

La voluntad política y la gobernanza: claves en la implementación de HEARTS en el Perú

Jorge Hanco Saavedra¹ y Vivian Pérez Jiménez²

Forma de citar

Hanco Saavedra J, Pérez Jiménez V. La voluntad política y la gobernanza: claves en la implementación de HEARTS en el Perú. *Rev Panam Salud Publica.* 2022;46:e85. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.85>

RESUMEN

El objetivo del artículo es describir cómo la gobernanza y la voluntad política han influido en la implementación de la Iniciativa HEARTS para la prevención y el control de la hipertensión arterial en el sistema de salud de Perú.

Se describe el proceso de gobernanza y se realiza un análisis secundario de datos que compara los niveles basales al inicio de la fase 1 de HEARTS con los primeros seis meses de seguimiento en 34 establecimientos de salud.

Se realizó la planificación y organización de la implementación de HEARTS desde el nivel nacional a través de la Dirección de Enfermedades No Transmisibles, contando con la voluntad política de la Alta dirección del Ministerio de Salud y el acompañamiento técnico de la Organización Panamericana de la Salud. La gobernanza se estructuró en 3 niveles: nacional, regional y local; la implementación se apoyó en actores claves de la academia, las sociedades científicas y las Direcciones Regionales de Salud y de las Redes Integrales.

Los resultados encontrados tras los primeros meses de seguimiento evidenciaron un incremento de la cobertura y el control de la hipertensión arterial en la mayoría de los establecimientos intervenidos. El análisis de los factores claves relacionados con la voluntad política y la gobernanza en la implementación de la Iniciativa HEARTS para la prevención y el control de la hipertensión arterial demostró que las funciones de la Alta dirección, para alinear las políticas públicas y priorizar las enfermedades no transmisibles, en coordinación estrecha y permanente entre los formuladores de política y el Ministro de Salud, tuvieron un efecto positivo en la implementación de la Iniciativa HEARTS en el Perú.

Palabras claves

Gobernanza; política de salud; enfermedades cardiovasculares; Perú.

La atención de las enfermedades crónicas enfrenta una serie de obstáculos pese al gran impacto que estas generan en los países de bajos y medianos ingresos (1). En Perú, la prevalencia de hipertensión arterial se ha estimado en 19,7% en la población adulta, aunque varía de acuerdo a factores geográficos, económicos y sociales (2).

Con el objetivo de controlar la hipertensión, la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC) lanzaron la Iniciativa HEARTS, que busca manejar el riesgo cardiovascular a través de un enfoque estratégico, con énfasis en la hipertensión, la diabetes y la dislipidemia, a través de la atención

primaria de salud (3). En Perú, esta estrategia comenzó a implementarse en setiembre del 2019 con el liderazgo del Ministerio de Salud (MINSa) y la colaboración de la OPS y otros actores sociales. La primera fase involucró a 34 establecimientos de salud del primer nivel de atención distribuidos en cinco regiones del país.

El sistema de salud de Perú es un sistema fragmentado, segmentado y parcialmente descentralizado (4,5), y no ha experimentado cambios desde la aprobación de la Ley N° 29344 Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud en 2009. El acceso a los servicios de salud es escaso (6), y existen una baja disponibilidad efectiva de medicamentos (7) y una alta frecuencia de automedicación (8).

¹ Ministerio de salud, Lima, Perú. ✉ Jorge H. Saavedra, jorge.hanco@gmail.com

² Organización Panamericana de la Salud, Lima, Perú

En este contexto, el análisis de los mecanismos de la gobernanza puede contribuir de manera directa o indirecta a la consecución de los resultados sanitarios (11). Así, en este artículo se describen los elementos claves que marcaron la gobernanza y la voluntad política que ha permitido la implementación sostenida de la Iniciativa HEARTS en el Perú y su ampliación a nivel nacional.

MÉTODOS

Respecto de la gobernanza en la implementación, la oficina de la OPS en Perú remitió la solicitud de interés en implementar la Iniciativa HEARTS al Ministro de Salud. Esta fue revisada por el componente de prevención y daños no transmisibles del MINSA —el área técnica con funciones relacionadas con la formulación de políticas públicas en enfermedades no transmisibles—, que manifestó su interés de incluir la Iniciativa como estrategia para la prevención y el control de la hipertensión con el objetivo de incorporar las mejores prácticas en el proceso de implementación de la guía de práctica clínica nacional que se alinean con las intervenciones que propone el paquete técnico de HEARTS. Se buscaba, asimismo, impulsar estrategias sostenibles asociadas a presupuestos, evidencia del compromiso de los tomadores de decisiones tanto del nivel central como regional para la implementación.

Posteriormente, se desarrolló el proceso de planificación de la intervención con el apoyo técnico de la oficina de la OPS en Perú y del equipo regional de la OPS en Washington. El proceso generó una ventana de oportunidad, con interés manifiesto de los funcionarios asesores del Ministro de Salud, y contacto directo entre los formuladores de las políticas públicas de enfermedades no transmisibles y las autoridades al más alto nivel.

Para la fase I de implementación se eligieron 34 establecimientos de salud del primer nivel de atención, todos pertenecientes al MINSA o a gobiernos regionales. Estos establecimientos fueron priorizados tras una evaluación basada en indicadores epidemiológicos y el compromiso de las dependencias administrativas correspondientes: Gerencia Regional de Salud de La Libertad; las Direcciones Regionales de Salud de Callao, Cusco y Tacna; las Direcciones de Redes Integradas de Salud Lima Centro, Norte, Sur y Este, además de la visita de los formuladores y tomadores de decisiones de política pública del Ministerio de Salud y de la OPS a cada una de los funcionarios de las Direcciones Regionales de Salud y las Direcciones de Redes Integradas de Salud participantes.

La gobernanza permitió la implementación con el desarrollo de la organización de la intervención en tres niveles de toma de decisiones. Desde el nivel nacional, conformado por el Grupo Gestor Nacional de la Iniciativa HEARTS, se convocó a actores de otras direcciones del MINSA (relacionados con la disponibilidad y la compra de medicamentos, la operación de las prestaciones de salud, la vigilancia epidemiológica, la financiación pública y la promoción de la salud), y a la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos como representante de la academia. A nivel de las regiones priorizadas, en esta primera etapa se crearon grupos gestores regionales conformados por las diferentes direcciones en coordinación directa con el Grupo Gestor Nacional. Finalmente, a nivel local la gestión se realizó a través de coordinaciones directas con el Coordinador de Enfermedades No Transmisibles de

las Redes de Salud y este, a su vez, con el responsable de estas enfermedades en el establecimiento de salud priorizado.

El primer paso en la implementación fue el desarrollo de un protocolo de tratamiento consensuado dirigido por el MINSA, con la participación de la Sociedad Peruana de Cardiología; la Sociedad Peruana de Hipertensión Arterial; la Sociedad Peruana de Medicina Familiar y Comunitaria; la Sociedad Peruana de Neurología; la Dirección de Medicamentos, Insumos y Drogas; el Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud; y la OPS.

Tras la definición del protocolo, la selección de los establecimientos de salud y la conformación del grupo de gestión nacional y regional, se realizaron talleres de capacitación y evaluación, diseño y distribución de materiales informativos para la medición correcta de la presión arterial y protocolo de tratamiento. Asimismo, se entregaron tensiómetros digitales validados a cada establecimiento. Se planificaron también las acciones de supervisión y monitoreo dirigidas a identificar y analizar los puntos críticos del proceso de implementación para cada jurisdicción, y a partir de ello se establecieron compromisos de mejora. Las áreas abordadas en cada establecimiento de salud seleccionado correspondían a gestión; programación y planificación; sistemas de información y calidad de información; logística; comunicación; promoción de la salud; epidemiología; y monitoreo y evaluación. Finalmente, se brindó soporte para los procesos de organización e implementación de los servicios, los recursos humanos, el financiamiento y la ejecución presupuestal.

El diagnóstico fue llevado a cabo exclusivamente por los médicos, y se requerían dos consultas para confirmarlo. En lo referente a medicamentos y tecnología, la compra de medicamentos se efectuó a través de sistemas tanto nacionales como regionales, y se han realizado las gestiones para incluir a los antihipertensivos en dosis fijas en el Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales (9, 10). En cuanto al monitoreo, los datos se registran manualmente y se introducen, con el uso de un identificador único (documento de identidad), en un sistema nacional de información electrónica administrativo propio del Seguro Integral de Salud (SIS) (5).

El análisis se centra en un indicador de cobertura de pacientes hipertensos y dos indicadores de control de la hipertensión arterial. En los tres casos se han realizado mediciones en la línea base y tras los seis meses de seguimiento, así como el cálculo de su diferencia.

RESULTADOS

Como resultado de la voluntad y el compromiso de los formuladores de políticas y tomadores de decisiones, y de la gobernanza desarrollada para la implementación de la intervención, cerca de 486 058 personas adultas se encuentran asignadas a las jurisdicciones de los 34 establecimientos de salud que están implementando la primera fase de la Iniciativa HEARTS.

En total, 4 726 pacientes habían sido atendidos hasta el inicio de la Iniciativa con un promedio de cobertura de 9,0% en los establecimientos de salud analizados (Cuadro 1). Al término del seguimiento, el número de pacientes atendidos se incrementó a 7 655, con una cobertura promedio de 14,0%. Asimismo, se observó un incremento de 2 929 pacientes en términos absolutos entre la línea de base y los primeros seis meses de seguimiento.

CUADRO 1. Cobertura de atención de pacientes adultos con hipertensión arterial en la jurisdicción de cada establecimiento de salud donde se implementó la fase 1 de la Iniciativa HEARTS en Perú

REGIÓN	Adultos con HTA* (n)	Basal		6 meses		Δ**	
		Atendidos (n)	Cobertura (%)	Atendidos (n)	Cobertura (%)	Atendidos (n)	Cobertura (%)
CALLAO	16 503	1 169	7,1	1 824	11,1	655	4,0
CUSCO	6 819	277	4,1	461	6,8	184	2,7
LA LIBERTAD	6 862	378	5,5	679	9,9	301	4,4
TACNA	10 080	800	7,9	1 347	13,4	547	5,4
LIMA	53 265	2 102	3,9	3 344	6,3	1 242	2,3
TOTAL	93 529	4 726	5,7	7 655	9,5	2 929	3,8

*Población asignada al establecimiento de salud estimada a partir de ENDES 2019 **Promedio Δ=6 meses-basal Basal: enero a setiembre del 2019. 6 meses: seguimiento entre octubre de 2019 y marzo de 2020.

CUADRO 2. Proporción de pacientes controlados en cada uno de los establecimientos de salud donde se implementó la fase 1 de la Iniciativa HEARTS en Perú

REGIÓN	Basal			6 meses			Δ	
	Controlados (n)	% en EESS*	% en población**	Controlados (n)	% en EESS*	% en población**	% en EESS*	% en población**
CALLAO	969	82,9	5,9	1 516	83,1	9,2	0,2	3,3
CUSCO	205	74,0	3,0	330	71,6	4,8	-2,4	1,8
LA LIBERTAD	283	74,9	4,1	462	68,0	6,7	-6,8	2,6
TACNA	533	66,6	5,3	863	64,1	8,6	-2,6	3,3
LIMA	1 522	72,4	2,9	2 397	71,7	4,5	-0,7	1,6
TOTAL	3 512	74,3%	4,0%	5 568	72,7%	6,0%	-1,58%	2,0%

*controlados/atendidos en EESS (Establecimientos de Salud) **controlados/población con HTA asignada estimada Basal: enero a setiembre del 2019. 6 meses: seguimiento entre octubre de 2019 y marzo de 2020.

En promedio, 74,0% de los pacientes atendidos en los establecimientos de salud estaban controlados, lo que representa 4,0% de las poblaciones jurisdiccionales. Al final de la intervención, 81,8% de los pacientes atendidos en los establecimientos de salud lograron controlar la hipertensión, cuyo valor a nivel de las poblaciones jurisdiccionales representa el 6,0%. En valores absolutos, el número de pacientes controlados aumentó de 3 512 a 5 568 (Cuadro 2).

DISCUSIÓN

Existen escasos estudios de implementación que se enfoquen en comprender los fenómenos dentro de condiciones del mundo real, en lugar de controlar los potenciales confusores del efecto, lo que implica analizar a poblaciones intervenidas contextualizadas dentro de un entorno cultural, social, económico, legal, político, físico e institucional. Por todo ello, se hace necesario considerar en todo momento la voluntad política y la gobernanza en todo proceso de implementación, como queda demostrado en la implementación de la Iniciativa HEARTS en el Perú.

Este estudio es el primer reporte en sistematizar la experiencia de la fase 1 de la Iniciativa HEARTS en Perú, con una descripción del proceso necesario para la implementación desde el más alto nivel y su planificación y organización en los tres niveles de gobierno, la cual podría servir como base para su ulterior ampliación y fortalecimiento en otras regiones del país.

En conclusión, el análisis de los factores claves del proceso de la voluntad política y el desarrollo de la gobernanza en la

implementación de la Iniciativa HEARTS para la prevención y el control de la hipertensión arterial debe considerar las funciones de la alta dirección en coordinación estrecha y permanente entre los formuladores de políticas y el ministro de salud, que incidieron en el efecto observado a los seis meses de la implementación de la Iniciativa HEARTS por medio de indicadores enfocados en la cobertura y el control de los pacientes con hipertensión arterial.

Como recomendación derivada del estudio para la implementación se deben establecer procesos previos estructurados con capacidad para alinear los objetivos de la política pública de prevención y control de la hipertensión con los criterios establecidos en los paquetes técnicos de la Iniciativa HEARTS y equipos de formuladores de política comprometidos en el marco de sus funciones con la mejora de la intervención.

Contribución de los autores. JHC y VPJ concibieron el estudio original, analizaron los datos, interpretaron los resultados, escribieron el manuscrito y lo revisaron. Ambos autores revisaron y aprobaron la versión final.

Conflictos de intereses. Ninguno declarado.

Declaración. Las opiniones expresadas en este manuscrito son únicamente responsabilidad de los autores y no reflejan necesariamente los criterios ni la política de la Revista Panamericana de Salud Pública o de la Organización Panamericana de la Salud.

REFERENCIAS

1. Reidpath DD, Allotey P. The burden is great and the money little: Changing chronic disease management in low- and middle-income countries. *J Glob Health*. 2012;2.
2. Chambergo-Michilot D, Rebatta-Acuña A, Delgado-Flores CJ, Toro-Huamanchumo CJ. Socioeconomic determinants of hypertension and prehypertension in Peru: Evidence from the Peruvian Demographic and Health Survey. *PLoS One*. 2021;16:e0245730.
3. Organización Panamericana de la Salud. HEARTS en las Américas. Disponible en: <https://www.paho.org/es/hearts-americas>. Acceso el 3 de mayo de 2021.
4. Alcalde-Rabanal J, Lazo-González O, Nigenda G. Sistema de salud de Perú. *Salud Pública Méx*. 2011;53.
5. Sánchez-Moreno F. El sistema nacional de salud en el Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2014;31.
6. Benites-Zapata VA, Lozada-Urbano M, Urrunaga-Pastor D, Márquez-Bobadilla E, Moncada-Mapelli E, Mezones-Holguín E. Associated factors to non-use of formal health services in the Peruvian population: Analysis of the national household survey (ENAHO) 2015. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2017;34:478–84.
7. Mezones-Holguín E, Solis-Cóndor R, Benites-Zapata VA, Garnica-Pinazo G, Marquez-Bobadilla E, Tantaleán-Del-Águila M, et al. Institutional differences in the ineffective access to prescription medication in health care centers in Peru: Analysis of the national survey on user satisfaction of health services (ENSUSALUD 2014). *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2016;33:205-14.
8. Urrunaga-Pastor D, Benites-Zapata VA, Mezones-Holguín E. Factors associated with self-medication in users of drugstores and pharmacies in Peru: an analysis of the National Survey on User Satisfaction of Health Services, ENSUSALUD 2015. *F1000Research*. 2020;8:23.
9. Ministerio de Salud de Perú. Petitorio Nacional Único de Medicamentos Esenciales (PNUME). Disponible en: <https://repositorio.digemid.minsa.gob.pe/handle/DIGEMID/32>. Acceso el 6 de mayo de 2021.
10. Organización Panamericana de la Salud. HEARTS-Mejorar el control de la hipertensión en 3 millones de personas. OPS; 2020. Acceso el 30 de mayo de 2022. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/53146/9789275322697_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y
11. Ciccone DK, Vian T, Maurer L, Bradley EH. Linking Governance Mechanisms to Health Outcomes: A Review of the Literature in Low- and Middle-Income Countries. *Soc Sci Med*. 2014;117:86-95. doi: 10.1016/j.socscimed.2014.07.010

Manuscrito recibido el 31 de marzo de 2022. Aceptado para publicación, tras revisión, el 9 de septiembre de 2022.

Political will and governance: keys to Implementing HEARTS in Peru

ABSTRACT

The objective of this article is to describe how governance and political will have influenced the implementation of the HEARTS Initiative for the prevention and control of hypertension in the Peruvian health system. The governance process is described and a secondary data analysis compares baseline levels at the start of HEARTS phase 1 with observed levels after the first six months of follow-up in 34 health facilities. HEARTS implementation was planned and organized at the national level through the Directorate of Noncommunicable Diseases, with political support from senior management of the Ministry of Health and technical support from the Pan American Health Organization. Governance was structured at three levels: national, regional, and local; implementation was supported by key actors from academia, scientific societies, regional health directorates, and integrated networks. Results after the initial months of follow-up showed an increase in the coverage and control of hypertension in most of the participating facilities. Analysis of the key factors related to political will and governance in the implementation of the HEARTS Initiative for the prevention and control of hypertension showed that the functions of senior management—in terms of aligning public policies and prioritizing noncommunicable diseases, in close and permanent coordination between policymakers and the Minister of Health—had a positive effect on the implementation of the HEARTS Initiative in Peru.

Keywords

Health governance; health policy; cardiovascular diseases; Peru.

Vontade política e governança, chaves na Implementação da iniciativa HEARTS no Peru

RESUMO

O objetivo do artigo é descrever como a governança e a vontade política influenciaram a implementação da Iniciativa HEARTS para a prevenção e o controle da hipertensão arterial no sistema de saúde peruano.

O processo de governança é descrito e uma análise de dados secundários é realizada comparando os níveis basais no início da fase 1 do HEARTS com os primeiros 6 meses de acompanhamento em 34 estabelecimentos de saúde.

O planejamento e a organização da implementação do HEARTS foi realizado no nível nacional por meio da Diretoria de Doenças Não Transmissíveis, contando com a vontade política da alta direção do Ministério da Saúde e o apoio técnico da Organização Pan-Americana da Saúde. A governança foi estruturada em três níveis – nacional, regional e local – e a implementação contou com o apoio de atores importantes do meio acadêmico, das sociedades científicas, das diretorias regionais de saúde e das redes integradas.

Os resultados encontrados após os primeiros meses de acompanhamento mostraram um aumento da cobertura e do controle da hipertensão arterial na maioria dos estabelecimentos nos quais a intervenção foi implementada. A análise dos principais fatores relacionados à vontade política e à governança na implementação da Iniciativa HEARTS para a prevenção e o controle da hipertensão arterial mostrou que a atuação da alta direção para alinhar as políticas públicas e priorizar as doenças não transmissíveis, em estreita e permanente articulação entre os formuladores de políticas e o Ministério da Saúde, teve um efeito positivo na implementação da Iniciativa HEARTS no Peru.

Palavras-chave Governança em saúde; política de saúde; doenças cardiovasculares; Peru.
