



11 temas urgentes para el país

Salud

La salud que los peruanos queremos

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



UNIVERSIDAD
DEL PACÍFICO

Contenido

1. La salud que los peruanos queremos	3
2. El reto del aseguramiento universal	4
2.1 Descripción del problema	4
2.2 Propuesta de política	7
2.3 Medidas para lograr dicho objetivo	7
3. Rectoría	9
3.1 Descripción del problema	9
3.2 Propuesta de política	12
4. Provisión	14
4.1 Parto institucional	14
4.2. Desnutrición crónica infantil	17

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

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

1. La salud que los peruanos queremos

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

Los avances en materia sanitaria generan ahorros para la sociedad: reducen los costos de tratamiento médico [...] e impactan sobre la productividad laboral y el crecimiento económico,

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

En primer lugar, se aborda la problemática del aseguramiento universal -cuya relevancia política actual es indiscutible, además del alto potencial para mejorar las condiciones de vida de la población y afrontar los altos costos de enfermedades catastróficas.

En segundo lugar, y sumamente relacionado con la viabilidad del proyecto de aseguramiento universal, está la rectoría del sector, liderado por el Ministerio de Salud, aunque con un ejercicio parcial y errático en su rol rector, a pesar de su importancia para el adecuado funcionamiento del sector. Se aborda también, como parte de la tarea de rectoría, la formulación presupuestal como instrumento de apoyo al planeamiento estratégico.

Por último, se discuten los problemas asociados con la provisión de servicios, enfocándonos en el parto institucional -por su relevancia en la disminución de la tasa de mortalidad materna- y el combate de la desnutrición crónica -por su repercusión en la tasa de mortalidad infantil y sus efectos de largo plazo sobre el desarrollo del individuo. Si bien ha habido avances importantes en relación a estas dos prestaciones, aun necesitan ser atacadas de manera costo- efectiva.

2. El reto del aseguramiento universal

2.1 Descripción del problema

La Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud busca generar una plataforma mínima de acceso garantizado a la salud, a partir de la cual se podrán generar planes complementarios y específicos. Con ello se espera lograr elevar la calidad de vida de todos los peruanos, en lo que respecta a su salud. Así, un aporte de la Ley es dar respuesta a la afirmación constitucional del derecho a la salud; deseo largamente anhelado pero sin un intento de abarcarlo en su real magnitud. De igual modo, se trata de un paso firme en la dirección de elevar el nivel de salud de todos los peruanos.

La **tabla 1** presenta una descripción sucinta de los objetivos de la Ley, los actores que participarán en el Aseguramiento Universal y los distintos regímenes que se considerarán.

A pesar de los grandes beneficios que el Aseguramiento Universal puede brindar, existen varios riesgos que hacen peligrar el proyecto. Entre ellos, podemos mencionar el que se pueda lograr, efectivamente, una separación de funciones entre los diferentes actores, que el rol rector del MINSA le permita regular el sistema de manera efectiva para evitar que se apliquen medidas perversas de las aseguradoras -como evadir a los grupos de mayor riesgo- y que se logre el financiamiento progresivo para el grupo de población pobre. Todo esto

necesita un ordenamiento del sistema de salud actual.

Una preocupación inmediata es el grupo poblacional más pobre, actualmente cubierto por el Seguro Integral de Salud (SIS), institución que ha hecho una contribución importante al aseguramiento, pese a todas las dificultades que enfrenta. En el año 2009, logró que el 68% de la población pobre y 75% de los pobres extremos¹ contaran con un seguro, y con el Aseguramiento Universal se espera que se termine de cerrar la brecha de no asegurados. De igual modo, en el 2009, el 58% de la población no pobre contó con un seguro, incluyendo a los asegurados² de Essalud y los privados. La brecha para este grupo deberá cerrarse con la incorporación legal de trabajadores tanto formales -e idealmente de informales³- a Essalud, con el beneficio adicional de avanzar hacia la formalización laboral y la formalización tributaria-y con los aseguradores privados, a los cuales se les incentivará a explorar nuevos segmentos del mercado. La **tabla 2** nos da una idea general de la tasa de aseguramiento según asegurador.

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

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

3. Aunque Essalud no tiene mecanismos diseñados aún para incorporar a trabajadores informales.

Tabla 1: La ley marco de aseguramiento universal en salud		
Objetivos	<ul style="list-style-type: none"> Garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona a la seguridad social en salud. Normar el acceso y las funciones de regulación, financiamiento, prestación y supervisión del aseguramiento. 	
Actores / Funciones	Ministerio de Salud (MINSA)	Órgano Rector
	Instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud [IAFAS].	Introducir nuevo instrumento de seguros que garantice a la población un plan básico. Velar por la buena atención para sus asegurados.
	Instituciones prestadoras de servicios de salud [IPRESS].	Ofrecer servicios de calidad cumpliendo estándares establecidos.
	Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud [SUNASA].	Desarrollar normativa y reglamentación. Supervisar cumplimiento de los estándares.
Regímenes	<ul style="list-style-type: none"> Público [subsidiado y semicontributivo]. Seguridad Social. Privado [contributivo]. 	

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

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

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

Fuente: ENAHO 2000 - 2009 / Elaboración: CIES

Con respecto al SIS este enfrenta problemas de financiamiento que ponen en riesgo la viabilidad del aseguramiento para la población pobre. Más aún, el SIS no es un seguro, pues no cuenta con financiamiento protegido y asociado a un plan definido para la población, ni cuenta con un fondo de aseguramiento. Su presupuesto anual es predeterminado por su gasto histórico. Este hecho no ha cambiado desde su creación, a pesar que su población objetivo cambió de los grupos poblacionales maternos, infantiles y adolescentes a toda la población pobre y pobre extrema. La evolución del presupuesto por beneficiario ha disminuido entre el 2002 y 2009 -expresado en soles reales a diciembre de 2009: en el 2002 y 2003 era de S/. 45 por beneficiario; en el 2009 y 2010 fue de S/. 41.5 y S/. 39.8, respectivamente.⁴

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

de asegurados a alcanzar sino también en la cobertura que deben recibir para reducir el gasto en el que incurrir.

El rezago en el financiamiento en salud se puede expresar a través del porcentaje destinado al sector salud respecto del PBI. Esta cifra fue, en el año 2005, 5.4% del PBI, más baja que el promedio Latinoamericano -entre 8% y 11%. Más aún, los niveles de inversión necesarios en salud son elevados, lo que hace aún más urgente el incremento del financiamiento para el sector. Existe, además, un serio problema de gestión que se debe resolver en todos los niveles y que implica necesarias mejoras en los procesos de dirección, planeamiento, organización, supervisión, control, seguimiento, entre otros. De igual manera, el sector necesita desarrollar una propuesta clara de reforma que evite que la falta de entendimiento, de capacidades y de intereses políticos dificulte la asignación de recursos hacia los fines correctos.

El rezago en el financiamiento en salud se puede expresar a través del porcentaje destinado al sector salud respecto del PBI. Esta cifra fue, en el año 2005, 5.4% del PBI, más baja que el promedio Latinoamericano -entre 8% y 11%.

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

2.2 Propuesta de política

La propuesta del Aseguramiento Universal requiere que toda la población del país se encuentre asegurada de manera obligatoria. Solo así se podrá tener mejor distribuidos los riesgos de salud así como el financiamiento necesario. Para ello se requiere asegurar un financiamiento creciente que permita atender a la población pobre con atenciones oportunas y con las mejoras correspondientes en la calidad de la atención. Dicho financiamiento requiere de fondos más amplios, que sean administrados con reglas estrictas y que asegure un trato homogéneo para todas las instituciones que operan en el sistema de salud -en la actualidad, al SIS y a la Fuerzas Armadas y Policiales no se les dota de los fondos necesarios- y se regule a todas las instituciones bajo las mismas normas de acuerdo con el rol que les corresponde⁵.

Se requiere, asimismo, definir mejor los roles de los actores involucrados las instituciones relacionadas con los fondos (IAFAS), la supervisión de SUNASA, los prestadores (IPRESS) y el rol rector del MINSA. En el caso de las IAFAS todas, sin excepción, se deberán guiar por las normas y regulaciones del sistema de seguros; las IPRESS, también sin excepciones, deben ser reguladas por la SUNASA con las mismas normas.

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

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

2.3 Medidas para lograr dicho objetivo

El consumo de los servicios de salud no puede ser impuesto por alguna norma, así como tampoco se puede obligar mediante decreto a prestarlos o producirlos -como sucede con cualquier bien o servicio. La libertad en el consumo exige que las personas perciban la necesidad de demandar los servicios de salud, y que el valor de lo que reciben sea igual o exceda el precio que pagan. Este precio, a su vez, debe servir de incentivo suficiente para que existan ofertantes dispuestos a producir los servicios de salud -tanto los mínimos correspondientes al Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) como los complementarios.

En esta línea, el desarrollo de una estructura de precios [tarifas] que considere las prioridades sanitarias y la atención a determinados grupos de riesgo y que rompa la vinculación vis a vis entre tarifas y costos de producción, puede incentivar la mayor oferta necesaria de servicios de salud.

En el caso del sector público, el desarrollo de una mayor oferta pública necesita, para empezar, del financiamiento adecuado. Se debe ordenar la oferta de servicios actual -y la futura- a las reales demandas de salud de la población y a las posibilidades de financiarlas con los recursos del Tesoro Público, sin que dependa de la estacionalidad de la recaudación fiscal. Para esto, se requiere la creación de un fondo de aseguramiento público, regulado por las normas del sistema bancario, de seguros, y de valores; así como la generación de planes complementarios y de cofinanciamiento por parte de los gobiernos subnacionales.

Estas medidas obligarían al SIS a pagar tarifas completas, sin distinción del costo fijo del variable, clarificando el valor de una prima por asegurado.

Así, el presupuesto asignado por el Tesoro Público y el de las regiones quedaría explicitado.

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

El SIS, en su rol clave en el aseguramiento, requiere de cambios en su marco normativo institucional para que se le concedan facultades de IAFAS, con la capacidad de contar con un fondo de aseguramiento y con autonomía suficiente para su operación. Asimismo, necesita un cambio organizacional, sin el cual será difícil que pueda asumir el rol de IAFAS y que pueda establecer relaciones de mercado homogéneas con sus pares.

Se deben redefinir los mecanismos actuales de pago a proveedores mediante contratos explícitos de compra de servicios y acercando el financiamiento directamente a los establecimientos de salud. Estrechar los vínculos entre financiador – prestador permitirá mejorar la calidad de la atención que los prestadores entregan a los usuarios; más aún se deberán incluir programas de capacitación orientados a este fin. El financiamiento del SIS es también un aspecto fundamental: se debe avanzar gradualmente hasta contar con un financiamiento por asegurado equivalente al riesgo de enfermar de los mismos.

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

Solamente cuando se consideren estos aspectos, se podrán ofrecer garantías reales a la población sobre las atenciones de salud, y exigir un mayor control sobre su cumplimiento progresivo.

3. Rectoría

3.1 Descripción del problema

A raíz de la promulgación de la Ley Marco de Aseguramiento Universal se ha hecho explícito un proceso de reforma sanitaria que se ha mezclado con el proceso de descentralización. Uno de los rasgos más definitorios de la Ley es la orientación hacia la separación de funciones entre los actores y niveles según sus roles de conducción, regulación, financiamiento y provisión de servicios, con el fin de garantizar los objetivos expresados en el aseguramiento.

La actual fragmentación del sistema deviene en detrimento de la autoridad del MINSA que, además de tener que compartir las funciones de rectoría con otros ministerios, sigue manteniendo responsabilidades en la provisión de servicios.

La Ley define de manera detallada los roles, responsabilidades y funciones de los futuros actores. Sin embargo, por ser una definición en el plano normativo no se enfrenta al núcleo del problema, que es definir el sistema de salud que se quiere alcanzar. Esto debe ser materia de un análisis profundo; debe ser la base fundamental sobre la cual desarrollar las competencias de los distintos actores, hacerles

seguimiento, evaluarlos, fiscalizarlos, y corregir las distorsiones que se generen.

La actual fragmentación del sistema deviene en detrimento de la autoridad del MINSA que, además de tener que compartir las funciones de rectoría con otros ministerios, sigue manteniendo responsabilidades en la provisión de servicios. Esta dualidad de funciones -ente regulador y ente provisor- lleva a posiciones contradictorias y poco claras del liderazgo que debe mantener el MINSA sobre el sector.

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

La escasez de información es otro factor que limita la gestión, la toma de decisiones oportuna y la formación de políticas. No existen incentivos efectivos para que se mantenga actualizada la información en los diferentes niveles, a

excepción de aquella que tiene carácter transaccional para el reconocimiento de las prestaciones de salud que pagan los aseguradores, como el SIS. Un avance reciente, aunque todavía limitado, es incorporar -al canal de información existente del SIS- el sistema de información integral de inmunizaciones.

La falta de un ordenamiento en la rectoría del sector socava los intentos de hacer operativas y sostenibles las políticas. Ésta debilidad se ha hecho patente, por ejemplo, con la puesta en marcha de la iniciativa de implementar el aseguramiento en zonas piloto. El lanzamiento del Aseguramiento Universal en Lima, confirma la escasa presencia de los diferentes actores convocados, con una alta indefinición de planes y tipos de seguros para ofrecer a los diferentes segmentos de la población, sin acuerdos sobre el futuro financiamiento y con procedimientos poco desarrollados para la captación de asegurados.

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

El limbo que se genera por la escasa rectoría nacional y subnacional se refleja en que los prestadores

desconocen sus deberes con la población -las instituciones están centradas en desarrollar sus procesos internos y no miran hacia el usuario. Como consecuencia la población no cuenta con mecanismos formales y bien establecidos para ejercer su derecho a la salud, no solo en términos de la posibilidad de interponer denuncias en la Defensoría del Pueblo, sino tener a disposición canales de información cercanos y útiles, contar con soluciones prácticas -como la libertad de elegir entre un servicio u otro- y tener procesos interactivos con prestadores, seguros, gobierno, entre otros.

Es clave que la regulación vaya más allá de la formulación de normas técnicas; más bien debe lograr que estas se concreten en acciones que aseguren su incorporación en los planes regionales y locales, configurando nuevos modelos de gestión acordes con los propósitos sanitarios.

La responsabilidad rectora incluye también -y de manera fundamental para lograr las metas del sector- la formulación presupuestaria, como complemento del planeamiento estratégico⁶. En la **Tabla 3**, se presenta el diagnóstico de la situación actual en materia de formulación presupuestal así como las propuestas y medidas de solución.

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

Tabla 3
La formulación presupuestal como instrumento del planeamiento estratégico

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

3.2 Propuesta de política

El punto de partida para lograr un ejercicio pleno de la rectoría en el nivel central es el ordenamiento del sistema de salud vigente, que corrija la actual y discriminatoria segmentación del sistema -ligada con la población a atender-, y que promueva mejoras sanitarias colectivas, sin distinción. Ello implica contar con un sistema integrado, orientado a un financiamiento de la demanda, que brinde de manera universal posibilidades de acceso a servicios de salud de calidad -públicos y privados-, con participación de todas las instituciones dentro de reglas comunes de mercado o lo más próximas a ellas.

La separación de roles propuesta en la Ley Marco de Aseguramiento Universal define una oportunidad para ordenar las funciones de regulación, supervisión, provisión y financiamiento dentro del sistema y rescatar el papel rector en lo que respecta a la conducción, la regulación, el financiamiento, la provisión, y el aseguramiento.

El desprendimiento definitivo de los remanentes de provisión de servicios que tiene el MINSA es un requisito para que se pueda dar un proceso de conversión hacia la rectoría estratégica. Esta rectoría debe desarrollar conocimiento en base a información oportuna y de calidad, proveniente de los diferentes actores del sistema, que permita que la formación de políticas y la toma de decisiones estén debidamente sustentadas.

Asimismo se debe ampliar y mejorar la interacción y los canales de comunicación entre los diferentes actores del sistema. Ello implica un verdadero acceso de la población a información sobre el sistema y de los que intervienen en éste así como el desarrollo de la responsabilidad ciudadana en salud por todos los actores -incluyendo los asegurados.

3.3 Medidas que permitirían lograr el objetivo de política

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

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

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

información sanitaria, que permita hacer el seguimiento correspondiente y tomar decisiones estratégicas en su ámbito.

En relación a la separación efectiva entre la prestación y la función rectora del MINSA, se debe completar la transferencia de los establecimientos de salud a la Municipalidad de Lima. Así, deberá cumplir con su rol regulador a nivel nacional.

Se debe completar la transferencia de los establecimientos de salud a la Municipalidad de Lima. Así, [el MINSA] deberá cumplir con su rol regulador a nivel nacional.

Esta regulación implica no solo la formulación de normas, sino la fiscalización proactiva con el fin de garantizar la calidad prestacional; a la vez que se den los incentivos para mejorar la provisión de servicios con una visión de competencia, de dinamización del mercado, que lleve a atenciones de calidad para la población. Se requiere, así, el diseño de modelos que permitan la interacción entre compradores, prestadores y usuarios así como regular la provisión en base a estándares de calidad básicos -tanto en medicamentos, recursos humanos, equipamiento, uso de tecnologías, procedimientos, entre otros. La incorporación de la sociedad civil deberá disminuir las inequidades en el acceso.

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

La información -para que sea útil y genere conocimiento- deberá aproximarse a los niveles de decisión. Ello implica la generación de una plataforma de información accesible a todos los niveles, empezando por los niveles locales, para que puedan emprender metas de bienestar para su población, realizar acciones coordinadas con ésta para hacer seguimiento a grupos en riesgo y volcarse a un propósito de salud autoresponsable.

También se debe propiciar que la población asuma -a través del nuevo modelo- un rol responsable con su salud y el uso de los beneficios del sistema. La toma de decisiones informadas es un mecanismo que se encuentra en proceso de construcción y que debe convertirse en un eje transversal en los planes operativos de los diferentes actores.

4. Provisión

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

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

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

4.1 Parto institucional

Descripción del problema

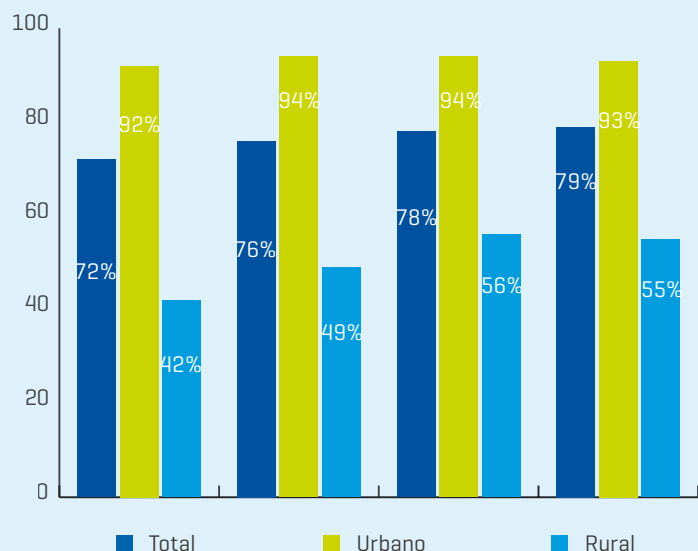
El avance en las tasas de parto institucional [PI]⁷ ha sido señalado en diversos estudios como el principal mecanismo para reducir la mortalidad materna y neonatal. La mortalidad materna es particularmente importante, pues además de la pérdida de la vida de la madre, la probabilidad de supervivencia del recién nacido cae y la ausencia de la madre a lo largo de su vida lo perjudica.

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

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

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

Gráfico 1
Proporción de parto institucional



Fuente: ENDES 2005, 2007, 2008 y 2009.

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

El Estado ha creado el Programa Estratégico de Salud Materno Neonatal (PSMN) para mejorar la salud de las madres y recién nacidos a través de la difusión de métodos de planificación familiar y consejería, la atención prenatal de las madres gestantes y la atención del parto por personal calificado. Este programa ha recibido un presupuesto de 513 millones de soles en el año 2009 y 404 millones en el 2008. Si consideramos que entre el 2005 y 2009 el incremento en la tasa

de PI fue de 1.8 puntos porcentuales por año, un cálculo aproximado del costo de cada punto porcentual de incremento cuesta alrededor de 250 millones de soles.

Análisis del PSMN sugieren que, en promedio, el programa subsidia 170.68 nuevos soles por usuario. En el caso de partos normales, estos tienen un subsidio promedio de alrededor de 120 soles. De acuerdo a la información de PEAS/PRAES, un parto normal debería costar alrededor de 80 nuevos soles, menos que el actual subsidio de 123 nuevos soles. Si se divide el presupuesto total del PSMN entre el número total de partos, el subsidio sale de 442 soles por parto atendido. Sin embargo, este número incluye la atención prenatal y del parto, difusión de información reproductiva y en teoría una mejor provisión de sangre.

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

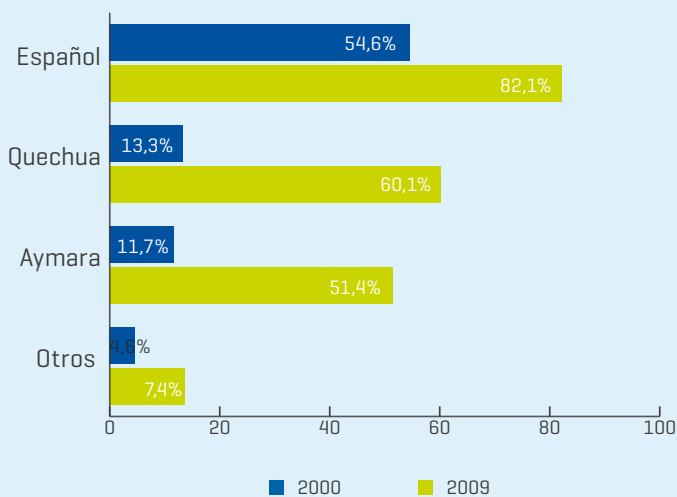
Propuestas de política

Reducir la mortalidad materna y neonatal requiere que tanto la madre como el recién nacido sean atendidos por profesionales de la salud con los recursos físicos adecuados -durante la gestación, el parto y el periodo neonatal. Las principales barreras para lograr dichas atenciones son de orden económicos, de accesibilidad y culturales. El Estado se ha centrado en disminuir la barrera económica a través del SIS y del condicionamiento del programa Juntos a los controles pre y post natales para la madre y de crecimiento y desarrollo para el niño [CRED].

Sin embargo, la barrera de accesibilidad es importante sobre todo en la Amazonía, donde la dispersión geográfica de la población y los altos costos de transporte limitan la posibilidad de acceder a los establecimientos de salud para una atención adecuada del parto. En este sentido, es necesario mejorar la red de transporte en la zona y mejorar la red de establecimientos. Este reto no es sencillo, pues ambas políticas requieren de altos niveles de inversión pública: los costos de transporte fluvial son particularmente altos y la construcción de establecimientos de salud en zonas selváticas es más caro que en la costa. Una experiencia importante que ha contribuido a reducir este problema es el de las casas de espera, las cuales permiten a las madres gestantes ir a un punto intermedio entre su hogar y el establecimiento de salud para esperar mientras se acerca su fecha de parto.

Por el lado de las barreras culturales, es necesario difundir la práctica de la adecuación cultural del parto. Esta adecuación se basa en priorizar la comodidad de la madre parturienta al momento de dar a luz. Algunas de las prácticas que deben ser difundidas para las madres que lo requieran son el parto vertical, la posibilidad de enterrar la placenta, la presencia de familiares al momento del parto, una temperatura del ambiente de parto cómoda para la madre, entre otras. La **gráfico 2** nos muestra cómo, desde el lenguaje, se relacionan las barreras culturales y el Parto Institucional, dejando en evidencia el menor porcentaje de partos institucionales en las madres cuya lengua materna no es el español.

Gráfico 2: Parto Institucional según lengua materna Perú 2000, 2009



Fuente: ENHES 2000, 2009

En términos de la barrera económica, si bien el programa Juntos incluye en el condicionamiento de las transferencias monetarias los controles de crecimiento de los hijos y los controles pre y post natales para la madre, sería recomendable incluir la condición del parto institucional para fomentar la práctica. La experiencia de transferencias condicionadas con mayor cobertura se ha documentado en India⁸, con resultados positivos en el incremento de partos institucionales –éste ha aumentado en 50%, siendo el promedio nacional 54%– y la reducción de la tasa de muerte perinatal en cuatro por cada 1000 embarazos.

Medidas que permitirán alcanzar los objetivos de política

Para fomentar la demanda del PI, la principal medida que se propone es incluir como condicionalidad del programa Juntos el PI de las mujeres embarazadas en el hogar, replicando la experiencia de la India, que contó con un presupuesto de \$ 36 por persona. Es importante desarrollar estrategias de focalización que permitan destinar los subsidios a aquellas familias en condición de pobreza.

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

Por el lado de la oferta, se recomienda:

- Incrementar la capacidad resolutive de los puestos de salud para que puedan atender casos de mayor complejidad, como aquellas emergencias relacionadas con las complicaciones durante el parto. Es importante evaluar la conversión de establecimientos de salud del primer nivel (I-1) al segundo (I-2).
- Mejorar el sistema de referencias y contrareferencias y definir claramente quién cubrirá los gastos de movilización, pues terminan siendo una barrera de acceso para los usuarios.
- Articular la red de laboratorios y bancos de sangre para mejorar el sistema de diagnóstico y prevenir las muertes por hemorragias.
- Difundir la adecuación cultural del parto (parto vertical, enterrar la placenta, familiares durante el parto, una temperatura cómoda para la madre, etc.)
- Medidas complementarias incluyen mejorar la red vial, sobre todo en la selva, para reducir los costos de transporte.

4.2. Desnutrición crónica infantil

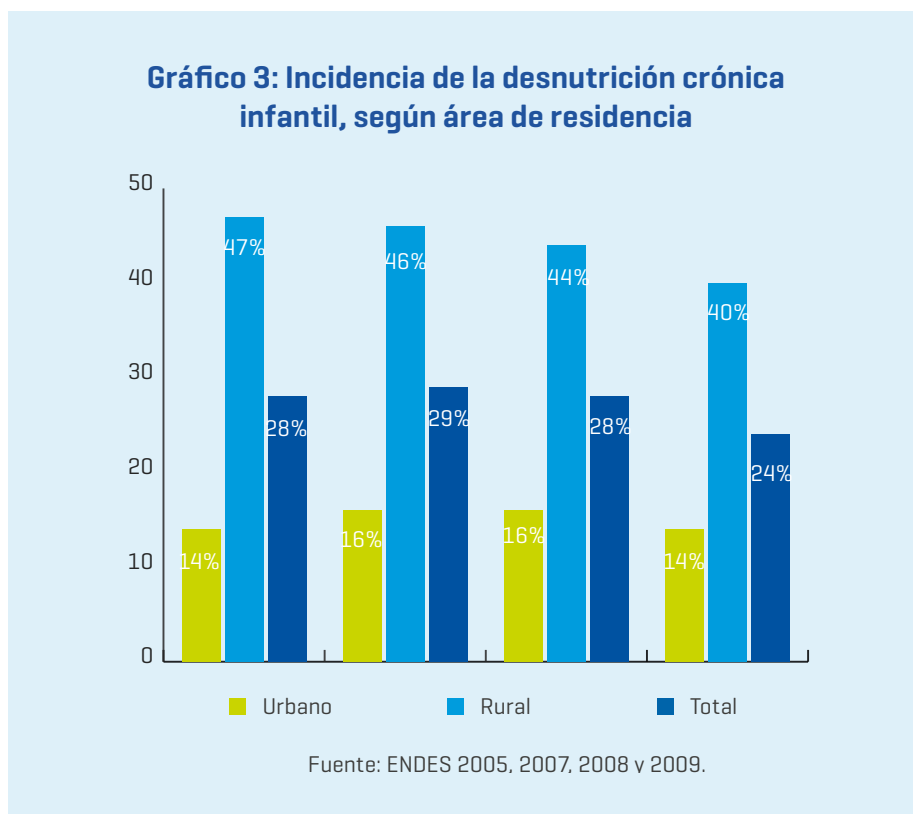
Descripción del problema

La desnutrición infantil es una enfermedad silenciosa (según CEPAL) que reduce la calidad de vida de las personas, disminuye su capacidad de aprendizaje y limita su potencial laboral. Según CEPAL (2006), un peso al nacer de entre 2 y 2.5 kg representa

un riesgo de muerte neonatal 10 veces superior a un peso entre 3 y 3.5 kg. La desnutrición infantil es considerada como una causa atribuible de un amplio espectro de enfermedades como diarrea, malaria, neumonía, entre otros, en los niños. Igualmente, la desnutrición infantil incrementa el riesgo de desarrollar enfermedades coronarias, hipertensión, diabetes y tuberculosis una vez que se ha llegado a la vida adulta. Todas estas enfermedades reducen la capacidad de aprendizaje de los niños y aumentan el ausentismo, la repitencia y la deserción escolar. Estos problemas dentro de la etapa escolar de las personas se traducen a su vez en menores capacidades laborales durante la edad adulta.

El **gráfico 3** muestra que la desnutrición infantil ha venido cayendo en los últimos años, de un total de 28% en 2005 a 24% en 2009. Esta caída ha sido más fuerte en el sector rural [7 puntos porcentuales] que en el sector urbano [donde se ha mantenido estable]; sin embargo, las tasas son aún muy altas; la disminución ha sido insuficiente y las diferencias entre ambas zonas sigue siendo bastante alta - una prevalencia rural de casi 3 veces el nivel de su par urbano.

Se encuentran diferencias importantes también según el nivel educativo de la madre: aquellos niños con madres sin educación presentaron una tasa de desnutrición de 59%, mientras que aquellos cuyas madres alcanzaron el nivel de educación superior presentaron una tasa de 8%. Una reducción importante se da cuando



el nivel educativo de la madre pasa de primaria a secundaria, donde la tasa de desnutrición pasa de 46% a 20%.

A pesar de esta mejora, el Perú aun se encuentra con un nivel elevado de desnutrición, incluso para la región de América Latina y el Caribe, que ya presentaba un valor de 19.1 alrededor del 2000 [CEPAL]. Es más, la reducción observada entre 2005 y 2009 requirió de 2'800 millones de soles de gasto público -Programa Nacional de Asistencia Alimentaria [PRONAA]. Es decir, cada punto porcentual de reducción costó alrededor de 400 millones de soles.

El Estado ha enfocado el combate de la desnutrición infantil a través de dos grandes frentes: la estrategia nacional GRECER y el Programa Articulado

Nutricional [PAN]. CRECER es una estrategia que busca articular los esfuerzos de distintos sectores con el objetivo de superar la pobreza y reducir la desnutrición crónica infantil. El PAN surge dentro del marco de Presupuestos por Resultados con el objetivo de establecer el marco presupuestal para combatir la desnutrición crónica infantil.

Tanto CRECER como el PAN centran sus esfuerzos en atacar los problemas básicos que contribuyen con la desnutrición: la alta prevalencia de enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias, la alta prevalencia del bajo peso al nacer y la deficiente alimentación de los menores de 36 meses. Uno de los aciertos más importantes de estas políticas es que entienden el problema desde un punto de vista multisectorial y buscan resolverlo acordemente. Para ello intervienen los ministerios de Salud, Educación y Vivienda, los gobiernos subnacionales y el SIS. El presupuesto del PAN, sin embargo, aún no se distribuye en función de los resultados alcanzados.

Dentro de las actividades del Sector Salud, una con especial potencial para combatir la desnutrición infantil son los CRED, que se realiza en los niños por debajo de los 5 años, durante los cuales los especialistas del sector se encuentran en contacto directo con las madres. La tasa de asistencia a estos controles es relativamente alta, con un promedio nacional del 68% en el 2009 -73% en zonas rurales y 65% en zonas urbanas.

Propuestas de política

Las propuestas para combatir la desnutrición crónica pueden ser resumidas en cuatro frentes. En primer lugar, hay que difundir la consejería y las sesiones demostrativas de las buenas prácticas alimenticias y de higiene, las cuales podrían ser realizadas en los CRED. Asimismo, difundir información sobre los alimentos de fácil acceso en la localidad con alto contenido nutricional. Es

indispensable, así, que los especialistas en los establecimientos de salud estén bien capacitados para orientar apropiadamente⁹.

Al respecto, la investigación de Dewey y Adu-Afaruah [2008], encontró que las políticas con mejores resultados han sido aquellas que incluyen mensajes educativos clave en términos de alimentación e higiene. En particular, los autores encontraron que aquellos programas que enseñaron a los padres a incluir fuentes de energía animal en la dieta de sus hijos lograron incrementar significativamente el peso y talla de los niños. Curtis y Cairncross [2008] encuentran que los programas que promueven buenos hábitos de higiene redujeron entre 24% y 63% la incidencia de casos de diarrea. Shin [2007] y Turner [1991] resaltan el rol de la educación de la madre en la tasa de desnutrición de sus hijos.

Una segunda política recomendada, enfocada en prevenir el bajo peso al nacer, es la entrega de galletas nutricionales a las madres gestantes. Al respecto, Allen y Gillespie [2008] encontraron que la entrega de este tipo de galletas a mujeres embarazadas reduce el bajo peso al nacer y la mortalidad infantil en 39% y 40%, respectivamente.

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

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

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

Medidas que permitirán alcanzar los objetivos de política

Se recomiendan las siguientes medidas:

- Aprovechar los CRED para difundir buenas prácticas nutricionales y de higiene -el costo marginal será bajo. Concretamente, resaltar la importancia de la lactancia exclusiva, el lavado de manos, el manejo de excretas y el trato con los animales. Adicionalmente, enseñar a incluir fuentes de energía animal en la dieta de los hijos. Visitas adicionales a los hogares de manera selectiva son necesarias para comprobar el cumplimiento de las recomendaciones.
- La entrega de galletas nutricionales a las madres gestantes con alto contenido energético.
- Entrega de micronutrientes a niños menores de 2 años.
- Fortificación de alimentos a mujeres embarazadas (ácido fólico) y niños.

Horton (2006) menciona que el costo por año de vida salvado en Latinoamérica por la fortificación de alimentos con zinc, vitamina A y hierro es de \$20, \$40 y \$140, respectivamente.

Medidas adicionales incluyen la adaptación cultural de las políticas propuestas, tanto por el idioma y los usos coloquiales, como por la inclusión de alimentos que se encuentran disponibles localmente y que son fáciles de preparar. Asimismo, diseñar mecanismos de control que eviten que los complementos nutricionales se desvíen hacia otros miembros de la familia, a través, por ejemplo, de verificaciones en la sangre [hierro].

Referencias

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

Enrique Chon Yamasato

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

Vilma A. Montañez Ginocchio

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

Janice Seinfeld Lemlig



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