



BANCO MUNDIAL

Perú: Seguro Integral de Salud y los nuevos retos para la cobertura universal

Pedro Francke



Human Development Network

Banco Mundial, Washington DC, Enero de 2013

Perú: Seguro Integral de Salud y los nuevos retos para la cobertura universal¹

Pedro Francke

Banco Mundial, Washington DC, enero de 2013

1. El estudio se benefició enormemente del Taller de Autores, que se celebró en Washington, DC, en julio de 2012, especialmente de las observaciones de los panelistas Jerry La Forgia, Antonio Giuffrida y Fernando Montenegro. Los revisores Fernando Lavadenz y Robert Hecht hicieron contribuciones muy importantes. La orientación de Daniel Cotlear durante todo el proceso y el apoyo de Sarah McCune, Emiliana Gunawan, y todo el equipo UNICO fue invaluable. La revisión de último minuto por Tania Dmytraczenko permitió mejoras significativas, y la edición de Diane Stamm hizo este estudio mucho más legible. Gracias a todos.

LA SERIE DE ESTUDIOS DEL BANCO MUNDIAL SOBRE COBERTURA UNIVERSAL DE SALUD (UNICO)

Todas las personas aspiran a recibir atención de salud de calidad y a precios asequibles. En años recientes, esta aspiración ha impulsado los llamamientos en favor de la cobertura universal de salud (UHC, por su sigla en inglés) y generó un movimiento mundial por la UHC. En el 2005, este movimiento incitó a la Asamblea Mundial de la Salud a hacer un llamamiento a los gobiernos para “desarrollar sus sistemas de financiamiento de la salud, de manera que todas las personas tuvieran acceso a los servicios y no sufrieran dificultades financieras al pagar por ellos”. En diciembre de 2012, el movimiento llevó a la Asamblea General de las Naciones Unidas a pedir a los gobiernos a “ampliar de manera urgente y significativa las iniciativas dirigidas a acelerar la transición a servicios de salud asequibles y de calidad”. Hoy en día, unos 30 países de ingresos medios están ejecutando programas que buscan acelerar la transición a la cobertura universal de salud, al tiempo que muchos otros países de ingresos bajos y medios están considerando el lanzamiento de programas similares.

El Banco Mundial respalda los esfuerzos de los países para compartir la prosperidad mediante la transición hacia la UHC con el objetivo de mejorar los resultados de salud, reducir los riesgos financieros asociados a la mala salud y aumentar la equidad. El Banco reconoce que hay muchas maneras de lograr la UHC y no respalda ninguna de ellas en particular ni ningún conjunto de arreglos institucionales o financieros para alcanzarla. Independientemente de la ruta elegida, la ejecución exitosa exige contar con muchos instrumentos e instituciones en funcionamiento. Si bien es cierto que es posible seguir diferentes rutas para ampliar la cobertura, todas ellas plantean dificultades para la ejecución. Teniendo esto presente, el Banco Mundial emprendió la elaboración de la serie de Estudios sobre la Cobertura Universal de Salud (Serie de Estudios UNICO) para desarrollar conocimientos y herramientas operativas destinadas a ayudar a los países a abordar estos retos de la ejecución, de formas que sean sostenibles desde el punto de vista fiscal y que mejoren la equidad y la eficiencia. La Serie de Estudios UNICO consiste en documentos técnicos y estudios de caso de país que analizan diferentes cuestiones relacionadas con los retos de llevar a la práctica la política de la UHC.

Los estudios de caso de la serie se basan en la utilización de un protocolo estándar para analizar los componentes básicos de los programas que han ampliado la cobertura desde la base hasta el tope —aquellos programas que empezaron con los pobres y vulnerables y no los que se iniciaron de acuerdo a un modelo descendente. El protocolo consta de nueve módulos con más de 300 preguntas cuyo propósito es suscitar una comprensión detallada de la forma en que los países están poniendo en práctica cinco conjuntos de políticas para alcanzar lo siguiente: a) administrar la canasta de beneficios, b) manejar los procesos para incluir a los pobres y vulnerables, c) impulsar reformas a la eficiencia en la prestación de servicios de salud, d) abordar nuevos retos de la atención primaria, y e) modificar los mecanismos de financiamiento para alinear los incentivos de los diferentes interesados en el sector de la salud. Hasta la fecha, el protocolo de los componentes básicos se ha utilizado con dos propósitos: crear una base de datos para comparar los programas ejecutados en diferentes países y generar estudios de caso de programas de 24 países en desarrollo y un elemento “comparador” de ingresos altos, el estado de Massachusetts en los Estados Unidos. El protocolo y los estudios de caso se publican como parte de la Serie de Estudios UNICO, y en el 2013 estará disponible un análisis comparativo.

Confiamos en que el protocolo, los estudios de caso y los documentos técnicos aportarán a los ejecutores de la UHC una caja de herramientas ampliada, contribuirán a los debates acerca de la puesta en práctica de la UHC, además de aportar información al movimiento en pro de la UHC, mientras este se extiende en todo el mundo.

Daniel Cotlear
Líder del grupo de trabajo de la
Serie de Estudios UNICO
El Banco Mundial
Washington, DC

CONTENIDO

Abreviaciones	1
Resumen ejecutivo	2
1. Introducción	3
2. Arquitectura institucional del SIS	5
3. ¿Por qué el SIS no ha podido convertirse en un programa más amplio?	12
4. El SIS y la gobernabilidad en salud en un contexto de descentralización y transición epidemiológica	18
5. La agenda pendiente	22
Anexo 1 Visión General del sistema de salud de Perú, incluyendo su financiamiento y prestación	27
Anexo 2 Breve descripción de la salud pública, la atención primaria y los esfuerzos de oferta	29
Anexo 3 Diagramas con indicadores comparativos	31
Referencias	34

ABREVIACIONES

AUS	Aseguramiento Universal en Salud
CIDH	Comisión Interamericana de Derechos Humanos
CLAS	Comités Locales de Administración en Salud
DIRESAS	Direcciones Regionales de Salud
ELITES	Equipos Locales Itinerantes de Trabajo Extramural en Salud
EsSalud	Sistema de Seguridad Social
FESE	Ficha de evaluación socioeconómica
JUNTOS	Programa de transferencias condicionadas en efectivo
ALC	América Latina y el Caribe
LPIS	Listado priorizado de intervenciones sanitarias
MEF	Ministerio de Economía y Finanzas
MINSA	Ministerio de Salud
PIB	Producto interno bruto
PEAS	Plan Esencial de Aseguramiento en Salud
SAMU	Sistema de Atención Móvil de Urgencias
SERUMS	Programa obligatorio en Perú, que requiere que los graduados que quieren trabajar en el sistema público sirvan en zonas rurales
SIS	Seguro Integral de Salud
SISFOH	Sistema de Focalización de Hogares
SUNASA	Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud

RESUMEN EJECUTIVO

Aun cuando en las últimas dos décadas Perú ha logrado importantes avances en salud maternoinfantil, todavía registra grandes inequidades en perjuicio de las áreas rurales y las poblaciones indígenas, así como una transición epidemiológica hacia enfermedades no transmisibles. El sistema de salud de este país es segmentado, y lo conforman el Ministerio de Salud (MINSA), hoy descentralizado; el sistema de seguridad social, y el sector privado, que representa un 40 por ciento del gasto. El Seguro Integral de Salud (SIS), establecido hace 10 años en forma paralela –aunque descoordinada– con las reformas de descentralización nacionales, ha sido el principal esfuerzo de Perú dirigido a ampliar la cobertura sanitaria.

El SIS busca reducir las barreras económicas mediante la eliminación de los cobros a los usuarios para un paquete de atenciones. A pesar de que su presupuesto se ha mantenido bajo, el SIS ha desempeñado un rol importante en la reducción de la mortalidad infantil y materna. Sin embargo, las mejoras esperadas al sistema de salud general no se han materializado. Al mismo tiempo, cuando el proceso de descentralización transfirió fondos y autoridad a las regiones, lo hizo en un contexto de capacidades de gestión débiles, y falló en definir claramente la relación entre el gobierno nacional y los gobiernos regionales.

En este sentido, es necesario un esfuerzo substancial y sostenido para mejorar la cobertura con un enfoque comprehensivo, que integre las prioridades nacionales y regionales de salud pública, pero que además otorgue flexibilidad a las redes y establecimientos de salud, y establezca incentivos claros como un medio para conseguir los resultados deseados. El SIS parece ser el vehículo más idóneo para implementar este enfoque, siendo factible incorporar las denominadas “estrategias de salud” en su política y en su accionar. Tiene asimismo las ventajas de considerar un paquete más amplio y de utilizar instrumentos que otorgan mayor flexibilidad administrativa, así como el potencial de incluir incentivos.

Las brechas de inequidad en atención básica exigen un esfuerzo especial por mejorar la cobertura y la efectividad de la atención en las zonas rurales, donde aún vive más de la cuarta parte de los peruanos. En estas poblaciones hace falta integrar los esfuerzos del SIS con una adecuada política de recursos humanos.

En el caso de Lima, que tiene un 30 por ciento de la población nacional, el reto ya no es brindar cuidado básico, sino más bien responder al problema de las enfermedades no transmisibles (ENT) con acciones de promoción, prevención y detección temprana. Para lograr esto se requiere (a) aumentar la conciencia respecto a las ENT; (b) implementar programas de salud pública que aborden integralmente todas las etapas de las enfermedades crónicas prevalentes, y (c) designar un ente comprador único, como el SIS, para contratar servicios de múltiples prestadores

Estas definiciones deben ir acompañadas de un gran esfuerzo por fortalecer las capacidades técnicas del MINSA. A la vez, tal esfuerzo debe enfatizar la revisión de las prioridades en salud, el diseño de intervenciones efectivas dentro de un paquete de beneficios equilibrado presupuestalmente, la aplicación de incentivos, y nuevos mecanismos de pago a los hospitales y centros de salud.

1. INTRODUCCIÓN

El presente estudio analiza y describe los avances del Seguro Integral de Salud (SIS) y los retos pendientes para seguir avanzando hacia una cobertura universal de atención sanitaria.

Perú es un país de ingresos medios-altos con un producto interno bruto (PIB) per cápita ligeramente superior a US\$10.000 (paridad de poder adquisitivo). El país ha experimentado un crecimiento rápido en la última década, con una tasa promedio de 6,5 por ciento. Sin embargo, el 28 por ciento de la población vive en la pobreza (2011), con líneas de pobreza diferenciadas regionalmente de entre US\$1,0 y US\$2,0 per cápita diarios. Adicionalmente, apenas una de cada cuatro personas tiene un empleo que le otorgue cobertura de seguridad social.

La desigualdad de ingresos, medida por el coeficiente de Gini, es cercana a 0,60, y existen además altas desigualdades en indicadores de desarrollo humano (educación y salud) y en acceso a servicios básicos como agua potable y saneamiento. En el Índice de Oportunidades Humanas, Perú ocupa el puesto 13 de 17 países de la región. Las desigualdades en ingreso, indicadores de desarrollo humano y acceso a servicios están presentes tanto entre estratos socioeconómicos como entre regiones del país (la costa comparada con la sierra y la selva, las zonas urbanas con las rurales). También es un problema la discriminación hacia las mujeres y la exclusión de poblaciones indígenas.

Como país de ingresos medios-altos, los indicadores peruanos de mortalidad (menores de 1 año = 14,9; menores de 5 años = 19,2, y mortalidad materna = 67) y esperanza de vida (73,8) se encuentran dentro del promedio para países con indicadores económicos similares (datos para el 2010). Los avances en mortalidad infantil han sido grandes en la última década. El país, sin embargo, se mantiene rezagado en desnutrición crónica infantil (28,2 en el 2010), la cual está asociada a la pobreza, la desigualdad y la falta de acceso a servicios básicos. En todos estos indicadores, las diferencias regionales son muy grandes. En Huancavelica, una región pobre ubicada en las montañas, la esperanza de vida es de 61 años, mientras que en Lima Metropolitana asciende a 79; la desnutrición crónica es de 41 por ciento en las áreas rurales y sólo 7,5 por ciento en Lima Metropolitana, y la mortalidad infantil es de 10 por 1.000 en el quintil de mayores ingresos y de 42 en el quintil de menores ingresos.

Después de Haití, Perú tiene la segunda tasa más alta de incidencia de tuberculosis en la región de América Latina y el Caribe (ALC), con muchos casos multidrogosresistentes y extradrogosresistentes. Sin embargo, la transición epidemiológica ha avanzado, y un 60 por ciento de las muertes son el resultado de enfermedades no transmisibles.

La cobertura de servicios de salud es similar al promedio de países de ingresos medios-altos cuando se trata de atenciones básicas, como inmunizaciones (93 por ciento), controles pre-natales (95 por ciento de las mujeres con al menos un control) y uso de anticonceptivos (73 por ciento), pero está debajo de lo esperado cuando se trata de servicios más complejos como los partos (84 por ciento). La atención primaria ha sido el foco de los programas de salud durante varias décadas, lo que podría explicar estas estadísticas. No obstante, en general se han destinado menos recursos al sistema de salud, con un gasto total de sólo 5 por ciento

del PIB—y apenas 54 por ciento de esta tasa dirigida al sistema público. El número de médicos, enfermeras y camas per cápita es considerablemente menor al promedio de los países de ingresos medios-altos, y hay una escasez general de médicos especialistas. Más todavía, los recursos se encuentran fuertemente concentrados en Lima y otras ciudades, de tal manera que existe un déficit en atención en la sierra y la selva y entre poblaciones indígenas

Perú tiene un sistema de salud segmentado, conformado por el Ministerio de Salud (MINSA) y la seguridad social, ambos con bajo financiamiento, y el sector privado. El gasto del sector privado representa el 40 por ciento del gasto en salud, y este gasto corresponde sobre todo a medicamentos (Francke et al., 2006). A través de sus descentralizadas Direcciones Regionales de Salud (DIRESAS), el MINSA tiene la mayor red de hospitales y centros de atención primaria que brindan servicios a la población pobre. Sin embargo, la cobertura en zonas rurales es más limitada, y dado el escaso financiamiento para el sistema público, los usuarios de estos servicios tienen un alto gasto de bolsillo en medicamentos.

Establecido en el 2002, el SIS peruano fue diseñado para expandir la cobertura de salud al reducir las barreras económicas mediante la eliminación de los cobros a los usuarios por un paquete de atenciones. El SIS implementó además políticas y sistemas de gestión con un mayor enfoque en resultados e incentivos. Originalmente, el SIS fue considerado como una “reforma en el margen”, y su presupuesto (inferior al 10 por ciento del total del MINSA/DIRESAS) reflejaba tal definición. Si bien el SIS ha desempeñado un papel importante en la reducción de la mortalidad infantil y materna, las reformas al sistema de salud todavía no han logrado los avances previstos en un inicio. Consecuentemente, en 2009 y 2010 se aprobó una nueva política (Aseguramiento Universal en Salud [AUS]) con el propósito de dar un enfoque más integral a la reforma del sistema sanitario. Hasta la fecha, ha habido poco progreso en la implementación de la nueva política.

En el presente estudio se discutirá en detalle la interacción entre las reformas de descentralización de Perú y el SIS, con énfasis particular en el modo en que esta interacción ha alterado la capacidad de regulación del sistema de salud, y la compra y provisión de servicios.

La descentralización del sistema de salud del país se aplicó entre los años 2004 y 2005, durante la cual la administración de los establecimientos públicos de salud y la capacidad de implementar políticas fue transferida desde el MINSA a los gobiernos regionales. Los establecimientos de Lima, no obstante, continúan siendo administrados por el MINSA. Mientras la introducción del SIS buscaba fortalecer y modernizar la rectoría del MINSA sobre el sistema público de salud, las reformas de descentralización terminaron debilitando a este ministerio, pues delegaron la administración de hospitales y redes de salud en los gobiernos regionales y no delinearon claramente la relación entre el MINSA y las regiones. Mientras tanto, el sistema de seguridad social EsSalud se mantiene centralizado y separado del MINSA. En el anexo 1 se presenta un panorama del sistema de salud de Perú, incluyendo su financiamiento y sus prestaciones.

2. ARQUITECTURA INSTITUCIONAL DEL SIS

BREVE DESCRIPCIÓN

El SIS fue implementado en el contexto de un cambio de régimen político, con la caída del Presidente Fujimori y tras la transición democrática del 2001. Durante esta etapa emergieron agrupaciones cívicas --como el Colegio Médico y el Foro de la Sociedad Civil en Salud-- que abogaron por políticas que promovían el derecho a la salud y la reducción de los cobros a los usuarios (Conferencia Nacional de Salud, 2003; Francke, 2006). El SIS fue basado en dos programas existentes consolidados y fortalecidos: el Seguro Escolar y el Seguro Materno Infantil.

El SIS se orienta a eliminar los cobros directos a los usuarios en los servicios públicos de salud, los cuales representan una barrera económica importante al acceso a estos servicios (Ewig, 2012). Con esta idea, introduce un nuevo mecanismo financiero para el pago de la atención pública de salud y la entrega de medicamentos, transfiriendo fondos a hospitales y redes de salud bajo un esquema de pago por servicios, los que están definidos dentro de un plan de atención (hay una parte pequeña de pago no relacionado con la atención). El pago por servicios está calculado para cubrir solamente los costos variables de insumos, sin incluir ni el capital (infraestructura y equipos) ni el personal, cuyos costos son cubiertos por otras partidas presupuestales.

El SIS está obligado a brindar atención gratuita a los afiliados por los riesgos y servicios incluidos en el paquete de aseguramiento. A los hospitales y centros de salud no se les permite realizar cobros a los usuarios por proveer el paquete de beneficios a los beneficiarios del SIS, pero reciben a cambio pagos del SIS. De esta manera, el incentivo al cobro al usuario se ve disminuido o incluso eliminado. Adicionalmente, el SIS incentiva a los hospitales y centros públicos de salud para que orienten sus servicios a las prestaciones incluidas en su paquete de aseguramiento.

EL SIS Y LOS RESULTADOS DE SALUD

El SIS ha elevado la demanda de atenciones de salud incluidas en el paquete de aseguramiento. En efecto, la inclusión del parto ha generado un aumento significativo en la incidencia de partos institucionales. En el 2000 sólo el 24 por ciento de los partos en áreas rurales y sólo el 58 por ciento en áreas urbanas sucedieron en establecimientos de salud. Hoy, el 58 por ciento de partos en áreas rurales y el 85 por ciento en áreas urbanas se dan en instituciones médicas (INEI, 2012). Este aumento en partos institucionales ha sido asociado a una fuerte reducción de la mortalidad materna; en los últimos 10 años, el índice de mortalidad materna ha disminuido a prácticamente la mitad.

Hay otros factores que también han contribuido a estos resultados. Uno es el crecimiento económico registrado en la última década. Desde el 2001, el crecimiento del PIB peruano ha sido uno de los mayores en ALC (un promedio de 5,8 por ciento comparado al 4,2 por ciento de de ALC), manteniendo al mismo tiempo una de las menores tasas de inflación de la región (un promedio de 2,5 por ciento comparado al 8,0 por ciento en ALC) y acumulando una cantidad sustancial de reservas internacionales. Principalmente debido al crecimiento del PIB, desde el 2007 la pobreza se ha reducido de 42 por ciento a 28 por ciento (2011), mientras que en áreas rurales la pobreza se ha reducido de 74 por ciento a 56 por ciento, y los gastos promedio per cápita en familias rurales han crecido en 25 por ciento. La reducción de la pobreza permite a las familias cubrir con mayor facilidad el transporte y otros costos de oportunidad, aumentando la demanda por servicios de salud y mejorando el acceso a medicamentos, comida y albergue.

Adicionalmente, ha habido avances en la educación de mujeres y reducciones consecuentes en la tasa de fertilidad, lo que contribuye además a disminuir la mortalidad materna.

Por último, la oferta de servicios de salud ha sido reforzada en las áreas rurales, donde la capacidad ha sido históricamente débil. Organizaciones de cooperación internacional y el gobierno peruano (usando algunos de los ingresos fiscales generados por el crecimiento económico) han introducido iniciativas, como PARSA-LUD, las cuales han apoyado la mejora de la salud materna a través de infraestructura, equipos, recursos humanos y la incorporación de prácticas de parto culturalmente sensibles. La rápida ampliación de la cobertura y la reducción de la mortalidad materna demuestran que es posible mejorar los servicios de salud de complejidad mediana en zonas rurales. El aumento de programas para mejorar la promoción de cuidado materno y el incremento en la demanda vía el SIS han probado ser una combinación exitosa. (En el anexo 2 se presenta una descripción de la salud pública, la atención primaria y los esfuerzos de oferta.)

FOCALIZACIÓN, IDENTIFICACIÓN Y AFILIACIÓN DE BENEFICIARIOS

La ley que creó el SIS estableció como población diana del programa a los pobres y a los vulnerables. En efecto, el objetivo del SIS es “promover el acceso con equidad de la población no asegurada a prestaciones de salud de calidad, dándole prioridad a los grupos vulnerables y en situación de pobreza y extrema pobreza”. Por lo tanto, es necesario un procedimiento de focalización cuando los individuos se registran en el SIS y, dependiendo de sus ingresos, se vuelven afiliados sea a un régimen subsidiado o a uno semicontributivo.

Los ciudadanos que desean afiliarse lo solicitan en los establecimientos de salud. Para identificar el nivel socioeconómico de las familias, los establecimientos utilizan una ficha de evaluación socioeconómica (FESE) (proxy-means test) que permite distinguir entre pobres y pobres extremos, y luego categoriza a los nuevos afiliados en los regímenes semicontributivo o subsidiado, según corresponda. Hay sin embargo poca supervisión o control de calidad en esta aplicación de la FESE, y las categorías de exclusión del SIS—como afiliación a EsSalud, el sistema de seguridad social o hasta microcrédito— han sido criticadas por no considerarse idóneas. El SIS ha hecho esfuerzos por llegar a los distritos rurales pobres priorizados por el gobierno en 2007 y 2008, pero estos esfuerzos de focalización no se han aplicado ampliamente.

Los no-pobres también pueden afiliarse al SIS, pero deben realizar un pago e inscribirse en el régimen semicontributivo. Adicionalmente, ese proceso debe hacerse en una oficina regional del SIS (la ODSIS) en lugar de en el establecimiento de salud. Estos requerimientos de inscripción, mezclados con una generalmente baja calidad de servicio y la baja cultura de aseguramiento, deja una porción de asegurados que contribuyen al sistema menor al 2 por ciento.

Como resultado, el SIS tiene indicadores de focalización bastante buenos para el contexto peruano, con 15,6 por ciento de subcobertura y 12,1 por ciento de filtraciones (Arróspide et al., 2009). Un estudio que comparó los coeficientes de concentración en diversos programas sociales y atenciones de salud, encontró que para el 2004 el SIS tenía un coeficiente de concentración de -0,08, comparado con un promedio del Ministerio de Salud de 0,09 (donde la atención hospitalaria es la menos redistributiva). Estas estadísticas fueron similares a las de programas como el vaso de leche, pero menos redistributivas que el promedio de los gastos de asistencia social, que es -018 (Banco Mundial, 2007).

A futuro, el SIS usará el Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH), un sistema único del gobierno para focalizar individualmente a los distintos programas sociales. Sin embargo, el SISFOH está implementándose lentamente, y está siendo usado en las zonas más pobres para el esquema de pensión asistencial no contributiva (Pensión 65) y el Programa de Transferencias Condicionadas en Efectivo (JUNTOS). Para excluir sectores medios y evitar filtraciones, el SISFOH trabajó una base de datos de hogares en Lima, aunque por problemas de implementación todavía no ha sido ampliamente utilizada.

LA ADMINISTRACIÓN DE FONDOS PÚBLICOS Y EL MANEJO PRESUPUESTAL EN EL SIS

El presupuesto público en Perú es manejado sobre la base de un presupuesto anual, sobre todo en relación con programas centrados en gastos corrientes como el SIS. El Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) formula el presupuesto, que debe ser aprobado por el Congreso, pero que no puede hacerle añadidos al mismo. El MEF gestiona el presupuesto mediante la transferencia de asignaciones mensuales a las cuentas bancarias de entidades públicas. Estas asignaciones encajan dentro del tope presupuestal, el cual no puede sobrepasarse. Al igual que el resto del sector público, el SIS funciona de esta manera.

Dentro de cada institución existen restricciones en el uso de los fondos públicos. La cantidad designada para salarios, por ejemplo, no puede aumentar, y los fondos asignados para inversiones no pueden ser trasladados a gastos corrientes. Los recursos obtenidos por cobro a los usuarios son de uso bastante más flexible, permitiendo a cada entidad añadirlos con muy pocas limitaciones al presupuesto.

El SIS fue creado como una entidad autónoma, con un presupuesto designado directamente por el MEF sin requerir aprobación previa de MINSAL, y puede gestionar su presupuesto autónomamente. Esta estructura permite que el MEF mantenga su habilidad de evaluar y decidir cuántos fondos designar al sector de salud, y le da el poder de decidir cuánto del presupuesto de salud pública asignar al SIS autónomo. Así, el MEF mantiene el control sobre la posible expansión del SIS.

La evolución posterior muestra que el MEF no ha respaldado claramente al SIS. Más bien, ha ido otorgándole presupuesto adicional sólo cuando hubo amplio espacio fiscal. El SIS, consecuentemente, ha experimentado atrasos significativos en los pagos a hospitales y centros de salud en varias oportunidades. Esto puede entenderse como una respuesta del MEF a un programa, como el SIS, que genera riesgos financieros (p. ej. aumentando los servicios de alto costo prestados), respuesta que da señales inequívocas de que el MEF no está dispuesto a asumir estos riesgos.

¿PERMITE EL SIS MAYOR FLEXIBILIDAD EN EL MANEJO DE LOS FONDOS POR SERVICIO DE SALUD?

En relación al presupuesto ordinario (fondos del tesoro público), el SIS otorga un poco de flexibilidad adicional en la gestión de fondos. Específicamente, permite a las unidades ejecutoras (que incluyen hospitales o centros de salud) incorporar flexiblemente esos fondos a su presupuesto a lo largo del año y así decidir gastos en elementos considerados necesarios. Las transferencias de presupuesto requieren varios trámites burocráticos.

Dicho esto, las transferencias adicionales al presupuesto del SIS reemplazan sólo parcialmente los fondos previamente generados a través del cobro a los usuarios. Los ingresos por cobro a los usuarios pueden, en general, ser mucho más flexibles que los recursos del SIS, dado que el MEF no necesita controlar estos gastos ya que no afectan el déficit fiscal, en razón de que son sustentados por ingresos propios. Asimismo, los recursos del SIS van a las unidades ejecutoras (sedes administrativas de varias provincias) y no a los establecimientos y centros primarios. Los cobros a los usuarios, al contrario, son utilizados muchas veces directamente por los establecimientos, aunque por ley deben enviarse a las unidades ejecutoras, desde donde deben ser distribuidas a los establecimientos rurales donde los ingresos son bajos. Al reemplazar los cobros a los usuarios con transferencias fiscales, y dadas las limitaciones descritas, no puede aseverarse que el SIS haya añadido flexibilidad administrativa a la gestión de los servicios de salud.

Es importante comparar los efectos del SIS con lo que significaron los Comités Locales de Administración en Salud (CLAS). El modelo de los CLAS fue impulsado de 1994 al 2002, llegando a abarcar hoy un tercio de todos los establecimientos de salud pública de Perú. Los comités estaban conformados por seis miembros de la comunidad y el jefe del centro de salud. Recibían fondos del MINSA a cambio de proponer, suscribir e implementar un plan local de salud. Adicionalmente, los CLAS podían gastar estos fondos flexiblemente --similar a como lo hace una empresa privada-- priorizando ciertos rubros y tomando decisiones de compras y contrataciones sin observar las reglas del sector público (Cotlear, 2006).

La flexibilidad otorgada a los CLAS fue mayor que la del SIS y las reglas generales de presupuesto a los centros de salud. La mayor flexibilidad que el modelo de CLAS otorgaba a los centros de salud y puestos (sin incluir hospitales), junto a la participación ciudadana, mejoró la responsabilidad y rendición de cuentas (Francke, 2007) y aumentó la eficiencia y calidad, como lo han confirmado diversos estudios (Cortez, 1998). En los últimos 10 años, sin embargo, los CLAS han perdido mucha autonomía, y las decisiones de contratación deben realizarse bajo las reglas generales poco flexibles de la administración pública. Además, dado que el MINSA ha retirado su apoyo a los CLAS, el modelo ha dejado de ser un elemento de reforma del sistema de salud.

EL CAMINO DE LA REFORMA: DEL SIS AL AUS Y MÁS ALLÁ

La reforma del SIS ha sido solamente “en el margen” antes que una reforma que cambie toda la estructura del sistema de salud (Ewig, 2012). Tres factores apoyan esta evaluación. Las tarifas pagadas por el SIS no incluyen costos de capital ni de personal. El paquete de beneficios aplicado generalmente, el Listado de Intervenciones Priorizadas en Salud, cubre sólo un 20 por ciento de la carga de enfermedad estimada. Hasta mediados del 2012, el SIS únicamente interactuó con los establecimientos de salud MINSA o DIRESAS, sin incluir los de la seguridad social ni del sector privado.

Sin embargo, aun como reforma en el margen, el SIS ha iniciado un cambio sustancial, especialmente en el área de pagos –pasando de pagar por factores e insumos según ítems presupuestales, a pagar por servicios prestados. Previamente al SIS, y con el MINSA como regulador, las capacidades para adoptar este cambio en los pagos eran casi nulas. Adicionalmente, los prestadores --hospitales, centros y redes de salud-- habían vivido un extendido cobro a los usuarios y no tenían aún las exigencias de protocolos y auditorías de calidad que desde entonces el SIS demanda.

Siete años después de la implementación del SIS, la Ley de Aseguramiento Universal en Salud (AUS) fue aprobada en el 2009 y reglamentada en el 2010. La Ley del AUS tiene un enfoque orientado a una reforma general del sistema de salud, que comprende (a) la fijación de un mínimo para todos los planes de aseguramiento (incluyendo los del sector privado y del sistema de seguridad social), (b) la creación de un organismo público de supervisión que monitoree la calidad de los aseguradores y prestadores (el SUNASA) y (c) la posibilidad de que el SIS u otros seguros públicos compren servicios a prestadores privados. El MINSA aprobó más tarde el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), el cual estableció un aseguramiento mínimo y requirió que cubra un estimado de 65 por ciento de las causas de morbilidad (frente a 20 por ciento del Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias (LPIS)). Además, el MINSA hizo público un plan de ocho años para su implementación progresiva, empezando por las regiones más pobres e incluyendo el aumento progresivo de las “Garantías Explícitas”, al estilo chileno. Estas garantías afirman que si el Estado no puede proveer las atenciones del plan, los asegurados al SIS pueden acceder a servicios de otro proveedor y ser reembolsados.

Los avances en torno al AUS, sin embargo, han sido escasos. El aumento de presupuesto necesario para financiar el PEAS no se materializó, y el MINSA/DIRESAS destina menos del 10 por ciento del presupuesto al SIS --aproximadamente el mismo porcentaje que recibe el único hospital público especializado en cáncer. Con el 2010 acercándose, y con las elecciones generales en el horizonte, el Presidente García cambió el curso y decidió empezar la implementación de PEAS en Lima, en lugar de en las zonas más pobres. Los procedimientos para integrar a la gente del Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias del SIS al nuevo PEAS del AUS han sido confusos y su progreso ha sido lento.

Adicionalmente, el gobierno iniciado en el 2011 no ha priorizado ni el AUS ni el SIS. El mayor progreso del SIS es que empezó a comprar servicios de proveedores que no fueran del MINSA/DIRESAS, una nueva política lanzada en el contexto de la huelga médica que abre el camino para un rol más amplio del SIS como asegurador que compra servicios y promueve eficiencia y competencia en el mercado. El SIS compra ahora servicios de los Hospitales de la Solidaridad de la Municipalidad de Lima.

En la principal iniciativa de salud del gobierno --el Plan Esperanza-- para pacientes de cáncer, el SIS juega un rol marginal, dado que la responsabilidad de implementarla recae en gran medida en otro cuerpo gubernamental, el Instituto de Enfermedades Neoplásicas. La otra iniciativa de salud pública lanzada por el gobierno, el Sistema de Atención Móvil de Urgencias (SAMU), tampoco fue vinculada al SIS y ha avanzado con lentitud. El Plan Esperanza empieza por responder a la carga de enfermedades no transmisibles generadas por la transición epidemiológica; sin embargo, tiene los grandes retos tanto de integrar las intervenciones curativas y preventivas como de alcanzar las regiones pobres y zonas rurales donde la capacidad de respuesta en cuanto al diagnóstico y tratamiento de cáncer es prácticamente inexistente. Una cuestión de aún mayor relevancia es si el Plan Esperanza será el comienzo de un enfoque más integral hacia las enfermedades no transmisibles o si seguirá el camino de múltiples programas de salud descoordinados.

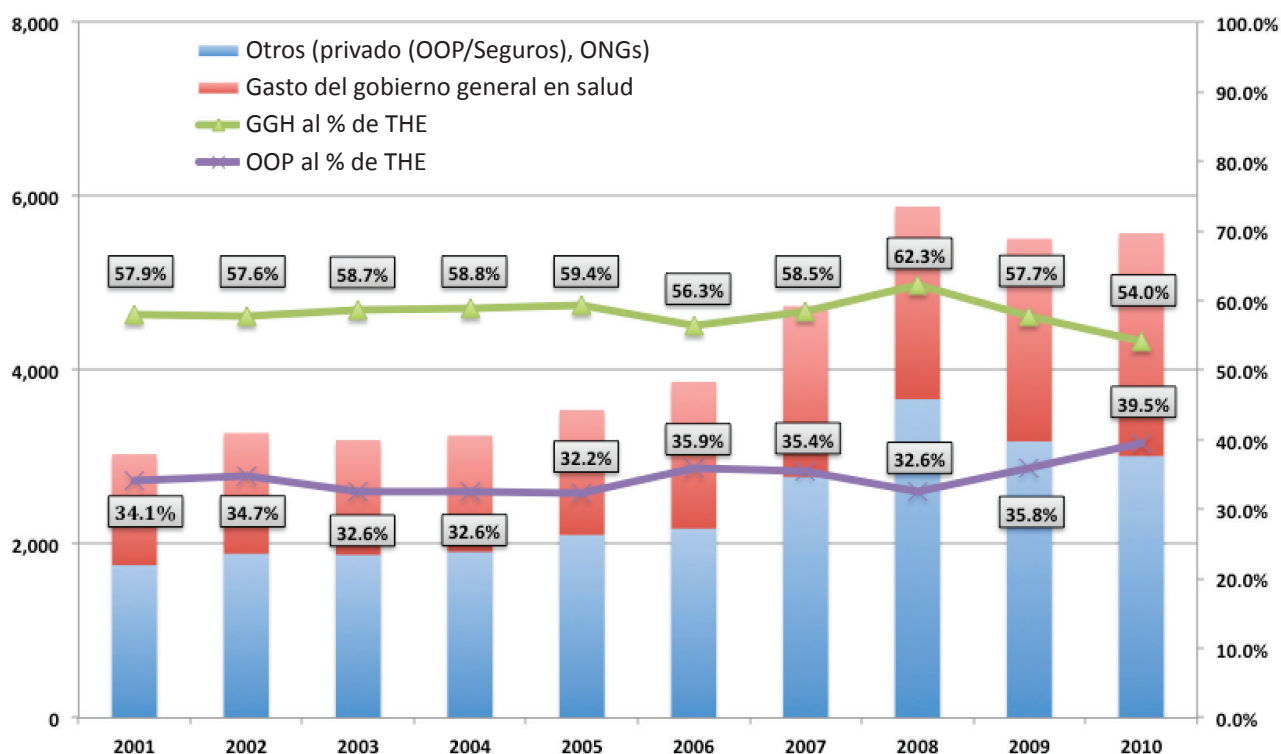
3. ¿POR QUÉ EL SIS NO HA PODIDO CONVERTIRSE EN UN PROGRAMA MÁS AMPLIO?

En contraste a los presupuestos del MINSAL/DIRESAS, que han crecido en el tiempo, el SIS no ha tenido un respaldo presupuestario significativo (menos del 1 por ciento del gasto público no financiero, y 8 por ciento del presupuesto de salud). Su presupuesto ha sido inestable, llegando incluso entre 2005 y 2006 a reducirse en términos nominales, y no ha respondido a las ampliaciones en el paquete de beneficios.

La gráfica 1 ilustra la evolución del gasto público en salud entre el 2001 y 2010. Como se puede ver en el gráfico, tras la implementación del SIS en el 2002, el gasto público en salud (incluyendo gastos en EsSalud y el MINSAL) no aumentó de manera importante en los siguientes dos o tres años --años de estrechez fiscal debida a un crecimiento económico bajo. El desplazamiento (crowding-out) del gasto privado, el cual podía esperarse como efecto de que el SIS prometía más atenciones gratuitas o de bajo costo, tampoco ocurrió.

El gasto público en salud aumentó entre el 2006 y el 2008. Estos fueron años de muy alto crecimiento, lo cual incrementó los aportes a la seguridad social y el espacio fiscal, permitiendo mayores partidas presupuestarias para el SIS, que pasaron de 270 a 440 millones de soles entre 2005 y 2008. La crisis financiera internacional del 2008 detuvo el crecimiento económico en el 2009, lo que también frenó el aumento del presupuesto del SIS. El gasto público en salud se detuvo durante el 2009 y 2010, principalmente debido a la política de gobierno que redujo los aportes a la seguridad social en 14 por ciento, decisión que fue tomada tras la mencionada crisis como medido de estímulo a la demanda agregada.

Gráfico 1. Tendencias del gasto en salud, Perú, 2001-2010



El hecho de que el SIS no haya tenido un presupuesto significativo ni haya mejorado el financiamiento de salud pública debe ser analizado en un contexto más amplio de las decisiones del MEF en cuanto a prioridades presupuestales y procedimientos. Desde el 2006 o 2007, el MEF ha tenido una iniciativa llamada “Presupuesto por Resultados”, y ahora llamada “Calidad del Gasto”. Esta iniciativa está orientada a promover programas públicos que tengan objetivos y marcos lógicos e indicadores definidos, y que enfatizan sistemas de monitoreo y evaluaciones independientes. Sin embargo, esta iniciativa no ha cambiado los mecanismos mediante los cuales el MEF asigna los recursos, debido a la falta de incentivos por parte tanto del MEF como de los programas a los que se les designan fondos. No obstante, como resultado de esta iniciativa, el MEF ha asignado fondos a programas sanitarios con objetivos más específicos, como salud materna e infantil, tuberculosis y malaria, en lugar de al SIS con sus paquetes relativamente amplios de beneficios. Consecuentemente, estos programas verticales tienen en el 2012 un presupuesto tres veces mayor que el del SIS.

Así, la existencia del SIS y sus paquetes de beneficios legalmente aprobados, formalmente apoyados por varios presidentes y gobiernos, no se han traducido en un financiamiento significativo ni en un aumento sustancial del gasto público en salud. ¿Cómo se puede explicar esta contradicción?

GESTIÓN DEL PAQUETE DE BENEFICIOS DEL SIS

Una primera pregunta a responder es a través de cuáles procesos han sido definidos los paquetes de beneficios, una decisión que lógicamente debería estar correlacionada con presupuesto destinado al SIS. La verdad es que no hay procedimientos ni calendarios definidos para la revisión del paquete de beneficios del SIS. Más todavía, tanto el paquete inicial como los posteriores y más amplios paquetes no fueron basados en criterios explícitos y bien detallados. Por ejemplo, los paquetes han tendido a excluir enfermedades complejas y de alto costo (aunque una nueva ley considera la adición de estas enfermedades y sus tratamientos).

A pesar de ello, la definición del paquete de beneficios ha sido realizada por el MINSA con muy poca coordinación con el MEF. Inicialmente hubo varios paquetes parciales, por grupos de edad (sobre todo materno-infantil-juvenil) y grupos especiales. Luego de algunos años, el SIS estableció su primer paquete integral llamado “Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias” (LPIS), que se estima cubre un 20 a 25 por ciento de la carga de enfermedad.

En general, la determinación del paquete de beneficios no ha asegurado un equilibrio entre riesgos, servicios incluidos y presupuesto (Forosalud, 2005). Además, no existe una relación entre el número de afiliados del SIS, el costo de los paquetes de beneficios y los fondos provistos. El presupuesto del SIS es hecho a base histórica, y el presupuesto inicial fue determinado sin calcular el costo del paquete de beneficios.

¿Cómo fueron (y son) tomadas estas decisiones? La Constitución peruana requiere que el Congreso apruebe el presupuesto del SIS. Sin embargo, el Congreso nunca ha modificado el presupuesto ni ha examinado si el presupuesto asignado por el MEF es suficiente para cubrir los costos de los paquetes de beneficios del SIS. Además, la Constitución prohíbe al Congreso aprobar gastos adicionales al presupuesto. Así, cualquier propuesta de ampliación del presupuesto para cubrir los costos del paquete de beneficios del SIS requeriría aprobación del MEF.

¿Cómo se restaura entonces este equilibrio entre el presupuesto del SIS y los servicios proporcionados? Para contener los costos, se excluyen algunos servicios y los montos de reembolso son definidos explícitamente para los establecimientos públicos de salud. Sin embargo, no hay topes por beneficiario ni mecanismos de pago orientados a promover la eficiencia o efectividad. Por el contrario, en los hospitales existen los pagos por servicios, los cuales en la realidad incentivan el gasto. La existencia de un tope presupuestal se traduce en topes regionales implícitos (no explícitos), y los administradores tienen que tomar medidas para contener los costos, como dejar de proporcionar determinados servicios, medicamentos, exámenes o procedimientos. Estas medidas resultan a menudo en la práctica de pagos informales y copagos.

En 2010 se introdujo un nuevo paquete de beneficios, el Plan Esencial de Atenciones en Salud (PEAS), que cubre aproximadamente un 65 por ciento de la carga de enfermedad. Con el apoyo de organismos internacionales, los paquetes de beneficios utilizan un cálculo de costos como base; los cálculos incluyen estimados epidemiológicos de condiciones de alto riesgo en base a un estudio previo de carga de enfermedad, atenciones estándar para esos paquetes y costeo de los insumos directos más una aproximación de costos indirectos. La falta de coordinación entre el paquete de beneficios definido, el plan de implementación y el proceso presupuestal, sin embargo, ha dificultado la implementación efectiva del PEAS.

Los efectos de una ampliación en el presupuesto y paquetes para el SIS deben tomar en cuenta además las restricciones en suministros. En regiones pobres y zonas rurales, existe un déficit claro de oferta de servicios de salud para poder cubrir efectivamente este paquete adicional del PEAS, que incluye más servicios hospitalarios. Esto es particularmente importante, dado que los estudios de distribución del gasto indican claramente que mientras la atención en centros primarios en zonas rurales es progresiva, la atención hospitalaria es regresiva debido a que a ella llega sobre todo la población urbana. Expandir el paquete del SIS hacia servicios complejos y aumentar el presupuesto sin considerar las restricciones de suministro en zonas rurales podrían fácilmente resultar en la canalización de recursos, no a los pobres y más necesitados, sino a las clases medias urbanas.

Si se ha de convertir al SIS en un mecanismo para alcanzar cobertura de salud universal, sus paquetes de beneficios deben incluir también atenciones complejas. Adicionalmente, se debe buscar solución al problema de las barreras en el acceso a zonas rurales. Algunas políticas para enfrentar estas barreras incluyen la facilitación de transferencia de pacientes, cobertura de los costos de espera (estadas de hotel) y acompañamiento familiar, ampliación de la capacidad resolutive de especialistas en zonas rurales, expansión de equipos de diagnóstico y entrenamiento a médicos en nuevas técnicas de cirugía ambulatoria. Estas mismas barreras dificultan también la propuesta del actual gobierno de establecer un programa nacional contra el cáncer.

EQUILIBRIO DE PODER DENTRO DEL ESTADO

Para entender más cabalmente por qué el SIS no se ha convertido en un programa más amplio es necesario incluir en el análisis una visión más comprehensiva de las instituciones nacionales. Mientras el Ministro de Salud es políticamente responsable, el jefe del SIS es nombrado por el Presidente de la República y el Ministro de Salud, y tiene autonomía administrativa y presupuestal (el MINSA no puede disponer de esos fondos para otros usos). Dada tal independencia, el SIS tiene el potencial de constituirse en un “líder de la ampliación de cobertura”. No obstante, esto no ha sucedido en la práctica, y el jefe del SIS reporta regularmente al Ministro de Salud y no se ha convertido en una autoridad fuerte e independiente.

El SIS no es la única entidad independiente que ha sido creada recientemente en salud pública. Con la ley de AUS, en el 2009 se creó la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud (SUNASA), con el objetivo de supervisar la calidad de los servicios y los planes de aseguramiento. Mientras que la separación de funciones entre el SIS y la SUNASA tiene como propósito reforzar la supervisión de los servicios y planes, este cambio institucional recién comienza y la coordinación entre el SIS y la SUNASA se plantea como un desafío, por lo que los resultados de esta política aún no están a la vista. Hasta ahora, el SIS no ha jugado un rol activo en los esfuerzos por mejorar la calidad de los servicios de salud, ni ha establecido requerimientos o incentivos para el pago de servicios basados en la calidad de las mejoras.

Otro problema institucional relevante radica en que, debido a la descentralización, los directorados de salud regionales fuera de Lima han sido separados de la autoridad administrativa del MINSA, y su regulación es débil. Tal separación no ha ido acompañada de nuevos mecanismos que faciliten el cumplimiento del papel rector y regulador del MINSA. Por lo tanto, el SIS podría convertirse en uno de los principales brazos operativos del MINSA para orientar y regular las prestaciones de servicios de salud en establecimientos públicos. Sin embargo, como ya se mencionó, el MEF no ha apoyado al SIS, en tanto que el MINSA tiene otros mecanismos para relacionarse con las regiones.

Una consecuencia política de la descentralización en salud, sin una clara división de responsabilidades entre el gobierno central y los gobiernos regionales, estriba en que la responsabilidad de los distintos niveles de gobierno en relación a los resultados de salud se vuelve borrosa. Los ciudadanos no tienen capacidad para establecer con facilidad si el nivel de desempeño en los servicios de salud, incluyendo el SIS, deber ser atribuido al gobierno central o a los gobiernos regionales, de tal manera que los jefes de estas divisiones de gobierno no tienen incentivos fuertes para mejorarlos.

EMPODERAMIENTO CIUDADANO Y EL DERECHO A LA SALUD

Por ley, el SIS establece el derecho de la población pobre y excluida de afiliarse al esquema y a recibir atención de salud gratuita. Sin embargo, o no existen mecanismos que permitan promover este derecho o éstos son muy débiles. Instituciones y organizaciones como la Defensoría del Pueblo y el Foro de la Sociedad Civil en Salud han realizado estudios de vigilancia que indican deficiencias serias en el SIS, incluyendo casos de discriminación en hospitales en la atención a afiliados porque los hospitales prefieren a la población no afiliada que paga. Si bien el Ministerio de Salud tiene una Oficina de Defensoría de Salud y Transparencia, esta tiene poco poder en Lima y prácticamente ninguno en las regiones fuera de Lima.

Más aún, el Poder Judicial peruano es demasiado lento y costoso, y en general no genera confianza en la población, y no es visto ni usado como un medio para lograr la atención de salud gratuita que el SIS promete (CARE-OXFAM, 2005). La Corte Constitucional, aun cuando ha respaldado algunos reclamos especiales y aislados, no ha dictaminado rigurosamente a favor del derecho a la salud, y el gobierno peruano no ha cumplido con las decisiones de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH).

4. EL SIS Y LA GOBERNABILIDAD EN SALUD EN UN CONTEXTO DE DESCENTRALIZACIÓN Y TRANSICIÓN EPIDEMIOLÓGICA

En el 2002, el sistema de salud peruano pasó por dos reformas principales: la creación del SIS y la descentralización de los servicios públicos de salud. El SIS se inició en el 2002 y se ha expandido gradualmente hacia paquetes más grandes (aunque aún reducidos). La descentralización ha sido una gran reforma en gestión pública a través de diferentes sectores; fue iniciada en el 2002 con la elección de gobiernos regionales autónomos, a los cuales gradualmente les fueron transfiriendo fondos, reglamentos y servicios. El proceso de descentralización de la salud pública fue completado entre el 2004 y el 2006. Desde entonces, el MINSA tiene supervisión directa y poder administrativo sobre los servicios de salud en Lima, mientras que los gobiernos autónomos regionales gestionan los servicios de salud en las regiones a través de las Diresas (Forsalud, 2005).

Es importante evaluar estas reformas en el contexto de la transición epidemiológica del país. Dicha transición indica claramente que, si bien es indispensable mantener actividades básicas de salud pública como las inmunizaciones o la lucha contra la tuberculosis, el país se enfrenta además con nuevos retos en enfermedades no transmisibles, como la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y el cáncer (Lavadenz et al., 2011). Estas enfermedades requieren programas de prevención y de promoción de la salud, acciones orientadas a la detección temprana, atenciones y controles periódicos posteriores (prevención secundaria) si el paciente es de alto riesgo, así como intervenciones de mayor complejidad en etapas más avanzadas de la enfermedad.

Las zonas rurales, mientras tanto, enfrentan desafíos en cuanto a un adecuado cuidado materno e infantil, lo cual es evidenciado en los altos niveles de mortalidad infantil y desnutrición, que necesitan intervenciones intersectoriales y comunitarias. Enfrentar las demandas que conlleva la transición del país implica, por lo tanto, fortalecer los centros de entrada al sistema, añadiendo especialistas y pruebas adicionales idóneas, así como servicios regulados por protocolos que establezcan una atención integral en todo el sistema de salud y al mismo tiempo contengan los costos.

DESCENTRALIZACIÓN Y RECTORÍA

Se suponía que la descentralización aumentaría y modernizaría, simultáneamente, la capacidad de regulación del MINSA. Sin embargo, no se establecieron mecanismos claros para definir prioridades y políticas dentro de la relación entre el MINSA y las DIRESAS.

En la actualidad, esta relación opera mediante dos mecanismos: (a) las entregas de insumos y medicamentos vinculados a las estrategias sanitarias de las DIRESAS, que deben seguir protocolos establecidos y (b) los fondos otorgados por el SIS como contraprestación a los servicios de salud prestados. Para las regiones más pobres, está el programa PARSALUD, que provee inversiones y apoyo técnico. Adicionalmente, los ministros regionales han mantenido reuniones con el Ministro de Salud para discutir la dirección de la política de salud, pero sin que tales reuniones lleguen a acuerdos que sean legalmente vinculantes.

Las reformas de descentralización entraron en conflicto con los programas nacionales del MINSA (las Estrategias Sanitarias), los cuales fueron el principal brazo operativo de la institución, y cuya capacidad operativa y de gestión disminuyó tras las reformas. Asimismo, las Estrategias Nacionales en la actualidad, si bien abarcan una amplia gama de problemas de salud, son sumamente débiles en el caso de nuevas prioridades, como las enfermedades no transmisibles y la salud mental. Esta realidad es más marcada en el caso de los mecanismos operativos. Operacionalmente, las estrategias o programas nacionales han estado basados en compras centralizadas de insumos y medicamentos, y tienen una regulación y supervisión frágiles.

Dichas estrategias de salud están relacionadas con la iniciativa del MEF del Presupuesto por Resultados, que otorga financiamiento directo tanto a nivel central como a los gobiernos regionales (específicamente a las DIRESAS) sin intervención ni supervisión del MINSA. De esta manera, el refuerzo presupuestario del MEF a estas estrategias termina paradójicamente debilitando la capacidad rectora del MINSA. Como resultado, programas como el de control de la tuberculosis han sufrido por una capacidad de gestión debilitada que enlentece la reducción de la incidencia de las enfermedades.

Al mismo tiempo, la descentralización se realizó sin que los papeles del gobierno nacional y los gobiernos regionales estuvieran claramente definidos, y fue llevada a cabo en un contexto de capacidades de gestión débiles en muchas regiones pobres. Las reformas de descentralización tampoco pudieron establecer con claridad cómo serían transmitidas las políticas nacionales regionalmente. En este contexto, alternativas previas orientadas a mejorar la rectoría del MINSA sobre los hospitales y redes, como los Acuerdos de Gestión, perdieron fuerza hasta desaparecer por completo. Otras reformas que habían mejorado la equidad y la eficiencia, como un aumento en la participación local a través de los CLAS, han tenido un destino similar. Mientras que la descentralización debilitó la capacidad rectora del MINSA en las regiones, la implementación del SIS le dio al MINSA una nueva herramienta para establecer prioridades y regular servicios de salud. El presupuesto del SIS se mantiene centralizado, y es transferido a gobiernos regionales siguiendo las prioridades establecidas en los paquetes de servicios y las condiciones (p. ej. tarifas, controles de calidad, topes presupuestales y procedimientos administrativos) aprobadas por el propio SIS.

No obstante, este sistema particionado, con el SIS y las estrategias de salud actuando por separado, claramente debilita la capacidad de dirección del MINSA. Además, a pesar de que ambas fueron iniciativas del MINSA, existen problemas de coordinación entre el SIS y las estrategias de salud. Asimismo, el financiamiento en salud otorgado por el MEF a los gobiernos regionales no se sujeta al planeamiento, prioridades, normas y supervisión del MINSA. Así, el diseño institucional que resulta de los procesos de descentralización reducen la capacidad de dirección del MINSA.

LOS RETOS EN ZONAS RURALES

En las zonas rurales de Perú, donde aún viven más de la cuarta parte de los peruanos, existe una alta inequidad en atención básica, con una menor cobertura y peores resultados en atención de salud que en las zonas urbanas. La implementación de cobertura efectiva contribuiría a solucionar estos problemas (Lavadenz et al., 2011). En esas áreas, es necesario equilibrar la oferta y la demanda de atención salud, así como integrar los esfuerzos del SIS con las necesidades de recursos humanos.

Aun cuando se han logrado progresos significativos, los enfoques orientados a promover la demanda (p. ej. el SIS y JUNTOS) enfrentan problemas de deficiencias de la oferta en zonas rurales, donde hay una escasez general de profesionales y equipos (Francke y Mendoza, 2006). El esfuerzo especial por mejorar la atención en zonas rurales debe constituir una política nacional, desarrollada por el MINSA en alianza con los gobiernos regionales y sus Diresas.

Un desafío clave en este sentido es lograr que en las zonas rurales y provincias alejadas haya médicos y enfermeras cuando por otro lado los incentivos los jalan a las ciudades. En estas zonas, los pagos a los médicos y otros profesionales son iguales a los de las ciudades, mientras que la calidad de vida es inferior, y las oportunidades de capacitación y de trabajos adicionales son mucho menores. Así, las zonas rurales enfrentan grandes dificultades de contratación y permanencia.

¿Es posible y conveniente integrar la política de recursos humanos con el SIS? Hasta el momento, la política de recursos humanos y el SIS se han visto como cosas separadas. Sin embargo, si se quiere que el SIS sea un instrumento de modernización de la gestión de la atención en salud en Perú --un instrumento de modernización que pueda incluir nuevos mecanismos de pago y mejores incentivos-- la política de recursos humanos debe estar articulada al mismo, como parte del esfuerzo reformista.

Las tarifas del SIS incluyen únicamente “costos variables”, y no cubren costos asociados a recursos humanos ni equipos. Se supone que estos costos ya están considerados en otra línea del presupuesto, lo cual no es así en las zonas rurales. Una propuesta que podría considerarse sería establecer tarifas de pago del SIS mayores para zonas rurales, y permitir que parte de esos fondos adicionales sean destinados a incentivos para los profesionales de la salud, permitiendo de este modo cierto margen de autonomía por parte de los gobiernos regionales, dentro de una política nacional de recursos humanos. Esta propuesta daría prioridad a las zonas rurales, alineando la descentralización con el SIS. Perú ha tenido experiencias positivas en el pasado con incentivos a los recursos humanos trabajando en zonas rurales. El Programa Salud Básica para Todos en los años noventa, en el cual profesionales de salud en zonas rurales recibían bonos, fue bastante exitosa, como lo fueron los CLAS con una política similar, pero con representantes de la comunidad a cargo de las contrataciones y pagos. Una alternativa podría ser utilizar ambas experiencias exitosas como base para la transferencia de fondos del SIS en función de los progresos logrados en cobertura.

LIMA: LOS NUEVOS RETOS EPIDEMIOLÓGICOS

En Lima, cuya población se acerca a 9 millones de habitantes (30 por ciento del total nacional), la situación es bastante diferente a la de las zonas rurales. Los servicios de salud siguen dependiendo del MINSA y hay una transición epidemiológica más avanzada (Lavadenz et al., 2011) hacia enfermedades no transmisibles. Adicionalmente, la población tiene más recursos económicos, por lo que los seguros y servicios privados están mucho más desarrollados. Las municipalidades han empezado también a prestar servicios ambulatorios especializados, al ampliar el modelo de los “Hospitales de la Solidaridad”, una nueva forma de asociación público-privada con pequeñas empresas.

El uso de consultas esporádicas orientadas a atender episodios agudos de enfermedad, predominante hoy en día, es altamente ineficaz en este contexto. Hay servicios de salud pública que son brindados por centros que tienen insuficiente capacidad para responder a las necesidades de diagnóstico. Estos servicios tampoco son capaces de enfocarse en la carga de enfermedad prevaleciente. La política de salud debe responder a la transición epidemiológica de Lima y a los retos de enfermedades crónicas con promoción de salud, prevención y detección temprana, así como con esfuerzos para reorganizar las redes y los servicios de salud en función de estas demandas.

Al mismo tiempo, sin embargo, Lima tiene la ventaja de contar con una gran cantidad de establecimientos de salud del MINSA, EsSalud, Hospitales de la Solidaridad y otros servicios municipales y privados. El gran desafío está entonces en: (a) aumentar la promoción de la salud para enfermedades no trasmisibles, (b) diseñar programas y servicios de salud pública que enfrenten integralmente la atención de las nuevas enfermedades crónicas prevalecientes, desde la detección temprana hasta el seguimiento continuo a los pacientes y (c) utilizar múltiples prestadores y establecer un solo ente comprador como el SIS.

5. LA AGENDA PENDIENTE

La principal cuestión política actual es si el gobierno peruano va a emprender un esfuerzo sustancial sostenido para mejorar la cobertura de salud, si este esfuerzo va a incluir un esquema de aseguramiento con un paquete de beneficios amplio, y si el SIS será la institución que lo implemente.

Hasta ahora, el SIS no ha tenido el financiamiento y apoyo político para convertirse en el líder de la reforma de salud y el incremento de la cobertura, y ambos objetivos han avanzado lentamente. La iniciativa Plan Esperanza del nuevo gobierno ha empezado a afrontar los retos de cobertura de la carga de enfermedades no transmisibles, pero de una manera poco sistemática --no como parte de un paquete comprehensivo-- y no dentro del SIS.

La pregunta fundamental de política está relacionada a otra: ¿qué herramientas van a utilizarse para fortalecer el relacionamiento del MINSA con las Direcciones Regionales de Salud? Las instituciones rectoras de salud están divididas en tres brazos operativos: las llamadas Estrategias Sanitarias, el SIS en el MINSA, y el financiamiento hacia los gobiernos regionales y programas de salud por parte del MEF. El nuevo Plan Esperanza para cáncer se basa principalmente en otra institución del gobierno, el Instituto Nacional del Cáncer. Problemas de coordinación entre estos organismos debilitan la capacidad de dirección de las autoridades de salud.

Es perentorio pensar en una nueva forma de establecer prioridades y orientar los servicios de salud, que aborde una variedad de problemas de manera más comprehensiva, y promueva una rectoría nacional dentro del sistema descentralizado. Hace falta entonces una visión global, que integre las prioridades nacionales de salud pública con atenciones basadas en incentivos claros y flexibilidad al nivel de establecimientos de salud. El SIS parece ser el mecanismo capaz de transformar esta visión global en realidad, porque puede incorporar fácilmente estas Estrategias Sanitarias en su política, porque sus paquetes de beneficios incluyen diversas enfermedades y servicios, y porque incluye incentivos y permite flexibilidad administrativa.

Debe insistirse en un enfoque más integral sobre uno que consista en programas especializados enfocados en algunas enfermedades o en programas verticales. Si bien los programas verticales parecen obtener resultados positivos, en realidad terminan siendo ineficientes porque sólo están dirigidos a un porcentaje bastante pequeño de la carga de enfermedad, y porque incurren en deseconomías de escala en una “producción conjunta”, como la que prevalece en los establecimientos de salud. Además, estos programas utilizan distintos mecanismos de supervisión y financiamiento, aumentando la carga administrativa en los profesionales de salud.

Los cambios de política deben venir acompañados de un gran esfuerzo por fortalecer las capacidades técnicas del MINSA y del SIS. La revisión de las prioridades en salud, el diseño de intervenciones efectivas articulando los distintos niveles de atención, la amplitud y profundidad de los paquetes de beneficios, la aplicación de incentivos al personal, y nuevos mecanismos de pago, son algunas de las cuestiones que merecen mayor atención.

SALUD PÚBLICA E INCENTIVOS EN ATENCIÓN PRIMARIA

La rectoría del MINSA en relación con la salud pública es aún débil, y lo es particularmente en la promoción de políticas que propugnen cambios de comportamiento de los diversos agentes, incluyendo individuos y familias, empresas, comunidades, escuelas e instituciones. En cuanto a la oferta de servicios de salud, existe una infraestructura básica en el primer nivel de atención, pero con poca capacidad resolutive, lo que lleva a un serio déficit de cobertura en el área rural y a que los hospitales en las ciudades dediquen buena parte de sus recursos a consultas de medicina general.

El principal problema de la atención de salud en zonas rurales alejadas y pobres radica en la escasez de recursos humanos y en la ausencia de incentivos para el personal. Los otros problemas son la provisión de insumos y la renovación y mantenimiento de los equipos, ambos debidos a cuestiones asociadas al déficit presupuestal, mayores costos y tiempos en transporte, y dificultades en monitoreo y supervisión sobre los mecanismos legales de transparencia y rendición de cuentas en zonas rurales.

En este contexto, el SIS favorece la rectoría en salud pública priorizando los servicios de salud que están incluidos en su paquete de beneficios y reduciendo las barreras económicas que afectan negativamente a la cobertura. Otorgar fondos para una población pobre focalizada ayuda a fortalecer la atención primaria, aunque finalmente depende del diseño y la gestión del paquete de beneficios. El SIS ayuda a dar flexibilidad a la gestión de redes de servicios, pero los sistemas administrativos y las instituciones políticas tienden a reforzar la prioridad de las ciudades en desmedro de las zonas rurales.

Hay dos factores críticos necesarios en el área de la salud pública y la atención primaria: (a) la articulación entre el SIS y las Estrategias de Salud, así como con otros programas sociales que tienen impacto en la salud, como JUNTOS, y (b) la existencia de mecanismos de financiamiento y pago que establezcan incentivos para la promoción y prevención dirigidos a las zonas rurales y pobres. Responder a estos dos retos permitirá que el SIS se enfoque prioritariamente en la atención primaria y en la realidad epidemiológica actual. Asimismo, deben implementarse incentivos para el personal, y se deben organizar las redes de salud para que puedan proporcionar detección temprana, seguimiento y atención especializada y hospitalaria cuando sea necesario.

LA ARQUITECTURA INSTITUCIONAL DEL SIS Y SU INTERACCIÓN CON EL RESTO DEL SISTEMA DE SALUD

El SIS puede ser instrumental en la implementación de reformas importantes y de esta manera convertirse en la vía para establecer incentivos a mejoras en la cobertura y en la eficiencia del sistema de salud. Sin embargo, en la actualidad, el poder de la rectoría del SIS es débil. En efecto, los mecanismos de pago del SIS no brindan incentivos suficientes y bien orientados. Además, el SIS otorga una autonomía limitada a las redes y establecimientos, sin consignar con claridad las responsabilidades económicas de las Diresas, y su capacidad de monitoreo y uso de la información es deficiente.

Para resolver estos problemas de incentivos, es preciso definir mejor el rol que debe desempeñar el SIS en relación con el Minsa y las Diresas. El reto es establecer mecanismos de gestión en las regiones rurales, en términos de eficiencia y eficacia, y asegurar que los incentivos del SIS prioricen la atención primaria y lleguen a los establecimientos. Por otro lado, el MEF y el Minsa deben ver al SIS como un instrumento fundamental para mejorar la relación entre las políticas nacionales de salud y las Diresas, usarlo como el vehículo integrador de los diferentes programas vinculados a las iniciativas del Presupuesto por Resultados y las Estrategias Sanitarias, y como promotor de modernización de la gestión sanitaria a nivel nacional.

Por último, es preciso desarrollar el papel del SIS como un asegurador, que promueva una competencia administrada y articule la oferta diversa de servicios públicos, de la seguridad social, municipal y privada, brindando intervenciones priorizadas a los pobres con una estrategia de contención de costos.

FOCALIZACIÓN, IDENTIFICACIÓN Y AFILIACIÓN DE BENEFICIARIOS

El mecanismo de focalización del SIS se basa fundamentalmente en la aplicación de una ficha de evaluación socioeconómica en los establecimientos de salud. Este procedimiento, aparte de ser poco eficiente, constituye una carga en las capacidades y procesos administrativos de los establecimientos de salud. La mejor alternativa es un sistema único de focalización para todos los programas sociales. Si bien esta alternativa (el Sistema de Focalización de Hogares [SISFOH]) ya ha sido aprobada, su aplicación ha avanzado lentamente, sobre todo en las grandes ciudades, donde la focalización individual resulta más necesaria.

El SISFOH podría mejorar sustancialmente los mecanismos para revisar y actualizar las afiliaciones al SIS, incluyendo los casos en que enfermedades catastróficas puedan llevar a familias a una situación de pobreza. Por lo tanto, el SISFOH puede ser mejorado si se incluye un mecanismo para identificar casos de familias con problemas de salud que puedan implicar costos catastróficos, y un mecanismo subsecuente para reclasificarlos como pobres y en necesidad de ayuda económica u otra protección social.

Asimismo, en un contexto de restricción de recursos y presupuesto, la preasignación de topes presupuestales para regiones y hospitales puede ser usada como una medida explícita para mejorar la focalización y establecer más claramente responsabilidades de gestión descentralizadas del esquema de seguro. Así, se debería entonces priorizar el presupuesto para las regiones más pobres y para la atención primaria.

LA ADMINISTRACIÓN DE FONDOS PÚBLICOS Y EL MANEJO PRESUPUESTAL EN EL SIS

No hay mecanismos para priorizar transparentemente la asignación de fondos al SIS, asegurando al mismo tiempo un equilibrio entre el presupuesto y las demandas de salud. Cuando este equilibrio no se logra, el racionamiento se produce en forma no planificada y discrecional. Surgen también otros problemas. Las tarifas del SIS no cubren los costos de infraestructura, equipos y personal, los cuales son cubiertos por otras líneas presupuestales, y no son necesariamente planificadas de acuerdo a las necesidades. En muchas regiones del país, sobre todo en zonas rurales, existen serias deficiencias en infraestructura, equipos y personal, lo que requiere contratar establecimientos para atender la demanda adicional. Los costos diferenciales que existen entre zonas urbanas y rurales dificultan también la ampliación de la cobertura en zonas rurales.

Finalmente, debido a que los fondos del SIS se transfieren a unidades ejecutoras que pueden ser distantes de establecimientos de salud y estar centrados en hospitales, estos pueden sólo ayudar de manera marginal en dar más autonomía a las redes de atención primaria, lo que limita la fuerza de los incentivos que puede contener la forma de pago.

Los retos principales en esta área son los siguientes: (a) revisar las tarifas del SIS de manera que incluyan costos mayores en zonas rurales, que tomen en consideración las deficiencias en infraestructura, equipo y personal existentes; (b) establecer nuevos mecanismos de entrega de los fondos, como el sistema de CLAS, el cual otorgaría mayor flexibilidad a las redes de salud y establecimientos de atención primaria en su gestión, reforzando al mismo tiempo los incentivos al logro de resultados sanitarios y promoviendo la participación ciudadana, y (c) permitir que los fondos del SIS se utilicen en incentivos especiales al personal, especialmente en zonas rurales.

GESTIÓN DEL PAQUETE DE BENEFICIOS DEL SIS

En la actualidad, el plan de beneficios del SIS no tiene procedimientos definidos para su revisión, no está basado en estudios de costo o cálculos, y no incluye la participación de la sociedad civil o el Estado en su discusión o aprobación. Además, hay poca correspondencia entre el plan de beneficios y el presupuesto.

En este sentido, es preciso ajustar el plan de beneficios del SIS para que refleje los cambios epidemiológicos ocurridos en Perú, y por lo tanto debe incluir de manera integral la prevención primaria y secundaria de enfermedades no transmisibles. Al mismo tiempo, el paquete de beneficios del SIS debe considerar las diferencias regionales en cuanto a perfiles epidemiológicos, capacidades de oferta, demanda y costos.

Para la gestión de plan de beneficios es necesaria una mayor coordinación, mediante un comité especial compuesto por representantes del MINSA, el SIS y el MEF. El comité debe asegurar un presupuesto multianual que pueda cubrir efectivamente el plan de beneficios ofrecido, así como garantizar que no se añadan nuevos riesgos y beneficios al plan sin un presupuesto correspondiente. La revisión del plan de beneficios debería hacerse de manera obligatoria, anual o bianualmente, y debería incluir procedimientos establecidos en cuanto a cálculos que aproximen la efectividad y los costos del paquete, y una evaluación del efecto de los incentivos en la eficiencia.

ANEXO 1. VISIÓN GENERAL DEL SISTEMA DE SALUD DE PERÚ, INCLUYENDO SU FINANCIAMIENTO Y PRESTACIÓN

El MINSA es el órgano rector que supervisa la salud pública a nivel nacional. La Superintendencia Nacional de Salud (SUNASA), un organismo autónomo, supervisa y monitorea el sistema de salud, incluyendo prestadores públicos y privados y aseguradoras.

El sistema público de salud (MINSA/DIRESAS) es el principal medio por el que el Estado otorga atención de salud a la población general. En Lima, este sistema incluye 17 hospitales generales y de especialidad, 180 centros de salud y 168 puestos de salud que están bajo control directo del MINSA. En las regiones fuera de la capital, los prestadores públicos son dirigidos por los gobiernos regionales, y cada región tiene al menos un hospital regional, algunos hospitales locales y docenas de centros y puestos de salud.

Los servicios de salud del MINSA fuera de Lima fueron transferidos a los 25 gobiernos regionales en el proceso de descentralización de 2004 y 2005, y actualmente son gestionados mediante las DIRESAS. En total, el sistema público a través del MINSA/DIRESAS tiene 155 hospitales, 5.906 centros y 1.321 puestos de salud (datos del 2009), cubriendo casi todos los distritos del país. El sistema público es el proveedor principal en zonas rurales y pequeñas ciudades. El financiamiento del sistema proviene del Tesoro Público, y en menor medida de cobros a los usuarios (sobre todo los no afiliados al SIS que adquieren medicamentos e insumos). Estos cobros constituyen una significativa barrera económica al acceso para los pobres. Los gobiernos regionales no tienen recaudación tributaria propia y dependen de las transferencias del tesoro público.

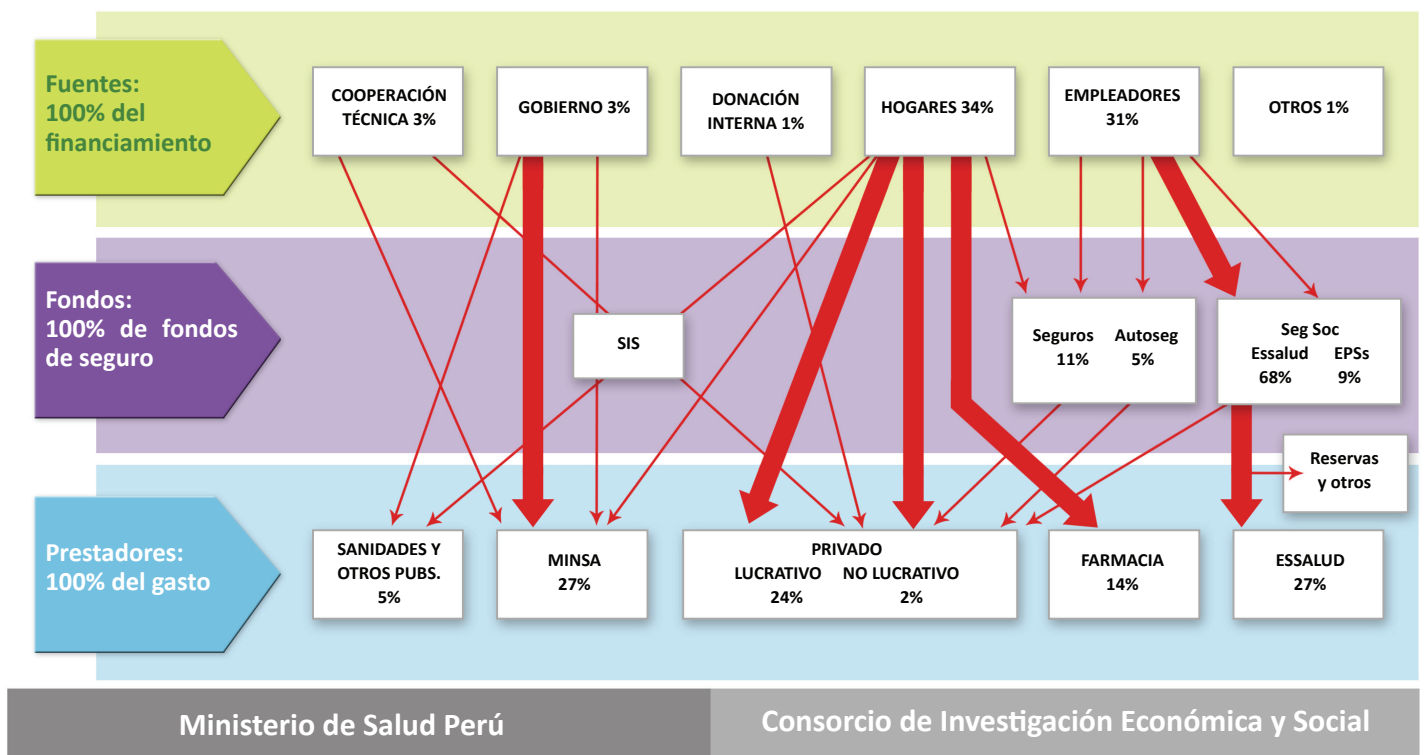
EsSalud, la institución pública de la seguridad social en salud, atiende a cerca de una cuarta parte de la población, localizada sobre todo en las ciudades, donde hay trabajo formal disponible (los empleados aportan obligatoriamente el 9% de su salario para contribuir al sistema). Además, EsSalud cubre una pequeña proporción de asegurados independientes. Atiende con 384 establecimientos a nivel nacional, y los hospitales están ubicados principalmente en las grandes ciudades. EsSalud es gobernado bajo una administración centralizada, y no ha pasado por un proceso de descentralización. Legalmente, asegura contra todos los riesgos de salud sin limitaciones de ningún tipo, y cubre el pago de subsidios de salarios a los trabajadores enfermos y licencia por maternidad. Contrata pocos servicios a privados, aunque recientemente ha iniciado un contrato para la construcción y operación de dos grandes hospitales privados que eventualmente deberán atender a 500.000 asegurados. La Policía Nacional, el Ejército, la Marina de Guerra y la Fuerza Aérea tienen sus proveedores y prestadores propios.

El sector privado está emergiendo y expandiéndose principalmente en zonas urbanas gracias al fuerte crecimiento económico de la última década. Los servicios en el sector privado son financiados sobre todo con pagos de bolsillo. Una muy alta proporción de personas utilizan las farmacias privadas como lugares de consulta cuando se trata de enfermedades no graves, donde existe además mucha facilidad de compra de medicamentos sin receta (aunque esto no sea legal).

Las aseguradoras privadas cubren a un porcentaje minoritario (3 a 5 por ciento) de la población, pero la cobertura está en expansión. Adicionalmente, la ley de seguridad social en salud permite que los trabajadores del sector formal se afilien a una aseguradora privada (Empresas Prestadoras de Salud [EPS]), usando para ello una cuarta parte de su contribución obligatoria a la seguridad social (2,25 por ciento del salario mensual). Las EPS cubren sólo una cantidad básica de atenciones a sus afiliados --que son principalmente de clase media-- y muchos trabajadores optan por pagar una cantidad adicional para obtener coberturas de riesgos más amplias.

El gráfico A.1 muestra los flujos de financiamiento en el sistema de salud (MINSa, 2008). El gasto total en salud es del 5 por ciento del PIB, por debajo de lo que se puede esperar para un país de ingresos medios-altos. Un alto porcentaje (aproximadamente 35 por ciento) es gasto privado, en su gran mayoría de bolsillo. El aporte de los empleadores a EsSalud responde por otro 31 por ciento del gasto, y el financiamiento del Tesoro Público por otro 31 por ciento.

Gráfico A.1. Flujos de financiamiento en el sistema de salud, Perú, 2005



ANEXO 2. BREVE DESCRIPCIÓN DE LA SALUD PÚBLICA, LA ATENCIÓN PRIMARIA Y LOS ESFUERZOS DE OFERTA

La atención primaria se brinda mediante la red de centros y puestos de salud, es bastante amplia y llega a muchas poblaciones rurales. Si bien los puestos de salud carecen generalmente de médicos, los centros de salud cuentan con un médico general y equipamiento básico. Sin embargo, no tienen capacidad para hospitalizaciones ni atención de emergencia. Por esta razón, si bien la tasa de inmunizaciones y atención prenatal es alta, con un 95 por ciento, la tasa de atención de partos institucionales en zonas rurales está todavía debajo del 60 por ciento. Los hospitales realizan consultas ambulatorias (incluyendo medicina general y especializada), exámenes diagnósticos, internamientos y cirugías. El cobro de tarifas (a precios subsidiados) por las atenciones está generalizado y poco regulado, y los medicamentos se venden a precio de costo. El sistema de referencias es débil, y los pacientes suelen ir directamente al hospital. Visitar un centro de salud previo al hospital no le da preferencia al paciente en recibir atención, y a menudo los exámenes realizados en el centro de salud son repetidos innecesariamente.

Un esfuerzo importante en la mejora de la oferta de servicios en zonas pobres han sido las Estrategias Sanitarias (anteriormente "programas nacionales" o "programas verticales"). Las Estrategias Sanitarias, implementadas por el MINSA, fortalecen la capacidad de ciertos servicios mediante la compra y distribución de insumos críticos, así como estableciendo protocolos, otorgando capacitación a los profesionales de salud y haciendo monitoreo de tendencias epidemiológicas. Las Estrategias Sanitarias más destacadas son:

- El Programa de Inmunizaciones, que ha logrado amplia cobertura. En los últimos años, esta estrategia ha sido ampliada para cubrir un mayor número de enfermedades, sin un aumento correspondiente en presupuesto para personal, equipos y otros insumos, lo que ha resultado en una reducción en el número de personas cubiertas.
- El Programa de Tuberculosis, que consiguió éxitos importantes en los años noventa, aunque su fuerza y eficacia se han reducido en la última década. El país ahora enfrenta nuevos retos asociados al crecimiento de tuberculosis multidrogorresistente y extradrogorresistente.
- El Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar, el cual ha recibido apoyo internacional durante muchos años, y ha sido efectivo en lograr un amplio acceso a diversos métodos anticonceptivos y en enfrentar el VIH/Sida.
- El Programa de Salud Materna, que se ha orientado a la ampliación de cobertura y mejora de la calidad de los partos.

A pesar de estos esfuerzos, la atención de salud pública en las zonas rurales es aún débil. Hay dificultades en retener a médicos y otros profesionales de la salud, debido a una falta de incentivos económicos. Y si bien existe un programa obligatorio (SERUM) por el cual los profesionales de la salud recién egresados que quieren trabajar en el sistema público deben pasar un período de trabajo en zonas rurales, esta norma no se cumple estrictamente. Las zonas rurales también tienen limitaciones en cuanto a abastecimiento de medicamentos, sangre segura, equipos y ambulancias. Desde sus inicios, el SIS ha sido visto como un mecanismo para

apoyar la salud primaria en zonas rurales, dado que cubre los costos de insumos, materiales y servicios del paquete de beneficios.

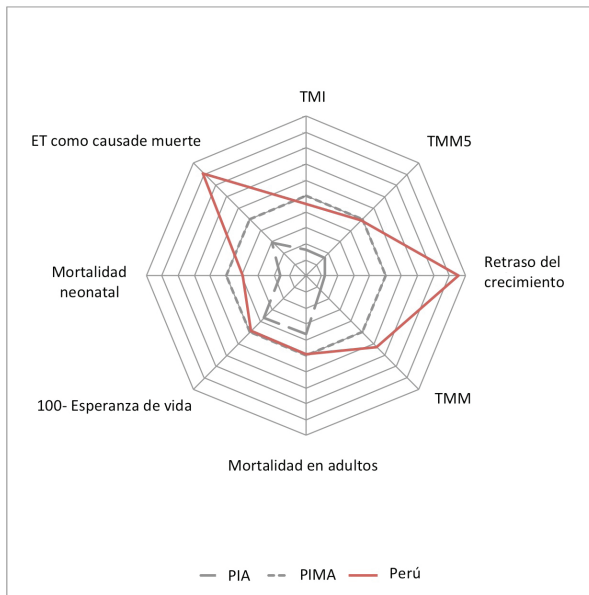
El gobierno tiene un programa especial, llamado PARSALUD, que financia inversiones en infraestructura de salud y equipamiento en zonas rurales. Con el apoyo del Banco Mundial y el Banco Interamericano de Desarrollo, PARSALUD apunta a mejorar la capacidad de respuesta de las redes de servicios de salud para atender emergencias obstétricas y neonatales en las nueve regiones más pobres de Perú. El presupuesto de PARSALUD II es de aproximadamente US\$170 millones, incluyendo actividades de asistencia técnica. Los gobiernos regionales y locales también realizan inversiones en infraestructura y equipos en salud.

En las zonas rurales, brigadas móviles llamadas ELITES --conformadas por médicos, enfermeras y otros profesionales-- proveen servicios en comunidades alejadas. Adicionalmente, en zonas rurales y urbanas pobres, promotores de salud ayudan a que los servicios lleguen a las comunidades y prestan servicios de educación en salud y servicios de salud menores.

Un reto en las zonas rurales pobres del país es la adecuación de los servicios de salud a las normas culturales. En muchas de estas zonas se concentran quechuas, aymarás y otras poblaciones indígenas. Los esfuerzos hechos hasta ahora por el Estado para abordar el problema cultural han sido relativamente pocos y localizados en la sierra sur, donde las acciones se han enfocado en el parto institucional.

ANEXO 3. GRÁFICOS

I. COMPARACIONES DE RESULTADOS: PERÚ Y LOS PAÍSES DE INGRESO MEDIO ALTO

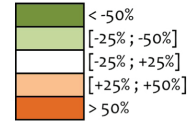


INTERPRETACIÓN:

En este gráfico, 'más alto' significa 'peor', dado que estos indicadores son medidas positivas de mortalidad y morbilidad. La esperanza de vida se convierte para que indique una relación inversa.

Los valores de la gráfica de radar se han estandarizado con respecto al valor promedio del país de ingreso medio alto.

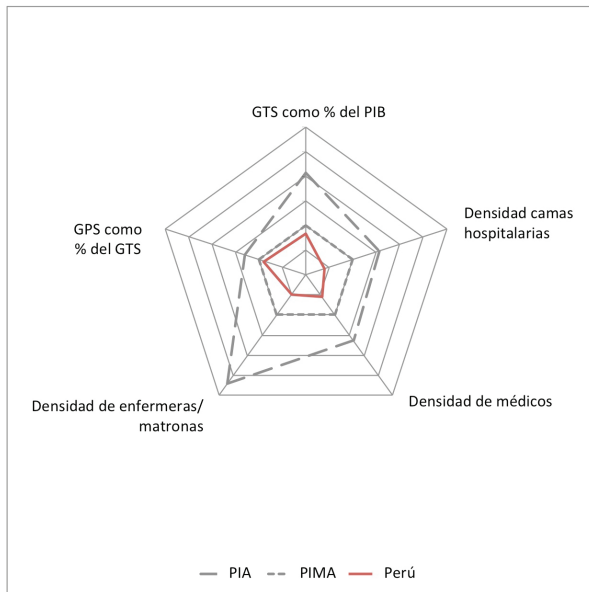
En el cuadro que sigue se resumen las comparaciones de resultados con el promedio del país de ingreso medio alto (PIMA).



Datos de país	Perú	PIMA	Dif. %
INB per capita	2005.9	1899.0	5.6%
TMI	14.9	16.5	-9.7%
TMM5	19.2	19.6	-2.2%
Retraso del crecimiento	28.2	14.8	91.1%
TMM	67.0	53.2	25.9%
Mortalidad en adultos	158.5	160.6	-1.3%
100- Esperanza de vida	26.2	27.2	-3.4%
Mortalidad neonatal	9.0	11.4	-21.1%
ET como causa de muerte	40.	22.0	81.8%

TMI: Tasa de mortalidad infantil (2010). TMM5: Tasa de mortalidad, menores de cinco años (2010). Retraso del crecimiento: prevalencia de baja altura para la edad en niños menores de cinco años (2010). TMM: Tasa de mortalidad materna (2010) por cada 100.000 nacidos vivos. Mortalidad, adultos: tasa de mortalidad de adultos por cada 1.000 varones adultos (2010). [100-(esperanza de vida)]: Esperanza de vida al nacer (2010) restada de un máximo de 100. Mortalidad, recién nacidos: Mortalidad de recién nacidos por cada 1.000 nacidos vivos. Enfermedades contagiosas como causa de muerte (% del total). Todos los datos vienen de los Indicadores del Desarrollo Mundial del Banco Mundial. Los promedios de ingreso para el retraso del crecimiento fueron calculados por personal del Banco y no son ponderados.

II. COMPARACIONES DE INSUMOS PERÚ Y LOS PAÍSES DE INGRESO MEDIO ALTO

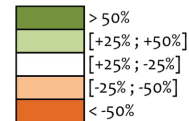


INTERPRETACIÓN :

En esta gráfica se muestran indicadores que miden el gasto en salud o el número de trabajadores de salud con respecto a la población

Los valores de la gráfica de radar se han estandarizado con respecto al valor promedio del país de ingreso medio alto.

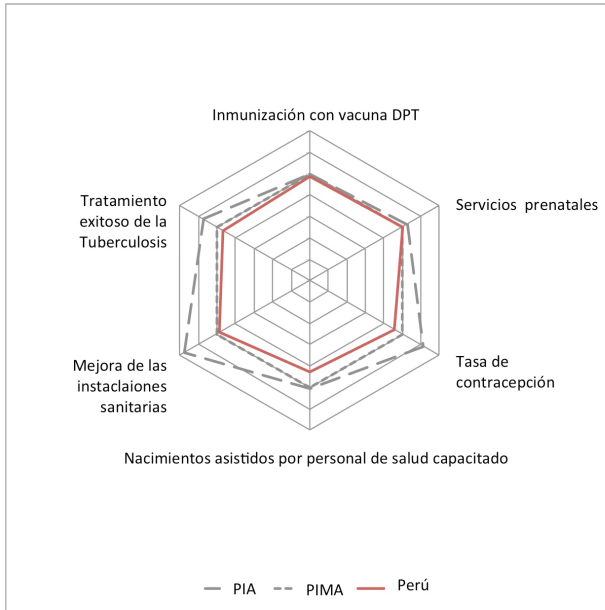
En el cuadro que sigue se resumen las comparaciones de insumos con el promedio del país de ingreso medio alto (PIMA).



Datos de país	Perú	PIMA	Dif. %
INB per capita	2005.9	1899.0	5.6%
GTS como % del PIB	5.1	6.1	-16.9%
Densidad camas hospitalarias	1.5	3.7	-59.1%
Densidad médicos	0.9	1.7	-45.5%
Densidad de enfermeras/matronas	1.3	2.6	-51.3%
GPS como % GTS	48.3	54.3	-11.0%

GTD como % del PIB: Gasto en salud, total (% del PIB) (2010). Densidad de camas de hospital: camas de hospital por cada 1.000 personas (último año con datos disponibles). Densidad de médicos: médicos por cada 1.000 personas (último año con datos disponibles). Densidad de enfermeras y matronas: enfermeras y matronas por cada 1.000 personas (último año con datos disponibles). Gasto del gobierno en salud como % del gasto total en salud/10: gasto público en salud (% del gasto total en salud) (2010). Todos los datos vienen de los Indicadores del Desarrollo Mundial del Banco Mundial.

III. COMPARACIONES DE LA COBERTURA PERÚ Y LOS PAÍSES DE INGRESO MEDIO ALTO

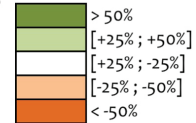


INTERPRETACIÓN :

En este gráfico, ‘más alto’ significa ‘mejor’, ya que estos indicadores son medidas positivas. En este caso, todos son porcentajes de la población que reciben o tienen acceso a ciertos servicios relacionados con la salud.

Los valores de la gráfica de radar se han estandarizado con respecto al valor promedio del país de ingreso medio alto.

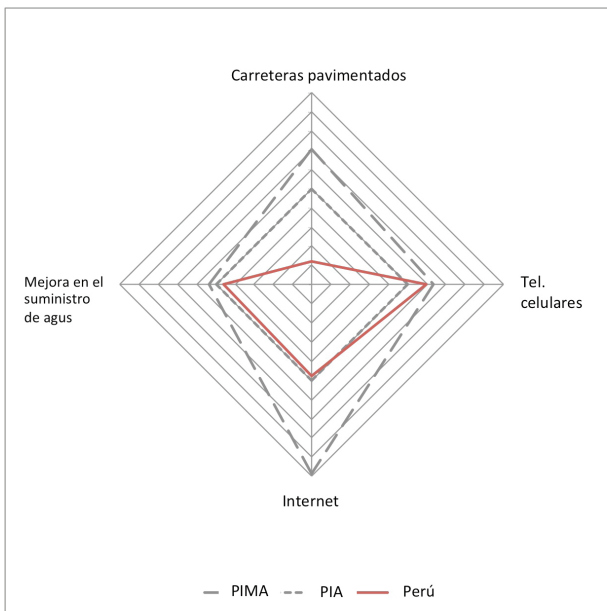
En el cuadro que sigue se resumen comparaciones de cobertura con el promedio del país de ingreso medio alto (PIMA).



Datos de país	Perú	PIMA	Dif. %
INB per capita	2005.9	1899.0	5.6%
Inmunización con vacuna DPT	93.0	95.8	-2.9
Servicios prenatales	94.7	93.8	1.0
Prevalencia de uso de métodos anticonceptivos	73.2	80.5	-9.1
Nacimientos asistidos por personal de salud capacitado	83.8	98.0	-14.5
Mejora de las instalaciones sanitarias	71.0	73.0	-2.7
Tratamiento exitoso de la Tuberculosis	81.0	86.0	-5.8

Inmunización con vacuna DPT: % de niños entre 12 y 23 meses de edad que recibieron la inmunización (2010). Servicios prenatales: % de mujeres embarazadas que reciben atención prenatal (último año con datos disponibles). Tasa de contracepción: % de mujeres de 15 a 49 años que usan métodos anticonceptivos (último año con datos disponibles). Nacimientos asistidos por personal de salud capacitado: % de nacimientos asistidos por personal de salud capacitado (último año con datos disponibles). Mejora de las instalaciones sanitarias: % de la población que tiene acceso a mejores instalaciones sanitarias (2010). Tratamiento exitoso de la tuberculosis: tasa de éxito en el tratamiento de la tuberculosis (% de casos registrados). Todos los datos vienen de los Indicadores del Desarrollo Mundial del Banco Mundial.

IV. COMPARACIONES DE LA INFRAESTRUCTURA PERÚ Y LOS PAÍSES DE INGRESO MEDIO ALTO

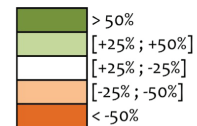


INTERPRETACIÓN :

En este gráfico, ‘más alto’ significa ‘mejor’, ya que estos indicadores son medidas positivas de la prestación de cierto bien o servicio, y una medida del desarrollo urbano.

Los valores de la gráfica de radar se han estandarizado con respecto al valor promedio del país de ingreso medio alto.

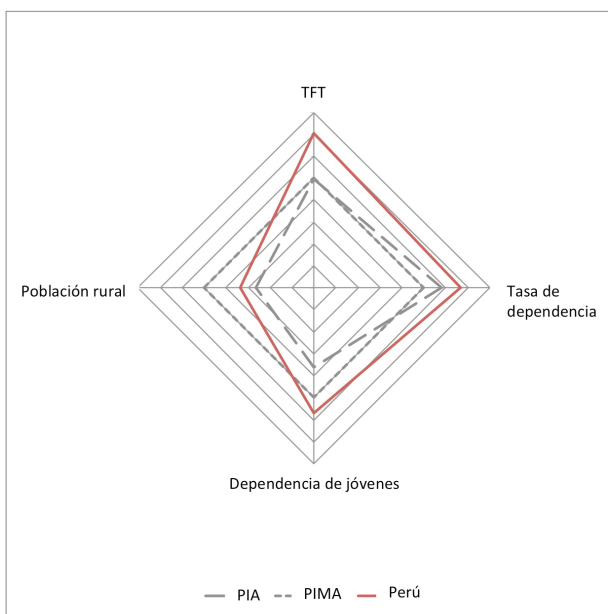
En el cuadro que sigue se resumen las comparaciones de infraestructura con el promedio del país de ingreso medio alto (PIMA).



Datos de país	Perú	PIMA	Dif. %
INB per capita	2005.9	1899.0	5.6%
Caminos pavimentados	13.9	57.6	-75.9%
Tel. celulares	110.4	92.3	19.6%
Internet	36.5	38.3	-4.8%
Mejora en el suministro de agua	85.0	92.6	-8.2%

Carreteras pavimentados: % del total de carreteras que tienen pavimentos (últimos datos disponibles). Usuarios de Internet: número de usuarios por cada 100 personas (2010, con algunos cálculos sobre los años anteriores). Usuarios de teléfonos celulares: abonos a teléfonos celulares por cada 100 personas (2010). Mejora en el suministro de agua: % de la población que tiene acceso a una mejor fuente de agua (2010). Todos los datos vienen de los Indicadores del Desarrollo Mundial del Banco Mundial.

V. COMPARACIONES DEMOGRÁFICAS PERÚ Y LOS PAÍSES DE INGRESO MEDIO ALTO

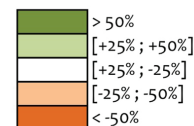


INTERPRETACIÓN :

Estos indicadores miden el número de nacimientos por mujer, la proporción de la población que vive en zonas rurales, y la cantidad de dependientes.

Los valores de la gráfica de radar se han estandarizado con respecto al valor promedio del país de ingreso medio alto.

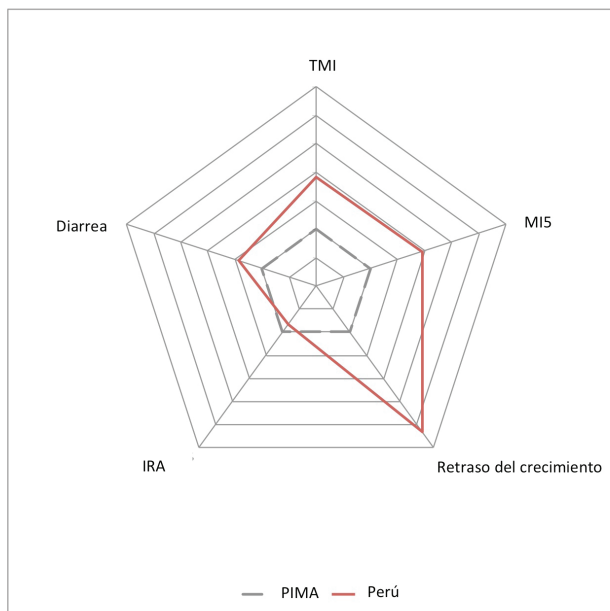
El cuadro que sigue resume las comparaciones de indicadores demográficos con el promedio del país de ingreso medio alto (PIMA).



Datos de país	Perú	PIMA	Dif. %
INB per capita	2005.9	1899.0	5.6%
TFT	2.5	1.8	41.2%
Tasa de dependencia	56.4	42.2	33.4%
Dependencia de jóvenes	83.1	73.0	13.9%
Población rural	28.4	42.6	-33.3%

TFT: Tasa de fecundidad total (nacimientos por cada mujer), 2009. Tasa de dependencia: % de la población en edad de trabajar (2010) que tenga menos de 15 años o más de 64. Dependencia de jóvenes: % de la población en edad de trabajar (2010) que tenga menos de 15 años. Población rural: % de la población que vive en zonas rurales (2010). Todos los datos vienen de los Indicadores del Desarrollo Mundial del Banco Mundial.

VI. COMPARACIÓN DE LA DESIGUALDAD: PERÚ Y OTROS PAÍSES DE INGRESOS MEDIO ALTO

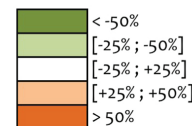


INTERPRETACIÓN:

En este gráfico "más alto" significa "más desigual", y los indicadores miden las desigualdades en resultados de salud seleccionados, utilizando la razón de prevalencia entre el quintil 1 y el quintil 5.

Los valores en el gráfico han sido estandarizados respecto al valor promedio de países de ingresos medios-altos. No hay datos disponibles para países de ingresos altos.

El cuadro que sigue resume las comparaciones de indicadores de desigualdad con el promedio del país de ingreso medio alto (PIMA).



Datos de país	Perú	PIMA	Dif. %
INB per capita	2005.9	1899.0	5.6%
TMI	4.6	2.4	90.3%
M15	5.3	2.7	94.9%
Retraso del crecimiento	10.4	3.3	216.5%
IRA	1.2	1.4	-17.1%
Diarrea	2.4	1.7	42.9%

Todos los indicadores miden la razón de prevalencia entre la población más pobre (quintil 1, el primer quintil de distribución de la riqueza) y la más rica (quintil 5, el quinto quintil de distribución de la riqueza). Los datos (los más recientes disponibles) fueron tomados de HNPstats (<http://data.worldbank.org/data-catalog/HNPquintile>).

REFERENCIAS

Arróspide, M., Rozas, K. y Valderrama, J. (2009). *Presupuesto evaluado: seguro integral de salud*. Lima: Ministerio de Economía y Finanzas.

Arroyo, J. (2002). *La salud peruana en el siglo XX : retos y propuestas de política*. Lima: Consorcio de Investigación Económica y Social.

Banco Mundial (2004). *World Development Report 2004: Making services work for poor people*. Washington, DC: Banco Mundial.

Banco Mundial (2007). *Protección social en el Perú: ¿cómo mejorar los resultados para los pobres?* Washington DC: Banco Mundial.

CARE-OXFAM (2005). *Haciendo realidad nuestros derechos: aprendizajes de la aplicación del enfoque de desarrollo basado en derechos*. Lima: CARE–Oxfam.

Conferencia Nacional de Salud Agosto 2002 (2003). *La salud un derecho para todos*. Lima: ForoSalud –Consorcio de Investigación Económica y Social.

Cortez, R. (1998). *Equidad y calidad de los servicios de salud : el caso de los CLAS*. Lima: Universidad del Pacífico–Centro de Investigación.

Cotlear, D. (2006). *Un nuevo contrato social para el Perú : ¿cómo lograr un país más educado, saludable y solidario?*. Washington, DC: Banco Mundial.

Ewig, C. (2012). *Neoliberalismo de la segunda ola : género, raza y reforma del sector salud en el Perú*. Lima: Instituto de Estudios Peruanos.

Forosalud (2005). *II Conferencia Nacional de Salud: Hacia una reforma sanitaria por el derecho a la salud*. Lima, ForoSalud.

Francke, M. y Reynoso, R. (2007). *Salud y enfermedad en los márgenes: diagnóstico participativo en comunidades peruanas que sufren pobreza y exclusión*. Lima: CIES–Observatorio del Derecho a la Salud–CARE

Francke, P. (2006). *El Seguro Integra de Salud: una historia política*. En Sample, K. y Guerra-García, G. (ed.), *La política y la pobreza en los países andinos*. Lima: IDEA Internacional y Asociación Civil Transparencias.

Francke, P. (2007). *Explicando las diferencias en la participación en salud y en los programas alimentarios*. En Grompone, R. (ed.), *La participación desplegada en la política y la sociedad*. Lima: Red para el desarrollo de las Ciencias Sociales en el Perú / IEP–PUCP–UP.

Francke, P., Arroyo, J. y Guzmán, A. (2006). *Políticas de salud 2006-2011*. Lima: Consorcio de Investigaciones Económicas y Sociales.

Francke, P. y Mendoza, A. (2006). Perú: *Programa Juntos*. En Cohen, E y Franco, R. (ed.), *Transferencias con corresponsabilidad. Una mirada latinoamericana*. México: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.
Instituto Nacional de Estadística e Informática (2012). Perú. *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2011*. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática.

Lavadenz, F., Leyton, A. y Ruel-Bergeron, J. (2011). "Hacia un Perú más saludable. Desafíos y oportunidades el sistema de salud". *En Perú en el umbral de una nueva era*. Washington, DC: Banco Mundial.

Lavado, P. (2007). *Inequidad en programas sociales en el Perú*. Lima: Consorcio de Investigaciones Económicas y Sociales.

Mendoza, W., Leyva, J. y Flor, J.L. (2011). *La distribución de ingresos en el Perú: 1980-2010*. En León, J. y Iguñiz, J. (ed.), *Desigualdad distributiva en el Perú: dimensiones*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú–Fondo Editorial.

Ministerio de Salud (2008). *Cuentas Nacionales de Salud*. Perú, 1995-2005. Lima: Oficina General de Planeamiento y Presupuesto MINSa–Consorcio de Investigación Económica y Social–Observatorio de la Salud.

Monge, A., Winkelried, D. y Vásquez, E. (2009). *¿Es el gasto público en programas sociales regresivo en el Perú?*. Lima: Universidad del Pacífico y Consorcio de Investigación Económica y Social.

Physicians for Human Rights (2008). *Demoras fatales. Mortalidad materna en el Perú*. Estados Unidos: Physicians for Human Rights.

El Banco Mundial apoya las iniciativas que emprenden los países para compartir la prosperidad mediante la transición hacia la cobertura universal de los servicios de salud, con las metas de mejorar los resultados en materia de salud, reducir los riesgos financieros relacionados con la enfermedad y lograr una mayor equidad. El Banco reconoce que existen muchas rutas que llevan a la cobertura universal y no apoya ninguna ruta o conjunto particular de arreglos organizativos o financieros para lograrla. Sea cual sea la ruta escogida, su ejecución exitosa implica la existencia de muchos instrumentos e instituciones. Aunque se pueden tomar rutas distintas para ampliar la cobertura, la ejecución de todas ellas implica desafíos. Consciente de eso, el Banco Mundial lanzó la Serie de estudios UNICO sobre cobertura universal de salud, cuyo fin es obtener conocimientos y diseñar instrumentos operativos para ayudar a los países a abordar estos desafíos propios de la ejecución en formas sostenibles desde el punto de vista fiscal y que mejoren el grado de equidad y eficiencia. La Serie de estudios UNICO consta de documentos técnicos y estudios de casos prácticos de varios países, en los cuales se analizan distintas facetas relacionadas con las dificultades que existen para aplicar las políticas de cobertura universal.

Los estudios de casos prácticos de los países de la serie se basan en el empleo de un protocolo normalizado para analizar los detalles prácticos de los programas mediante los cuales se ha ampliado la cobertura en forma vertical ascendente, es decir, de los programas que han comenzado con los pobres y los vulnerables en lugar de aquellos que se han iniciado con un modelo de filtración o chorro. El protocolo consta de nueve módulos que contienen más de 300 preguntas diseñadas para obtener conocimientos detallados de la forma en que los países están ejecutando cinco conjuntos de políticas destinadas a lograr lo siguiente:

- (a) administrar el paquete de beneficios
- (b) gestionar los procesos para incluir a los pobres y los vulnerables
- (c) impulsar reformas a la prestación de servicios que se traduzcan en mayores grados de eficiencia
- (d) abordar los nuevos desafíos que implica la atención primaria
- (e) afinar los mecanismos de financiamiento, para hacer coincidir los incentivos de las distintas partes interesadas del sector de la salud

La Serie de estudios UNICO busca proporcionar a los encargados de ejecutar políticas para lograr la cobertura universal un conjunto de instrumentos más amplio. El protocolo, los estudios de casos y los documentos técnicos se publican como parte de la serie. En 2013 se publicará un análisis comparativo de los estudios de casos.



oportunidades para todos

