



11 temas urgentes para el país

Salud

La salud que los peruanos queremos

Enrique Chon Yamasato, Vilma Montañez Ginocchio y Janice Seinfeld Lemlig
Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico



UNIVERSIDAD
DEL PACÍFICO

Contenido

Introducción.....	3
1. Rectoría	4
1.1 Descripción del problema.....	4
1.2 Propuestas y medidas de política.....	7
2. El reto del Aseguramiento Universal	9
2.1 Descripción del problema.....	9
2.2 Propuesta y medidas de política.....	12
3. Provisión	14
3.1 Parto institucional	14
3.2. Desnutrición crónica infantil	18

Agenda 2011 es una iniciativa del Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico [CIUP] que busca mejorar la calidad del debate político e introducir en la agenda electoral propuestas, que deberán ejecutarse en el siguiente gobierno, sobre 11 temas urgentes para el país: Agua, Educación, Gestión de Desastres, Infraestructura y Conectividad Urbana, Inversión Pública, Justicia, Política Macroeconómica, Políticas Sociales, Regulación, Salud y Sistema Financiero.

Los invitamos a discutir con nosotros y a ser parte de este esfuerzo de exigirle a nuestro futuro gobierno implementar las mejores políticas para avanzar hacia un Perú para todos los peruanos.

Introducción

Las mejoras en el estado de la salud de la población se manifiestan tanto en un aumento de la calidad de vida y del bienestar individual, como en el crecimiento y desarrollo de la sociedad. Los avances en materia de salud preventiva generan ahorros para la sociedad: reducen los costos de tratamiento médico que implica la medicina curativa e impactan sobre la productividad laboral y el crecimiento económico, pues aumentan la vida laboral de la población, reducen los días de trabajo perdidos por enfermedad y generan una mayor eficiencia en el desempeño de los trabajadores [Schultz y Tansel, 1997; Mayer, 1999].

La intervención pública en salud es necesaria para lograr, por tanto, un sistema que garantice niveles adecuados de sanidad al menor costo posible. El presente documento discute tres aspectos dentro del sector Salud de alta relevancia nacional y propone opciones de política para mejorar la manera en que el Estado afronta estos problemas.

En primer lugar, está la rectoría del sector, liderada por el Ministerio de Salud, aunque con un ejercicio parcial y errático en su rol rector, a pesar de su importancia para el adecuado funcionamiento del sector. Se aborda también, como parte de la tarea de rectoría, la formulación presupuestal como instrumento de apoyo al

planeamiento estratégico. En segundo lugar, se aborda la problemática del aseguramiento universal -cuya relevancia política actual es indiscutible, además del alto potencial para mejorar las condiciones de vida de la población y afrontar los altos costos de enfermedades catastróficas. Por último, se discuten los problemas asociados con la provisión de servicios, enfocándonos en el parto institucional -por su relevancia en la disminución de la tasa de mortalidad materna- y el combate de la desnutrición crónica -por su repercusión en la tasa de mortalidad infantil y sus efectos de largo plazo sobre el desarrollo del individuo. Si bien ha habido avances importantes en relación a estas dos prestaciones, aun necesitan ser atacadas de manera costo-efectiva.

1. Rectoría

1.1 Descripción del problema

Un aspecto fundamental de la rectoría que le corresponde desarrollar al Ministerio de Salud es definir el sistema de salud que se quiere alcanzar. Si bien la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud define roles, responsabilidades y funciones de los actores en el sistema de salud; no se enfrenta al núcleo del problema, que es propiamente definir el sistema de salud que se quiere. La definición de este sistema debe ser la base fundamental sobre la cual desarrollar las competencias de los distintos actores, hacerles seguimiento, evaluarlos, fiscalizarlos, y corregir las distorsiones que se generen.

La definición del sistema de salud debe empezar por definir cuantos fondos operarán, bajo qué reglas y definir si el seguro público (SIS) tendrá también un fondo propio. Por el lado de los prestadores de servicios es necesario definir las reglas bajo las cuales los usuarios se podrán mover en una red así como entre redes, ya sea que se mantenga una estructura separada de prestadores o se integre en la operación; permitir la libertad de movilización, la libre elección y la atención oportuna permitirá que los asegurados obtengan mayor bienestar. Este sistema debe servir también para que el Estado garantice el financiamiento para la atención de la población vulnerable, para que las familias no sean más los principales financiadores de su salud.

La actual estructura del sistema es fragmentada y está asociada con distintos criterios de agrupamiento de la población, principalmente el de la formalidad laboral y el de la pertenencia a alguna categoría ocupacional. Esta fragmentación del sistema deviene en detrimento de la autoridad del MINSA que, además de tener que compartir las funciones de rectoría con otros ministerios –como el Ministerio de Trabajo en el caso de EsSalud–, sigue manteniendo responsabilidades en la provisión de servicios. Esta dualidad de funciones –ente regulador y ente provisor– lleva a posiciones contradictorias y poco claras del liderazgo que debe mantener el MINSA sobre el sector.

Por ello, decisiones cruciales como la transferencia de los establecimientos de salud a Lima Metropolitana, para separar la función de prestación de la de rectoría son fundamentales; así como no ceder a las presiones de los prestadores que se oponen a los cambios y a las ineficiencias en las regiones, es otro reto innegable. Para ello el MINSA debe asumir un rol de orquestador de la prestación en todo el país, velando porque las personas reciban una atención oportuna y de calidad, independientemente del establecimiento de salud en el que sean atendidas.

La falta de un ordenamiento en la rectoría del sector, socava los intentos de hacer operativas y sostenibles las políticas. Ésta debilidad se ha hecho

patente, por ejemplo, con la puesta en marcha de la iniciativa de implementar el aseguramiento en zonas piloto. El lanzamiento del Aseguramiento Universal en Lima, confirma la escasa presencia de los diferentes actores convocados, con una alta indefinición de planes y tipos de seguros para ofrecer a los diferentes segmentos de la población, sin acuerdos sobre el futuro financiamiento y con procedimientos poco desarrollados para la captación de asegurados.

La debilidad rectora del Ministerio de Salud se evidencia también en la coordinación del nivel nacional con el regional –para, por ejemplo, armonizar prioridades sanitarias nacionales con regionales. La coordinación actual no toma en cuenta la realidad local ni se ha dado un proceso de construcción de modelos de gestión adecuados a sus particularidades –por ejemplo, que tome en cuenta la realidad de las distintas regiones geográficas; la manera de dar atenciones de salud efectivas en la Selva, donde existe amplia dispersión poblacional y costos de transporte elevados, requiere modelos distintos a los de la Costa.

Asimismo, el espejo del rol de rectoría en el nivel subnacional presenta dificultades para lograr un ordenamiento territorial de los prestadores que permita hacer un uso eficiente de los recursos. Asimismo, en relación a la coordinación del nivel nacional con el regional –para, por ejemplo, armonizar prioridades sanitarias nacionales con regionales–, no se ha tomado en cuenta la realidad local ni se ha dado un proceso de construcción de modelos de gestión adecuados a sus particularidades.

Más aun, los prestadores desconocen sus deberes con la población –las instituciones están centradas en desarrollar sus procesos internos y no miran hacia el usuario para brindarles servicios de calidad acordes con sus necesidades y demandas. Y, en estas condiciones, la población

no cuenta con mecanismos formales y bien establecidos para ejercer su derecho a la salud, no solo en términos de la posibilidad de interponer denuncias en la Defensoría del Pueblo, sino tener a disposición canales de información cercanos y útiles, contar con soluciones prácticas –como la libertad de elegir entre un servicio u otro– y tener procesos interactivos con prestadores, seguros, gobierno, entre otros.

La rectoría, entonces, debe ir más allá de la formulación de normas técnicas; debe lograr que éstas se concreten en acciones que aseguren su incorporación en los planes regionales y locales, configurando nuevos modelos de gestión acordes con los propósitos sanitarios definidos.

Sin embargo, la escasez de información es un factor adicional que limita la gestión, la toma de decisiones oportuna y la formación de políticas. No existen incentivos efectivos para que se mantenga actualizada la información en los diferentes niveles, a excepción de aquella que tiene carácter transaccional para el reconocimiento de las prestaciones de salud que pagan los aseguradores, como el SIS. Un avance reciente, aunque todavía limitado, es incorporar –al canal de información existente del SIS– el sistema de información integral de inmunizaciones.

La responsabilidad rectora incluye también –y de manera fundamental para lograr las metas del sector– la formulación presupuestaria, como complemento del planeamiento estratégico.¹ En la **Tabla 1**, se presenta el diagnóstico de la situación actual en materia de formulación presupuestal así como las propuestas y medidas de solución.

1. Si bien las necesidades de cambio en la formulación presupuestal no se limitan al Sector Salud, éstas se han incorporado como parte de la función rectora del MINSA por sus repercusiones en el logro de las metas del Sector.

Tabla 1
La formulación presupuestal como instrumento del planeamiento estratégico

Diagnóstico	Propuestas	Medidas
<p>El proceso de formulación presupuestal mantiene una fragmentación temática y sectorial: establece una estructura funcional-programática diseñada a partir de categorías presupuestarias.</p>	<p>El Centro Nacional de Planeamiento Estratégico [CEPLAN] debe asumir la estructura de la cadena funcional programática, en vez de la Dirección Nacional del Presupuesto Público. Ello hará explícita la vinculación entre el presupuesto público y el planeamiento estratégico.</p>	<p>Se debe aprovechar el Presupuesto por Resultados [PpR] para lograr una relación directa entre el gasto y la consecución de los logros establecidos en la estrategia nacional.</p>
<p>Los planes operativos institucionales suelen reflejar las metas presupuestales tomando el presupuesto del año anterior como principal referencia.</p>	<p>Asignar los recursos luego de pasar por un proceso de planeamiento estratégico multianual único.</p>	<p>El Plan Estratégico de Desarrollo Nacional “Plan Perú 2021”* es un nuevo elemento de referencia para el marco estratégico plurianual. Los planes temáticos y sectoriales existentes deben reformularse para articular las acciones sectoriales hacia una visión de conjunto.</p>
<p>El PpR ha sido un avance; pero en la práctica ha dividido el planeamiento estratégico entre lo está incluido en el PpR y lo que no lo está; se pierde la visión de conjunto y se restringe el financiamiento para lo que no está en el PpR.</p>	<p>Formular presupuestos multianuales cuyas actividades sean las que deben ser programadas anualmente; con ello se evidencia la concentración de recursos [presupuesto] hacia objetivos determinados.</p>	<p>El CEPLAN debe ganar espacios en este proceso de articulación entre los planes y el presupuesto; se debe desarrollar mecanismos sencillos pero eficaces para que la población defina sus prioridades de política, no solo a través de presupuestos participativos sino en los planes participativos.</p>

* <http://www. www.ceplan.gob.pe/plan-bicentenario-indice>

1.2 Propuestas y medidas de política

El MINSA, en su rol rector, debe desarrollar en primer lugar la visión del nuevo sistema de salud, y debe ir generando progresivamente las condiciones para que la capacidad de respuesta del sistema se adapte a las reglas de funcionamiento del mercado. Ello implica desarrollar nuevos modelos de gestión de la prestación y una nueva capacidad rectora sectorial -que establezca reglas claras para la interacción dentro del sistema, en igualdad de condiciones para todos los actores-, un nuevo rol de vigilancia técnica y normativa, y una supervisión que asegure que se guardan estándares de calidad básicos y homogéneos para todos.

Así, las medidas para desarrollar el rol conductor del MINSA deben estar enmarcadas en fortalecer y consagrar su rol estratégico: desarrollar una función de planificación que involucre a todos los actores del sistema incluyendo la sociedad civil, con el establecimiento de mecanismos de participación y de consensos multisectoriales en torno a la salud y al financiamiento. Se necesita, asimismo, hacerle seguimiento al sistema, sus actores y los efectos de las políticas emprendidas.

Un punto de partida para lograr un ejercicio pleno de la rectoría en el nivel central es el ordenamiento del sistema de salud vigente, que corrija la actual y discriminatoria segmentación del sistema -ligada con la población

a atender-, y que promueva mejoras sanitarias colectivas, sin distinción. Ello implica contar con un sistema integrado, orientado a un financiamiento de la demanda, que brinde de manera universal posibilidades de acceso a servicios de salud de calidad -públicos y privados-, con participación de todas las instituciones dentro de reglas comunes de mercado o lo más próximas a ellas.

Otra iniciativa que debe llevar a cabo el MINSA es el desprendimiento definitivo de los remanentes de provisión de servicios que tiene y transferir los establecimientos de salud a la Municipalidad de Lima. Este es un requisito para que se pueda dar la separación de roles, de forma tal que el MINSA deba y pueda cumplir con su rol rector a nivel nacional. Esta rectoría implica no solo la formulación de normas, sino la fiscalización proactiva con el fin de garantizar la calidad prestacional.

El MINSA debe dar, en su calidad de ente rector, los incentivos para mejorar la provisión de servicios con una visión de dinamizador del mercado, que lleve a atenciones de calidad para la población. Ello requiere el diseño de modelos que permitan la interacción entre compradores, prestadores y usuarios así como el desarrollo de estándares de calidad básicos -tanto en medicamentos, recursos humanos, equipamiento, uso de tecnologías, procedimientos, entre otros- como parte de su rol regulador en la provisión de servicios de salud.

A nivel subnacional, la función de conducción debe estar ligada al impulso de prioridades regionales, convocando la participación de todos los actores en ese nivel y sumando esfuerzos para atender los problemas de salud de la población. En este nivel también se debe ordenar y fortalecer la institucionalidad e independencia regional –incluyendo respetar la autonomía del gobierno regional para que organice sus sectores. Ello implica el ordenamiento e integración de su red sanitaria y la posibilidad de convocar la participación privada tanto para el financiamiento como para la prestación de servicios de salud.

metas de bienestar para su población, realizar acciones coordinadas con ésta para hacer seguimiento a grupos en riesgo y volcarse a un propósito de salud autoresponsable.

Este desarrollo del conocimiento debe generar una nueva dimensión de hacer política y gobierno. El e-gobierno y e-política en salud es un mecanismo a implementar para que se construyan objetivos y metas claras para el sistema, para el aseguramiento y para controlar que los efectos esperados se cumplan y no se conviertan en incentivos perversos hacia la población más vulnerable.

La rectoría requiere también la generación de información sanitaria – que permita desarrollar conocimiento en base a información oportuna y de calidad para la toma de decisiones estratégicas debidamente sustentadas y la formación de políticas.

Finalmente, se debe propiciar que la población asuma un rol responsable con su salud y con el uso de los beneficios del sistema.

La rectoría requiere también la generación de información sanitaria – que permita desarrollar conocimiento en base a información oportuna y de calidad para la toma de decisiones estratégicas debidamente sustentadas y la formación de políticas. La información –para que sea útil y genere conocimiento– deberá aproximarse a los niveles de decisión. Ello implica la generación de una plataforma de información accesible a todos los niveles, empezando por los niveles locales, para que puedan emprender

2. El reto del Aseguramiento Universal

2.1 Descripción del problema

La Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud busca desarrollar una plataforma mínima de acceso oportuno a servicios de salud de calidad. Así, un primer aporte de la Ley es dar respuesta a la afirmación constitucional del derecho a la salud; deseo largamente anhelado pero sin la puesta en marcha de una propuesta que permita abarcarlo en su real magnitud. Pero, sobre todo, se trata de un paso firme en la dirección de elevar el nivel de salud de todos los peruanos.

En el año 2009, el SIS logró que el 68% de la población pobre y 75% de los pobres extremos contarán con un seguro. El SIS deberá seguir avanzando en cerrar la brecha de no asegurados pobres.

Actualmente, el SIS cubre el aseguramiento de la población en situación de pobreza y pobreza extrema. En efecto, en el año 2009, el SIS logró que el 68% de la población pobre y 75% de los pobres extremos² contarán con un seguro. El SIS deberá

2. Son pobres aquellas personas cuyo gasto mensual per cápita no es suficiente para comprar una canasta básica de consumo. Son pobres extremos aquellos cuyo gasto mensual per cápita no es suficiente para comprar una canasta básica de alimentos.

seguir avanzando en cerrar la brecha de no asegurados pobres. De igual modo, en el 2009, el 58% de la población no pobre contó con un seguro, incluyendo a los asegurados de Essalud y los privados. La brecha para este grupo deberá cerrarse con la incorporación legal de trabajadores tanto formales e informales -mediante la formalización laboral y la formalización tributaria- y con los aseguradores privados, a los cuales se les deberá incentivar a explorar nuevos segmentos del mercado. El Aseguramiento Universal debe, entonces, terminar de cerrar la brecha de no asegurados pobres y no pobres³.

La **Tabla 3** presenta una descripción sucinta de los objetivos de la Ley, los actores que participarán en el Aseguramiento Universal y los distintos regímenes que se considerarán.

A pesar de los grandes beneficios que el Aseguramiento Universal puede brindar, existen varios riesgos que hacen peligrar el proyecto. Entre ellos, podemos mencionar el que no se logre el financiamiento progresivo para el grupo de población pobre y no se haga una separación efectiva de funciones entre los diferentes actores junto con el ordenamiento del sistema de salud

3. INEI. Evolución de la pobreza al 2009. Informe Técnico. Lima, mayo 2010.

actual, como ya se mencionó en la sección anterior.

En términos del financiamiento para la población en situación de pobreza, el SIS enfrenta problemas de financiamiento que ponen en riesgo la viabilidad del aseguramiento para este grupo poblacional.

Supresupuesto anuales predeterminado por su gasto histórico, hecho que no ha cambiado desde su creación, a pesar que su población objetivo cambió de los grupos poblacionales maternos, infantiles y adolescentes a toda la población pobre y pobre extrema⁴. Por ende, la evolución del presupuesto por beneficiario ha disminuido entre el 2002 y 2009 -expresado en soles reales a diciembre de 2009: en el 2002 y 2003 era de S/. 45 por beneficiario; en el 2009 y 2010 fue de S/. 41.5 y S/. 39.8, respectivamente⁵.

La asignación presupuestal no ha ido a la par con el objetivo de aseguramiento, lo cual ha presionado a un mayor gasto de la población..

La asignación presupuestal no ha ido a la par con el objetivo de aseguramiento,

lo cual ha presionado a un mayor gasto de la población. Como resultado, se observa que los afiliados al SIS gastan de su bolsillo, anualmente, entre S/.962 y S/.1172 nuevos soles en la costa, entre S/.763 y S/.878 nuevos soles en la sierra, S/.1001 en la selva y S/.1909 nuevos soles en Lima Metropolitana [ENAH0, 2009]. Asimismo, el cobro a los asegurados ha mostrado una tendencia creciente a través de los años. Por ello, la meta del Aseguramiento Universal no solo debe expresarse en la brecha de asegurados a alcanzar sino también en la cobertura que deben recibir para reducir el gasto en el que incurren.

El rezago en el financiamiento en salud se puede expresar a través del porcentaje destinado al sector salud respecto del PBI. Esta cifra fue, en el año 2005, 4.5% del PBI, más baja que el promedio Latinoamericano -entre 8% y 11%. Más aún, los niveles de inversión necesarios en salud son elevados, lo que hace aún más urgente el incremento del financiamiento para el sector.

4. Más aún, el SIS no es realmente un seguro - desde la perspectiva económica-financiera-, pues no cuenta con un financiamiento protegido y asociado a un plan definido para la población, ni cuenta con un fondo de aseguramiento.

5. Sólo en el año 2007 se alcanzó un máximo de S/. 51.1 por beneficiario, debido a la drástica disminución en el registro de beneficiarios de ese año.

Tabla 2: Tasa de aseguramiento según asegurador Perú 2000-2009

Condición de aseguramiento	2000	2002	2003	2004	2005	2007	2008	2009
Con seguro	32.3	40.5	40.5	36.9	35.9	41.7	54.1	61.2
EsSalud	19.7	16.4	16.5	17.1	16.8	18.3	18.9	19.6
Essalud y seguro privado	0.4	0.5	0.7	0.7	0.5	1.2	1	0.9
Seguro privado	1.6	1.6	1.2	1.2	1.4	1.7	2	2.6
FF.AA. y policiales	1.3	1.8	1.9	1.9	1.9	2.1	1.7	1.7
SIS[*]	9.3	20.2	20.3	16	15.3	18.4	30.3	36.4
Sin seguro	67.7	59.5	59.5	63.1	64.1	58.3	45.9	38.8
Total	100	100	100	100	100	100	100	100
Población (mill.)	25.7	26.9	27.3	27.6	28	28.3	28.8	30.1

[*] Hasta el año 2000, se refiere al Seguro Escolar Obligatorio y a proyectos piloto del Seguro Materno-Infantil. A partir del 2002 se refiere al SIS.

Fuente: ENAHO 2000 - 2009 / Elaboración: CIES

Tabla 3: La ley marco de aseguramiento universal en salud

Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> Garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona a la seguridad social en salud. Normar el acceso y las funciones de regulación, financiamiento, prestación y supervisión del aseguramiento. 	
Actores / Funciones	Ministerio de Salud (MINS)	Órgano Rector
	Instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud [IAFAS].	Introducir nuevo instrumento de seguros que garantice a la población un plan básico. Velar por la buena atención para sus asegurados.
	Instituciones prestadoras de servicios de salud [IPRESS].	Ofrecer servicios de calidad cumpliendo estándares establecidos.
	Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud [SUNASA].	Desarrollar normativa y reglamentación. Supervisar cumplimiento de los estándares.
Regímenes	<ul style="list-style-type: none"> Público [subsidiado y semicontributivo]. Seguridad Social. Privado [contributivo]. 	

Fuente: Ley No. 29344 - Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud. 9 de abril 2009. Art. 1.

2.2 Propuesta y medidas de política

La propuesta del Aseguramiento Universal requiere que toda la población del país se encuentre asegurada pues solamente así se podrán tener mejor distribuidos los riesgos de salud y administrar mejor el financiamiento necesario. Sin embargo, el consumo de los servicios de salud no puede ser impuesto por alguna norma, así como tampoco se puede obligar mediante decreto a prestarlos o producirlos -como sucede con cualquier bien o servicio.

La libertad para elegir el tipo de seguro exige que las personas perciban la necesidad de demandar los servicios de salud, y que el valor de lo que reciben sea igual o exceda el precio que pagan. Este precio, a su vez, debe servir de incentivo suficiente para que existan ofertantes dispuestos a producir los servicios de salud -tanto los mínimos correspondientes al Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) como los complementarios.

La libertad para elegir el tipo de seguro exige que las personas perciban la necesidad de demandar los servicios de salud, y que el valor de lo que reciben sea igual o exceda el precio que pagan.

Por el lado del financiamiento, se requiere de la creación de un fondo de aseguramiento público, regulado por las normas del sistema bancario,

de seguros, y de valores. Pero mientras ello se da, debe plantearse además, un incremento gradual del financiamiento del SIS hasta contar con un financiamiento por asegurado equivalente al riesgo de enfermar de los mismos.

Existen, sin embargo, situaciones excepcionales que hacen inviable el desarrollo de un mercado de salud bajo condiciones competitivas; en estas circunstancias es el Estado quien debe intervenir cumpliendo con su rol subsidiario. Así, la existencia de grupos que requieren atenciones crónicas costosas y de otras atenciones eventuales de muy alto costo -todas con una siniestralidad elevada y no asegurable por las compañías privadas- requieren de la intervención estatal. Hay que redefinir el Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL) para que incorpore el abanico de intervenciones definidas con esquemas de financiamiento claros.

En términos de las funciones que debe cumplir cada actor del sistema, se requiere definir mejor los roles de los actores involucrados: las instituciones relacionadas con los fondos (IAFAS), la supervisión de SUNASA, los prestadores (IPRESS) y el rol rector del MINSA. En el caso de las IAFAS todas, sin excepción, se deberán guiar por las normas y regulaciones del sistema de seguros, administrados con reglas estrictas y que aseguren un trato homogéneo para todas las instituciones que operen en el sistema de salud -en la actualidad, al SIS y a la Fuerzas Armadas y Policiales no se les dota de los fondos necesarios

y EsSalud no está regulado con las mismas normas⁶. Las IPRESS, también sin excepciones, deben ser reguladas por la SUNASA con las mismas normas.

Estas medidas requieren que el SIS tenga cambios en su marco normativo institucional para que se le concedan facultades de IAFAS - con la capacidad de contar con un fondo de aseguramiento y con autonomía suficiente para su operación. Asimismo, el SIS necesita un cambio organizacional, que además le permita establecer relaciones de mercado homogéneas con sus pares. Esto obligaría al SIS a pagar tarifas completas, sin distinción del costo fijo del variable, clarificando el valor de una prima por asegurado. Así, el presupuesto asignado por el Tesoro Público y el de las regiones quedaría explicitado. También es necesario el desarrollo de una estructura de precios (tarifas) que considere las prioridades sanitarias y la atención a determinados grupos de riesgo y que rompa la vinculación vis a vis entre tarifas y costos de producción.

Por el lado de la prestación, en el caso del sector público, se debe empezar por ordenar la oferta de servicios actual -y la futura- a las reales demandas de salud de la población y a las posibilidades de financiarlas con los recursos del Tesoro Público, sin que dependa de la estacionalidad de la recaudación fiscal. Igualmente importante es

redefinir los mecanismos actuales de pago a proveedores mediante contratos explícitos de compra de servicios acercando el financiamiento directamente a los establecimientos de salud.

Estrechar los vínculos entre financiador-prestador permitirá mejorar la calidad de la atención que los prestadores entregan a los usuarios; más aún se deberán incluir programas de capacitación orientados a este fin.

Se debe fortalecer también la relación financiador-usuarios, para fomentar un proceso de participación y vigilancia ciudadana, que frene el gasto de bolsillo, que se cuente con un canal abierto de información sobre la calidad de los servicios y los niveles de satisfacción, que se desarrollen conductas responsables en los usuarios de los servicios, y se genere una corriente de opinión para futuros desarrollos de políticas.

La protección de la salud de la población exige que todas las personas sean tratadas como consumidores de servicios de salud, con derechos y obligaciones. La inclusión de estos derechos y deberes en el Código de Consumo ayudará a garantizar los derechos de los asegurados y la co-responsabilidad, así como a fortalecer el rol de la SUNASA.

6. EsSalud, por ejemplo, tiene una Ley que la excluye del sistema público de administración financiera: Ley N° 28006 "Ley que garantiza la intangibilidad de los fondos y reservas de la seguridad social y restituye la autonomía administrativa, económica, financiera y presupuestal de ESSALUD".

3. Provisión

Durante los últimos años se han alcanzado mejoras significativas en el estado de salud de la población, como lo registra la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar [ENDES]⁷. Por ejemplo, entre los años 2005 y 2009, la proporción de niños menores de 5 años con desnutrición crónica bajó de 218% a 24%, la prevalencia de infecciones respiratorias agudas en niños de menos de 36 meses cayó de 19% a 17%, mientras que la tasa de mortalidad neonatal se redujo de 15 a 13 por cada mil nacidos vivos.

Sin embargo, estos avances no han sido ni suficientes ni equitativos. En este documento, se ha priorizado el análisis del parto institucional -por su impacto en la mortalidad materna y neonatal- y de la desnutrición crónica -por el efecto de largo plazo sobre el estado de salud de las personas, así como de su capacidad productiva y de aprendizaje-, para mostrar que los avances en la provisión necesitan ser concebidos con una visión equitativa y costo-efectiva.

En el 2007, la iniciativa Woman Delivery, con información de diversas instituciones internacionales, publicó un listado de países según el riesgo de morir como consecuencia del embarazo. El Perú se ubicó en el puesto 105 de 171,

7. <http://desa.inei.gob.pe/endes>

3.1 Parto institucional

Descripción del problema

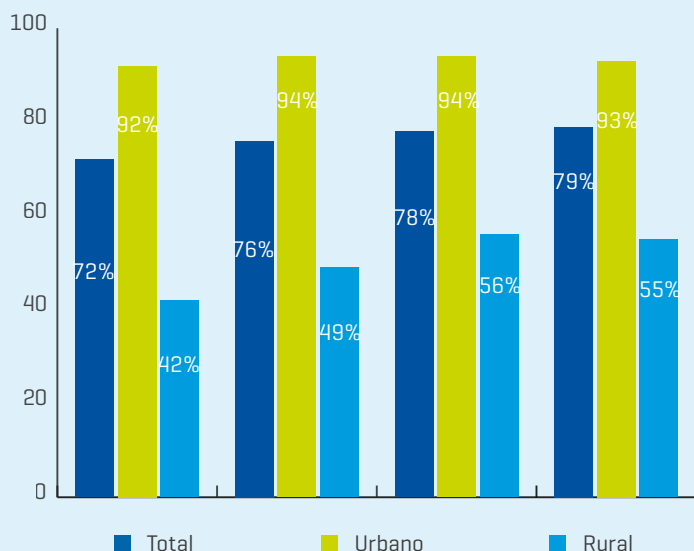
El avance en las tasas de parto institucional⁸ [PI] ha sido señalado en diversos estudios como el principal mecanismo para reducir la mortalidad materna y neonatal. La mortalidad materna es particularmente importante, pues además de la pérdida de la vida de la madre, la probabilidad de supervivencia del recién nacido cae y la ausencia de la madre a lo largo de su vida lo perjudica.

El Perú se encuentra bastante atrasado en estos indicadores, incluso en comparación con el resto de la región. En el 2007, la iniciativa WomanDelivery, con información de diversas instituciones internacionales, publicó un listado de países según el riesgo de morir como consecuencia del embarazo. El Perú se ubicó en el puesto 105 de 171, detrás de países como Paraguay [98], Ecuador [98], Colombia [85], Brasil [81], Argentina [74], Venezuela [71] o Chile [47].

En términos de la evolución de la tasa de PI, ésta ha mejorado en la última década, pero ha sufrido una desaceleración en los últimos años. En el **Gráfico 1** se ve

8. Entendido como aquel parto que fue atendido por un profesional de la salud [médico u obstetra] dentro de un establecimiento de salud.

Gráfico 1
Proporción de parto institucional



Fuente: ENDES 2005, 2007, 2008 y 2009.

que la mayor parte de mujeres que no recurren al PI se encuentra en el área rural, donde, solo alrededor de la mitad de los partos son institucionales, con un retroceso de un punto porcentual en el último año [2009].

Con el fin de avanzar en mejorar la salud materna y neonatal, el Estado ha creado el Programa Estratégico de Salud Materno Neonatal (PSMN) para mejorar la salud de las madres y recién nacidos a través de la difusión de métodos de planificación familiar y consejería, la atención prenatal de las madres gestantes y la atención del parto por personal calificado. Este programa ha recibido un presupuesto de 513 millones de soles en el año 2009 y 404 millones en el 2008.

El análisis de la información del PSMN sugiere que, en promedio, el programa subsidia 170 nuevos soles por usuario. En el caso de partos normales, estos tienen un subsidio promedio de alrededor de 120 soles. De acuerdo a la información de PEAS/PRAES, un parto normal debería costar alrededor de 80 nuevos soles, menos que el actual subsidio de 120 nuevos soles, lo cual llama la atención en términos de uso eficiente de los recursos.

Más aun, la evaluación del 2009 realizada por la Comisión de Seguimiento Concertado del PSMN⁹ recomienda una mejora en la aún precaria atención contra las hemorragias [principal causa de muerte materna, 48%] a través de inversión en los rubros “acceso de las gestantes a sangre segura” y “bancos de sangre”, así como asignar mayor presupuesto a la “infraestructura de salud” y “mejoramiento de la capacidad resolutive en establecimientos de salud”. Esta evaluación resalta también una asignación presupuestal desproporcionada con respecto al tamaño del problema para las distintas regiones.

Propuestas de política

Reducir la mortalidad materna y neonatal requiere que tanto la madre como el recién nacido sean atendidos por profesionales de la salud con los recursos físicos adecuados -durante la gestación, el parto y el periodo neonatal. Las principales barreras

9. http://www.mesadeconcertacion.org.pe/documentos/documentos/doc_01215.pdf

para lograr dichas atenciones son de orden económicos, de accesibilidad y culturales.

En términos de la barrera económica, si bien el programa Juntos incluye en el condicionamiento de las transferencias monetarias los controles de crecimiento de los hijos y los controles pre y post natales para la madre, sería recomendable incluir la condición del parto institucional para fomentar la práctica. La experiencia de transferencias condicionadas con mayor cobertura se ha documentado en India¹⁰, con resultados positivos en el incremento de partos institucionales –éste ha aumentado en 50%, siendo el promedio nacional 54%- y la reducción de la tasa de muerte perinatal en cuatro por cada 1000 embarazos. En nuestro caso, la inclusión del PI en la condicionalidad implicaría que para que la familia reciba el bono con los recursos públicos, esta deberá cumplir el conjunto de condicionalidades –incluido el PI- en un período de tiempo; la meta sería, pues, tener familias con mayores niveles de salud.

En términos de la barrera de accesibilidad, se requiere de una mejor oferta de infraestructura y recursos humanos que permitan hacer frente

10. El Janani Suraksha Yojana (JSY o safe motherhood scheme) es un programa que se inició en el año 2005. En cuatro años pasó de tener 740 mil beneficiarios en 2005-2006 a 8,43 millones en 2008-2009 que es casi un tercio de las 26 millones de mujeres que dan a luz al año en el país. El programa consiste en dar una suma de dinero en efectivo a las mujeres que sean elegibles y que hayan dado a luz en un establecimiento del gobierno o en algún establecimiento privado acreditado.

a la mayor demanda esperada, con atenciones oportunas y de calidad. Las soluciones al problema de acceso de la población a establecimientos de salud deberán variar en función de las regiones geográficas. Por ejemplo, en la región amazónica, la dispersión geográfica de la población y los altos costos de transporte limitan la posibilidad de acceder a los establecimientos de salud para una atención adecuada del parto; ello requiere indudablemente de, altos niveles de inversión pública.

En términos de la barrera de accesibilidad, se requiere de una mejor oferta de infraestructura y recursos humanos que permitan hacer frente a la mayor demanda esperada, con atenciones oportunas y de calidad..,

Una experiencia importante que ha contribuido a reducir este problema en las zonas altoandinas es el de las casas de espera, las cuales permiten a las madres gestantes ir a un punto intermedio entre su hogar y el establecimiento de salud para esperar mientras se acerca su fecha de parto.

Esquemas como estos requieren del desarrollo de modelos de atención creativos, desde tercerizar servicios de laboratorios y bancos de sangre, hasta utilizar mecanismos innovadores de contratación, con modelos alternativos de prestación –como lo hacen las Iglesias y las ONGs que atienden a distintos segmentos poblacionales-, y con la posibilidad de utilizar recursos

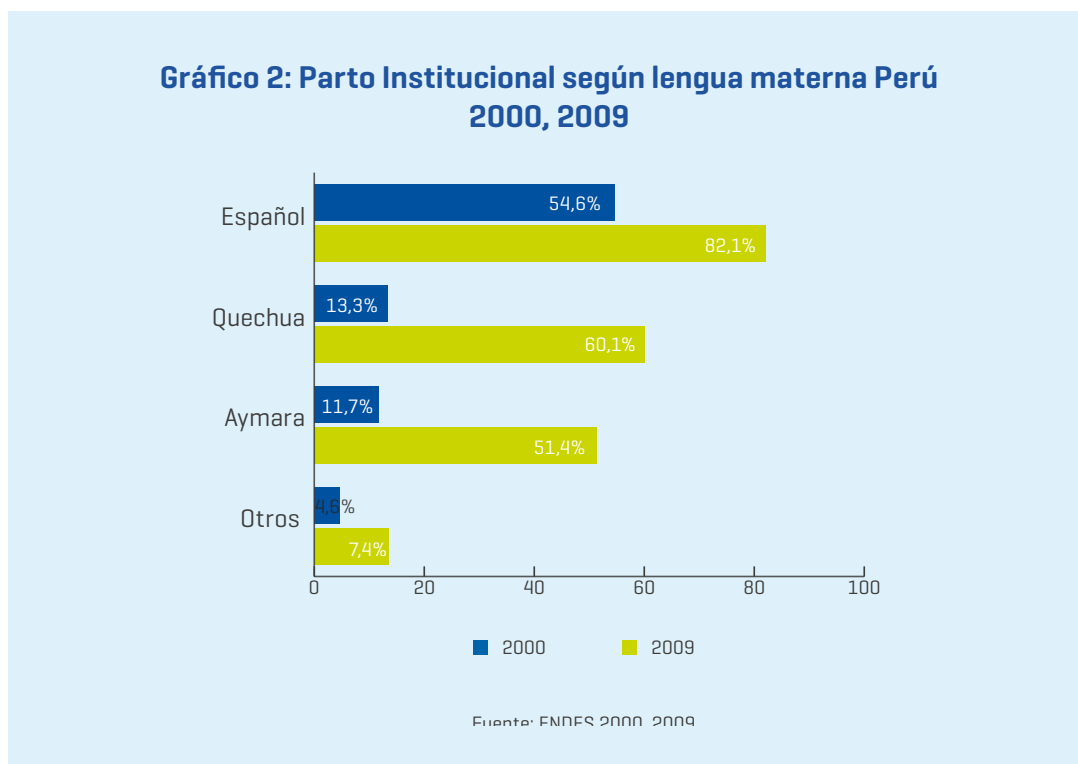
del canon en gasto corriente para la atención de salud.

Finalmente, incrementar la capacidad resolutive de los puestos de salud es necesario para que puedan atender casos de mayor complejidad, como aquellas emergencias relacionadas con las complicaciones durante el parto. Es importante evaluar la conversión de establecimientos de salud del primer nivel [I-1] al segundo [I-2] así como mejorar el sistema de referencias y contrareferencias y definir claramente quién cubrirá los gastos de movilización, pues terminan siendo una barrera de acceso para los usuarios.

Por el lado de las barreras culturales, es necesario difundir la práctica de la adecuación cultural del parto. La **Gráfico 2** muestra que la proporción

de la población que efectivamente accede a un PI varía de acuerdo a su etnia, aproximada ésta por la lengua materna. Mujeres aymaras, pero sobre todo aquellas mujeres que hablan otras lenguas indígenas – principalmente selváticas-, tienen un rezago significativo en el acceso a a una atención de PI.

La adecuación cultural del parto implica priorizar la comodidad de la madre parturienta al momento de dar a luz. Algunas de las prácticas que deben ser difundidas para las madres que lo requieran son el parto vertical, la posibilidad de enterrar la placenta, la presencia de familiares al momento del parto, una temperatura del ambiente de parto cómoda para la madre, entre otras.

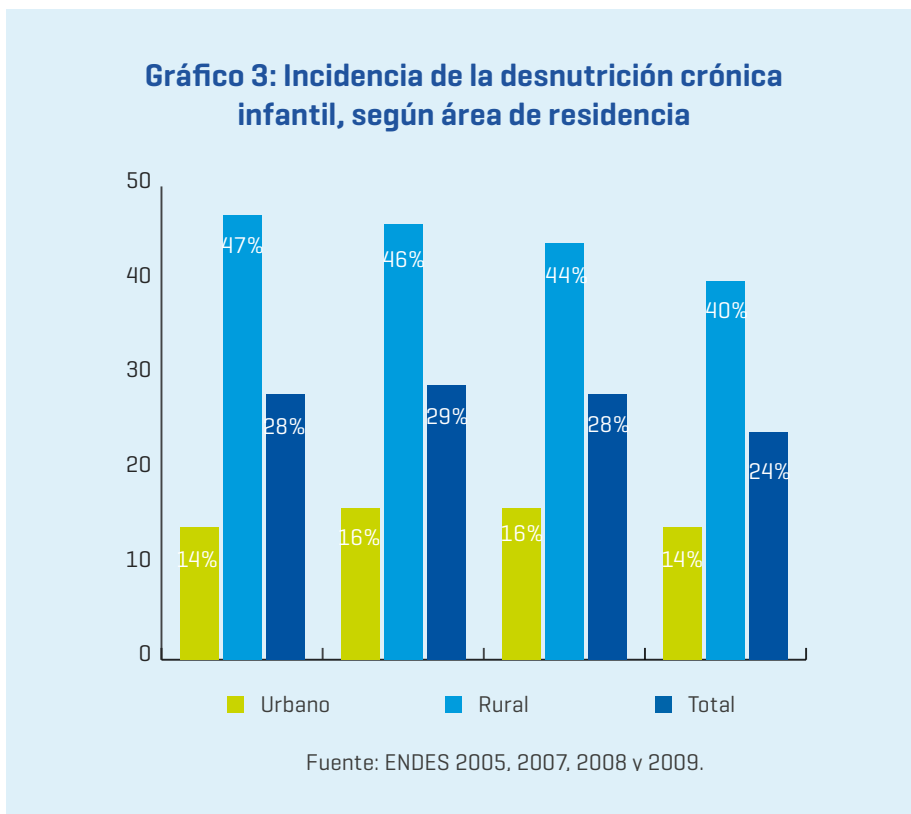


3.2. Desnutrición crónica infantil

Descripción del problema

La desnutrición infantil es una enfermedad silenciosa (según CEPAL) que reduce la calidad de vida de las personas, disminuye su capacidad de aprendizaje y limita su potencial laboral. Según CEPAL (2006), un peso al nacer de entre 2 y 2.5 kg representa un riesgo de muerte neonatal 10 veces superior a un peso entre 3 y 3.5 kg. La desnutrición infantil es considerada como una de las causas de un amplio espectro de enfermedades como diarrea, malaria, neumonía, entre otros, en los niños. Igualmente, la desnutrición infantil incrementa el riesgo de desarrollar enfermedades coronarias, hipertensión, diabetes y tuberculosis una vez que se ha llegado a la vida adulta. Todas estas enfermedades reducen la capacidad de aprendizaje de los niños y aumentan el ausentismo, la repitencia y la deserción escolar. Estos problemas dentro de la etapa escolar de las personas se traducen a su vez en menores capacidades laborales durante la edad adulta.

El **Gráfico 3** muestra que la desnutrición infantil ha venido cayendo en los últimos años, de un total de 28% en 2005 a 24% en 2009. Esta caída ha sido más fuerte en el sector rural (7 puntos porcentuales) que en el sector urbano (donde se ha mantenido estable); sin embargo, las tasas son aún muy altas -incluso para la región de América Latina y el Caribe [19.1 en el 2000, CEPAL]-; la disminución ha



sido insuficiente y las diferencias entre zonas sigue siendo bastante alta - una prevalencia rural de casi 3 veces el nivel de su par urbano. Igualmente, existen diferencias importantes según el nivel educativo de la madre, pues aquellos niños con madres sin educación presentan una tasa de desnutrición de 59%, mientras que aquellos cuyas madres alcanzaron el nivel de educación superior presentan una tasa de 8%.

El Estado ha enfocado el combate de la desnutrición infantil a través de dos grandes frentes: la estrategia nacional CRECER y el Programa Articulado Nutricional (PAN). CRECER es una estrategia que busca articular los esfuerzos de distintos sectores con el objetivo de superar la pobreza y reducir la desnutrición crónica infantil. El PAN

surge dentro del marco de Presupuestos por Resultados, sin embargo, el presupuesto del PAN aún no se distribuye en función de los resultados alcanzados.

Tanto CRECER como el PAN centran sus esfuerzos en atacar los problemas básicos que contribuyen con la desnutrición: la alta prevalencia de enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias, la alta prevalencia del bajo peso al nacer y la deficiente alimentación de los menores de 36 meses. Uno de los aciertos más importantes de estas políticas, por lo menos a nivel conceptual, es que plantean el problema desde un punto de vista multisectorial y buscan resolverlo acordemente. Para ello intervienen diversos ministerios, gobiernos subnacionales y programas sociales.

La reducción observada entre 2005 y 2009 requirió de 2'800 millones de soles de gasto público; un monto considerable para los escasos resultados obtenidos.

Dentro de las atenciones de salud una con especial potencial para combatir la desnutrición infantil son los CRED, que se realiza en los niños por debajo de los 5 años, durante los cuales los especialistas del sector se encuentran en contacto directo con las madres. Esta intervención, sin embargo, a pesar de estar normada por el MINSA, y de ser comprobadamente costo efectiva, el país no ha logrado disminuir la desnutrición crónica de manera significativa¹¹.

Propuestas de política

Las propuestas para combatir la desnutrición crónica pueden ser resumidas en cuatro frentes.

11. La tasa de asistencia a estos controles es relativamente alta, con un promedio nacional del 68% en el 2009 -73% en zonas rurales y 65% en zonas urbanas.

En primer lugar, se recomienda desarrollar modelos de atención comunitarios, lo que implica que el MINSA desarrolle los lineamientos nacionales para el diseño regional de modelos de atención comunitarios. Los modelos deberán incluir la participación de los actores locales como organizaciones sociales de base, alcaldes, entre otros, para que sean éstos los que validen el modelo y apoyen su gestión.

Una vez definido el modelo, habría que aprovechar los CRED para reforzar las buenas prácticas nutricionales y de higiene, la importancia de la lactancia exclusiva, el lavado de manos, el manejo de excretas, entre otros. Asimismo, en los CRED se puede apoyar la difusión de información sobre los alimentos de fácil acceso en la localidad con alto contenido nutricional. Es indispensable, que los trabajadores de salud en los establecimientos de salud estén bien capacitados para orientar apropiadamente¹².

Esto debe ir acompañado de la reformulación del esquema de asignación presupuestal adecuándolo al modelo de atención comunitario -familia saludable- y que se pague a los prestadores en función de los resultados obtenidos y no de las atenciones brindadas.

Una segunda política recomendada, enfocada en prevenir el bajo peso al nacer, es la entrega de alimentos fortificados a las madres gestantes. Al respecto, Allen y Gillespie (2008) encontraron que la entrega de galletas a mujeres fortificadas con hierro a embarazadas reduce el bajo peso al nacer y la mortalidad infantil en 39% y 40%, respectivamente.

12. Algunas de las prácticas que es necesario difundir incluye lavarse las manos y hervir el agua para prevenir la diarrea, combatir la costumbre de darle a los infantes solo "sopitas" que no contienen alto contenido nutricional y mejorar la alimentación del niño durante los episodios de diarrea para reducir su efecto nocivo.

La tercera política es la entrega focalizada de suplementos de micronutrientes –chispitas nutricionales, sprinkles- para combatir la anemia en niños menores de 2 años. Se puede, asimismo, fortificar algunos de los alimentos de mayor consumo y fácil acceso con micronutrientes, tanto para las mujeres embarazadas como en niños.

Finalmente, la cuarta política es incrementar el acceso a redes de agua y desagüe. El acceso adecuado a redes de saneamiento ha sido altamente efectivo en la reducción de la prevalencia de enfermedades diarreicas.

Medidas adicionales incluyen la adaptación cultural de las políticas propuestas, tanto por el idioma y los usos coloquiales como la incorporación del consumo de alimentos locales con alto contenido nutricional.

Referencias

- Allen, Lindsay y Stuart Gillespie [2001]. **“What Works? A Review of the Efficacy and Effectiveness of Nutrition Interventions”**. United Nations Organization.
- Campbell, Dona y Wendy J Graham [2006]. “Strategies for reducing maternal mortality: getting on with what works”. *Lancet* 2006; 368: 1284–99.
- CARE [2006]. **“A Case Study: The Impact of Maternal Health in Peru”**. Lima, 2006.
- Carranza, Luis; Chávez, Jorge; Valderrama, José [2007]. **“La economía política del proceso presupuestario: El caso peruano”**. Serie Estudios de País. Banco Interamericano de Desarrollo. Instituto Peruano de Economía
- Enfoque Metodológico del Plan Perú 2021, Centro Nacional de Planeamiento Estratégico, Marzo 2010.
- Horton, Sue [2006]. **“The Economics of Food Fortification”**. *The Journal of Nutrition* 136: 1068–1071, 2006.
- Ley N° 28411 Ley del Sistema Nacional de Presupuesto.
- Ley N° 28522 Ley del Sistema Nacional de Planeamiento Estratégico y del Centro Nacional de Planeamiento Estratégico.
- Lim Stephen, Lalit Dandona, Joseph A. Hoisington, Spencer L. James, Margaret C. Hogan y Emmanuela Gakidou [2010]. **“India’s Janani Suraksha Yojana, a conditional cash transfer programme to increase births in health facilities: an impact evaluation”** *Lancet* 2010; 375: 2009–23.
- Mesa de concertación para la lucha contra la pobreza [2008]. **“Seguimiento al programa estratégico salud materno neonatal”**.
- Ministerio de Economía y Finanzas. Programa Estratégico de Salud Materno Neonatal.
- Ministerio de Economía y Finanzas. Programa Articulado Nutricional.
- Moloney, Anastasia [2010]. **“Difficulties hit Bolivia’s programme for pregnant women”** *Lancet* 2010; 375: 1609–23
- Mostajo, Rossana [2002]. **“El sistema presupuestario en el Perú”**. Serie Gestión Pública. Instituto Latinoamericano y del Caribe de Planificación Económica y Social. CEPAL Santiago de Chile.
- Rühling, Markus [2005] **“Is there a substitution effect on property tax through fiscal transfers in Peru?”** Lima, INICAM/CIM[GTZ].

Enrique Chon Yamasato

Economista graduado de la Pontificia Universidad Católica del Perú, master en Administración de Negocios por ESAN, y Diplomado en Finanzas Estratégicas por la Universidad del Pacífico. Amplia trayectoria de gestión en temas de empleo, salud, educación, gasto público, precios y tarifas, así como en administración y presupuesto en el Sector Público. Ha desempeñado cargos de responsabilidad en el Congreso de la República, Seguro Integral de Salud, Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo, Contraloría General. También ha realizado consultorías para organismos internacionales y forma parte del staff permanente de SASE Consultores.

Vilma A. Montañez Ginocchio

Economista de la Universidad de Lima, master en Gestión de Proyectos de la Universidad de la Cooperación Internacional – Costa Rica, y en curso la maestría Gestión de Políticas Públicas de la Universidad Continental en convenio con la Universidad Autónoma de Barcelona. Amplia experiencia en el diseño y gestión de proyectos y programas sociales, planeamiento estratégico y operativo y formulación y seguimiento de planes. Experta en el sector salud, especialmente en el desarrollo de nuevos modelos de atención integral para el primer nivel de atención, reforma sectorial y formulación de políticas de salud. Experiencia internacional en Centroamérica en el seguimiento de programas de reforma del sector salud y como consultora internacional en desarrollo institucional para mejorar la gestión de 12 hospitales públicos de Honduras. Consultora en temas de financiamiento de salud y reforma financiera del sistema de salud peruano. Ha sido asesora de jefatura del Seguro Integral de Salud (SIS).

Janice Seinfeld Lemlig



Doctora y Magíster en Economía por la Universidad de Harvard, con especializaciones en Economía de la Salud, Economía Pública y Organización Industrial. Realizó estudios de post doctorado en Economía de la Salud en el National Bureau of Economic Research (NBER) en Cambridge, Massachusetts. Licenciada y bachiller en Economía por la Universidad del Pacífico. Profesora del Departamento Académico de Economía y miembro del Centro de Investigación de esta casa de estudios. Consultora de organizaciones nacionales e internacionales -como el Ministerio de Salud, el Proyecto Amares, la Defensoría del Pueblo, el Banco Mundial, Ford, PNUD, GDN, entre otras- en temas relacionados con las políticas públicas en el Perú. Como investigadora, ha desarrollado proyectos relacionados con esquemas de aseguramiento público en salud, análisis económico de las compras públicas centralizadas de medicamentos, análisis de las políticas costo-efectivas para combatir la desnutrición crónica infantil, entre otros. Ha publicado el libro "Repensando la salud en el Perú", con Margarita Petrera, en 2007; así como diversos artículos sobre temas vinculados con las políticas de salud en el Perú y los Estados Unidos.