centrado en las personas, que garantice el derecho a la salud para toda la población peruana.

CONFLICTO DE INTERESES. Los autores declaran que no existe conflicto de intereses para la publicación del presente artículo científico.

REFERENCIAS

1. Buendía A, Cárdenas W, Villanueva R, y Lescano G. Políticas públicas en Sistema Nacional de Salud en el Perú. *Revista Venezolana de Gerencia*. 2022; 27(99): 1280-1291. <https://doi.org/10.52080/rvgluz.27.99.27>
2. Loyola M. Community participation in health, a public health challenge. 2022; 15 (3): 124-128. <https://www.socialmedicine.info/index.php/medicinasocial/article/download/1439/2547/7661>
3. Fitzgerald J. Recomendaciones para el desarrollo de sistemas de salud resilientes en las Américas. *Rev Panam Salud Publica*. 2023;47:e101. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.101>
4. Viphonephom P, Kounnavong S, Reinhartz D. The state of decentralization of the healthcare system and nutrition programs in the Lao People's Democratic Republic: an organizational study. 2024. <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-024-11513-y>
5. Díaz R, Vargas R, Rojas C, Hernández A. Socioeconomic inequalities in the use of medical consultation services in Peru. 2024; 23 (10): 2-11. DOI 10.1186/s12939-024-02099-2
6. Samuel J, Flores W, Frisancho A. Social exclusion and universal health coverage: health care rights and citizen-led accountability in Guatemala and Perú. 2020; 19 (1): 216. DOI 10.1186/s12939-020-01308-y

7. Bossert, T. Analyzing the decentralization of health systems in developing countries: decision space, innovation and performance. *Social Science & Medicine*. 1998; 47(10): 1513-1527. <https://doi.org/10.1016/S0277>
8. Ministerio de Salud. Política Nacional Multisectorial de Salud al 2030 "Perú, país saludable". 2020. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1272348/Pol%C3%ADtica%20Nacional%20Multisectorial%20de%20Salud%20al%202030.pdf?v=1598736848>
9. Donabedian A. Calidad de la atención en salud: un análisis crítico. 1988. 9(2): 277-84. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/110905/>
10. Organización Mundial de la Salud (OMS). Quality of care: a process for making strategic choices in health systems. Geneva: WHO. 2020. <https://www.who.int/publications/i/item/quality-of-care-a-process-for-making-strategic-choices-in-health-systems>
11. Instituto Nacional de Estadística e informática. El gasto en el sector salud. 2023. <https://m.inei.gob.pe/estadisticas/indice-tematico/health/>
12. Ugarte O. Gobernanza y rectoría de la calidad en los servicios de salud en el Perú. 2019; 36 (2):296-303. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.4495>
13. Llanos L. Análisis de Políticas Públicas en Salud: el caso de recursos humanos en el Perú. 2022; 33 (3):178-186. <http://dx.doi.org/10.20453/rmh.v33i3.4338>
14. Alarcón D, Ferrari A, Málaga G. El camino hacia la atención centrada en el paciente en el Perú: dificultades y oportunidades para lograr una atención de salud participativa. 2022; 171: 113-116. [https://www.zefq-journal.com/article/S1865-9217\(22\)00077-0/abstract](https://www.zefq-journal.com/article/S1865-9217(22)00077-0/abstract)
15. Urua L, Lagos D, Romo M, Narváez M. Calidad de atención en salud a usuarios, centro de salud Julio Andrade, Ecuador. 2024; 2 (8): 636-645. <https://doi.org/10.35381/s.v.v8i2.42511>
6. Espinal J, Restrepo J. Financiamiento del sistema de salud colombiano: Tendencias y desafíos. *Rev. salud pública*. 2022. 24(1): 1-8. <https://doi.org/10.15446/rsap.v24n1.103057>
17. Morales L. El sistema de salud en Colombia 1945-2020: Entre la realidad y el imaginario social. 2023. <https://n9.cl/2f4o4>
18. Barria C. Gestión de políticas públicas en salud: Mujeres migrantes en una ciudad de la Patagonia, Argentina. 2020. <https://n9.cl/7gxugh>
19. Rubio P. Por una cobertura sanitaria universal. 2020. <https://n9.cl/bxcvk>
20. Mahmood R, Sequeira R, Mahmood U, Araujo M, Ferreira P, Campos A, Sousa P. Decentralization of the health system – experiences from Pakistan, Portugal and Brazil. 2024. 22 (61): 2-14 DOI 10.1186/s12961-024-01145-3
21. Restrepo J. Evolución del sistema de salud colombiano: ¿qué queda de la Ley 100 de 1993? *Rev. salud pública*. 2022; 24(1). <https://doi.org/10.15446/rsap.v24n1.103013>
22. Beaulieu N, Chernew M, McWilliams M, Landrum M, Dalton M, Yutong A, Briskin M, Wu R, El Amrani Z, Machado H, Hicks A, Cutler D. Organization and Performance of US Health Systems. 2022. EE.UU. DOI: 10.1001/jama.2022.24032
23. Lomeli L. Los desafíos del sistema de salud en México. 2020. <https://www.semanticscholar.org/paper/Los-Desaf%C3%ADos-del-sistema-de-salud-en-M%C3%A9xico-The-in-Vanegas/ed17abb97ca107d571dfe58a67a1519d719dbf6e>
24. Moreno, M, Missoni E. Políticas para la salud global en tiempo de pandemias: experiencia panamericana 2023. <https://n9.cl/32x0m>
25. Saturno P. La calidad de la atención como eje de los sistemas de salud. 2024. <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/15725>
26. Narayanan D, Awang S, Agins B, et al. Giving meaning to quality of healthcare in Malaysia. 2024; 36 (6) doi: 10.1093/intqhc/mzae063.
27. Alaeddini F, Tavolinejad H, Esmailzadeh H. Redefining the health system: A proposed updated framework of a systems approach to health. 2022. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36045732/>

- 28.** Blázquez C. Comparative european experience and the decentralization health challenge. 2020. <https://n9.cl/avedj>
- 29.** Brancalion F, Costa A. Process-based Management aimed at improving health care and financial results. 2022. DOI 10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0333PT.
- 30.** Roberti J, Duobova S. Inequalities in Health System Coverage and Quality: A Cross-Sectional Survey of Four Latin American Countries. 2024. <https://www.openevidence.com/ask/fd1c47aa-f3e4-458a-8a7b-a8ec2b2243d8>
- 31.** Diwakar D, Katayani S. Global Health Management: Addressing Health Disparities And Inequalities. 2024; XXIV (1): 246–250. DOI10.70135/seejph.vi.925
- 32.** Marckmann G, Schildmann J. Calidad y ética en la atención sanitaria. 2022; 65 (3):335-341. DOI: 10.1007/s00103-022-03492-4
- 33.** Congreso de la República del Perú. Constitución Política del Perú. 1993. https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/198518/Constitucion_Politica_del_Peru_1993.pdf?v=1594239946
- 34.** Congreso de la República del Perú Ley General de Salud - Ley N° 26842. 1997. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/284868/ley-general-de-salud.pdf?v=1572397294>
- 35.** Congreso de la República del Perú Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud Ley N° 27813. 2002. <https://docs.peru.justia.com/federales/leyes/27813-aug-12-2002.pdf>
- 36.** Congreso de la República del Perú. Ley de Bases de la Descentralización LEY N° 27783. 2002. <https://www.leyes.congreso.gob.pe/Documentos/Leyes/27783.pdf>