

Lo avanzado y lo pendiente en el sector salud en el Perú 2008: una visión panorámica

Janice Seinfeld – CIUP*

El importante crecimiento económico de las últimas décadas (5% en promedio en los últimos 15 años; BCR) ha permitido avances significativos en el sector salud peruano. Como resultado, indicadores clave de desarrollo del sector, como las tasas de mortalidad infantil y materna, así como las de desnutrición crónica, muestran una tendencia decreciente¹. Asimismo, en las últimas décadas ha habido adelantos en relación al acceso a servicios de salud por parte de la población, así como aumentos en las tasas de aseguramiento en salud. Estos progresos aumentan el bienestar de la población pues las mejoras en el estado de la salud de la misma se reflejan en una mayor calidad de vida, del bienestar individual y también en el desarrollo de la sociedad. En términos económicos, los avances en materia sanitaria incrementan los ahorros de la sociedad al reducir los costos de tratamiento médico, impactan sobre la productividad laboral y el crecimiento económico al aumentar la vida laboral de la población y favorecer su eficiencia.

A pesar de los avances, el Perú presenta todavía indicadores de carencias en salud muy altos en comparación con otros países. Más aún, aunque los avances de los últimos años intentan concentrarse en los más pobres, la desigualdad sigue siendo uno de los principales problemas que el sector debe solucionar. A manera de ejemplo, si bien ha habido logros importantes en el parto institucional, logros que permiten que el 74% de las madres gestantes accedan a ellos, este resultado es un promedio nacional que esconde desigualdades fuertes entre áreas urbanas y rurales. Datos de la ENDES 2007 muestran que si en el área urbana el 92% de las madres gestantes recibió atención profesional durante el parto, en el área rural solamente lo hizo el 49%.

En relación al presupuesto del sector, hay que mencionar que este ha venido creciendo en los últimos

«Aunque los avances de los últimos años intentan concentrarse en los más pobres, la desigualdad sigue siendo uno de los principales problemas que el sector debe solucionar»



Foto CIES

El presupuesto del sector ha venido creciendo en los últimos años, pero aún sigue siendo limitado.

años, pero aún sigue siendo limitado (6.110 millones de Nuevos Soles, es decir, 8,6% del Presupuesto Total-SIAF), lo que restringe los avances necesarios en cobertura efectiva y, más aún, limita el avance para el acortamiento de la brecha entre zonas rurales y urbanas. Esto evidentemente se suma a las deficiencias que ocurren dentro del sistema, que no permiten el uso optimizado de los recursos. Es así que en el año 2007 existían aún 30% de personas que ante la presencia de enfermedad no accedieron a una consulta y 58% que no contaba con un seguro de salud que le permitiera hacer frente a la enfermedad. Aún más, si se considera a la población pobre, el 76% no accede a servicios de salud institucionales ante presencia de una enfermedad, mientras que el 68% no tiene cobertura a través del SIS (ENAH0 2007).

Las deficiencias en la calidad y en el desempeño de los recursos del sector (infraestructura y recursos humanos) actúan como una barrera importante para avanzar hacia un aseguramiento universal que garantice la cobertura de servicios de salud para todos los peruanos. Asimismo, todavía sigue la falta de manejo de los factores externos, pero coadyuvantes a los servicios de salud, como son el sistema de saneamiento, de transporte, de educación, entre otros.

* Investigadora del Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico.

1/ Ver Lenz y Alvarado (2006); Valdivia (2002); entre otros.



En los últimos años los avances logrados por el SIS han permitido mejoras significativas en los niveles de cobertura efectiva

A continuación se analiza de manera más detallada lo avanzado y lo pendiente en aspectos clave del sector salud.

El Seguro Integral de Salud (SIS)

Específicamente, en los últimos años los avances logrados por el Seguro Integral de Salud (SIS) han permitido mejoras significativas en los niveles de cobertura efectiva (9.696.586 personas aseguradas a septiembre de 2008; SIS). En este sentido, existen dos decretos importantes. El 004 de 2007, que extiende la cobertura del SIS a todos los peruanos en situación de pobreza y de pobreza extrema para un conjunto de prestaciones priorizadas; y el decreto 003 de 2008, que detalla las intervenciones garantizadas en el área materno-infantil, priorizando aquellas intervenciones encaminadas a disminuir la desnutrición infantil, a aumentar el parto institucional y los controles de crecimiento, entre otras. Se espera que este último decreto permita consolidar avances en parto institucional (cuyos avances ya son visibles), incluyendo reducciones en la brecha urbano/rural, así como mejoras en los controles de niño sano, que actualmente son muy bajos (menos del 10% de los niños tiene todos los controles estipulados para la edad; ENDES 2007), y en las condiciones nutricionales.

Un mecanismo importante en desarrollo del SIS es el replanteamiento de las formas de pago a los proveedores de servicios. Aunque la propuesta abarca solo a las atenciones ambulatorias y se está en una fase muy inicial del proceso, es un avance. Se ha implementado el primer piloto de pago capitado para atenciones ambulatorias en la región de Apurímac. Evidentemente, el monitoreo del piloto será clave para observar los logros efectivos. Asimismo, se está trabajando

los temas de subcobertura –a través de la afiliación de las personas inscritas en el Programa JUNTOS sin mayores exigencias que la restrinjan– y de la filtración –a través de cruzar la base de datos del SIS con las bases de datos de la SBS y de la Sunat– entre otros. La idea es que si una persona accede a crédito bancario entonces las probabilidades de que sea pobre son bajas y no debería acceder al SIS. Se espera que estos cruces permitan disminuir las cifras elevadas de filtración (cerca de 30%; ENAHO 2007).

Sin embargo, hay que señalar también que el SIS enfrenta serios problemas que tienen que ser tratados rápidamente. Ante todo, el esquema de financiamiento que tiene –cubrir los costos variables además de los no los fijos– implica que la sostenibilidad financiera del programa no esté garantizada, sobre todo cuando se dan mandatos no financiados (más de 420 mil afiliados pertenecen a grupos focalizados, es decir, población que recibe aseguramiento de manera directa e inmediata, entre los que se encuentran los Clubes de madres, los Comedores populares, el Programa Vaso de leche, los Wawa Wasi, los indultados inocentes, los autores y compositores que están inscritos en APDAYC, entre otros; SIS 2008), que responden más a necesidades políticas que técnicas. En este sentido, las reglas deben explicitarse pues de otra manera es difícil determinar la focalización del programa.

Otro problema importante es el limitado presupuesto asignado (471 millones de Nuevos Soles en 2008, que representan el 14,5% de lo destinado al sector salud a nivel del Gobierno Nacional; SIAF 2008), que, en realidad, lleva a serios problemas de falta de liquidez, pues las transferencias del MEF no cubren el valor de la producción. En una situación en la que el presupuesto ya es insuficiente para financiar las prestaciones de la población objeto de cobertura, hay que cuestionar qué pasará al aumentar la población objetivo a adultos y a niños en situación de pobreza y de pobreza extrema (Decreto 004-2007). Actualmente

«Las deficiencias en la calidad y en el desempeño de los recursos del sector (infraestructura y recursos humanos) actúan como una barrera importante para avanzar hacia un aseguramiento universal que garantice la cobertura de servicios de salud para todos los peruanos»

«Actualmente existen planes pilotos importantes que intentan impulsar la idea de aseguramiento universal en Huancavelica, Apurímac y Ayacucho. Sin embargo, el presupuesto debe estar garantizado; de otra manera los pilotos serán un esfuerzo condenado al fracaso»

existen planes pilotos importantes que intentan impulsar la idea de aseguramiento universal en Huancavelica, Apurímac y Ayacucho. Sin embargo, el presupuesto debe estar garantizado; de otra manera los pilotos serán un esfuerzo condenado al fracaso.

Después de casi siete años de funcionamiento del SIS se hace necesario repensar su estructura. Es hora de pasar de un simple pagador a un gestor del financiamiento. Ello implica, entre otras cosas, la capacidad de pensar en distintos esquemas de pago a proveedores. Es verdad que se ha empezado con el piloto de pago capitado antes mencionado para atenciones ambulatorias, pero este aún es un esfuerzo aislado; todavía falta diseñar esquemas de pago para atenciones hospitalarias y un diseño completo de mecanismos de pago que alinee los intereses de los médicos y de los establecimientos de salud con los objetivos sanitarios del Minsa.

Asimismo, es necesaria una evaluación seria que incluya un análisis de costos y de beneficios sociales, de continuar con SiSalud, un esquema de aseguramiento semisubsidiado que ofrece planes, tanto individuales como familiares, orientados a personas no pobres de escasos recursos y cuyas prestaciones se ofrecen mediante la red de establecimientos del Minsa. Este sistema implica subsidiar a la población no pobre cuando aún no se cubren las necesidades de los que sí lo son. Además, este esquema de aseguramiento protege e incentiva la informalidad. Habría que pensar más bien en la posibilidad de que estas personas se aseguren en EsSalud.

Finalmente, junto a la necesidad de un mayor acompañamiento del nivel rector, se requiere una separación de funciones que permita generar una mayor competencia pública interna y una mayor eficiencia global del mercado de atención de la salud. Aunque este problema atañe al SIS, es en realidad un tema a ser resuelto por el Minsa. El Estado debe seguir

a cargo del financiamiento de las atenciones para la población pobre, pero debería encargar la prestación de los servicios a proveedores, tanto públicos como privados, dentro de un marco regulatorio adecuado. El Estado deberá establecer las reglas de juego, garantizar el cumplimiento de los contratos, así como recopilar y difundir información, pero también deberá aumentar la autonomía de los establecimientos de salud y aumentar las opciones a los usuarios.

Infraestructura y equipamiento: aún queda mucho por hacer

En el ámbito organizacional, los avances son limitados. Aunque la recuperación de la infraestructura del primer nivel de atención que se dio desde mediados de los años noventa, así como el desarrollo de un instrumental técnico destinado a estandarizar las tarifas, los costos, la calidad y los contenidos de planes está permitiendo tener ahora la red de oferta con la que opera el sector, la situación de la infraestructura y del equipamiento en salud es lastimosa. El 23% de los hospitales tiene una antigüedad de 51 a más de 100 años y el 40% tiene entre 26 y 50 años. Solo el 70% de los ambientes para consultorios físicos se encuentra adecuadamente conservado, las instalaciones de redes de agua y desagüe son deficitarias en los hospitales y el 63% no realiza un tratamiento óptimo de los residuos biocontaminados (Minsa 2006). En cuanto al equipamiento hospitalario, solo el 59% está operativo, del cual 33% opera pero requiere ser reemplazado y 8% debe ser reparado (Minsa 2006). Esta situación evidentemente opera como barrera importante para mayores avances en la cobertura y en la calidad de la atención.



Foto CIES

Después de casi siete años de funcionamiento del SIS se hace necesario repensar su estructura. Es hora de pasar de un simple pagador a un gestor del financiamiento.

«El ministro actual, Óscar Ugarte, ha planteado recientemente y de manera pública la intención de preparar el Plan Nacional Multianual de Inversiones y Mantenimiento para infraestructura y equipamiento»

El ministro actual, Óscar Ugarte, ha planteado recientemente y de manera pública la intención de preparar el Plan Nacional Multianual de Inversiones y Mantenimiento para infraestructura y equipamiento. La idea es que en un trabajo conjunto, el Gobierno Central y las regiones desarrollen un plan de inversiones que permita ir cerrando las brechas existentes, aunque este será un compromiso de largo plazo. Junto a este plan de inversiones, también se ha planteado la necesidad de contar con un Plan de Desarrollo de los Recursos Humanos, con la intención de acortar las brechas respecto a estándares internacionales de 25 profesionales de la salud (médicos y enfermeras) por cada 10 mil habitantes para lograr un mínimo de cobertura (World Health Report 2006). Para un avance real en el tema de recursos humanos es imprescindible analizar qué tipo de especialistas se requieren y dónde. Hacia allí deben dirigirse la capacitación y los recursos. Asimismo, se necesita una política de incentivos y de homogenización en los tipos de contratos hacia una carrera de servicio civil.

¿Y la desnutrición infantil?

En relación a la desnutrición infantil, tema clave que compromete al sector salud, los avances son difíciles de medir en tan corto tiempo. En el año 2007, según la ENDES, la tasa de desnutrición infantil crónica seguía siendo de 29%; más aún, si uno observa las cifras de desnutrición infantil en los departamentos más pobres (quintil más pobre) uno de cada dos niños sigue presentando problemas de desnutrición. La encuesta MONIN 2008 recoge información detallada respecto a este tema, incluso identificando los resultados en el ámbito de la estrategia CRECER. Sin embargo, lamentablemente dicha encuesta no se encuentra disponible para el público, lo cual impide

poder analizarla y obtener, a partir de ella, resultados de interés que permitan guiar las indispensables medidas de política que hay que implementar para revertir el problema nutricional.

Desde el punto de vista social, las consecuencias de la desnutrición infantil son alarmantes; la desnutrición limita sus capacidades y su productividad futura, lo que restringe la posibilidad de generar ingresos, además de los efectos perversos sobre la salud. Es difícil imaginar peor negocio para el Perú que limitar, ya desde niños, la capacidad de las personas de valerse por sí mismas.

El Estado pareciera haber entendido la necesidad de combatir la desnutrición y, en su esquema de política de lucha contra la pobreza, ha priorizado a la niñez y a la reducción de la desnutrición crónica infantil. Muestra de ello es el vasto número de normas e intentos de coordinar programas orientados a lograr una disminución en la desnutrición, como son JUNTOS, CRECER y otros programas de infraestructura desarrollados en los últimos años. Específicamente, el Decreto 003-2007 incluye una serie de intervenciones orientadas a combatir la desnutrición y existe un programa piloto en Andahuaylas que busca lograr la articulación de los programas sociales con la finalidad de hacer más eficiente el gasto. Asimismo, como parte de las acciones del gobierno orientadas a reducir este problema, se ha implementado de manera piloto el Programa Articulado Nutricional, que busca delinear los factores causales de la desnutrición crónica como un primer intento de vincularlo a metas y costos para fijar un presupuesto realista basado en resultados².

A pesar de que el gasto social y la inversión para disminuir la desnutrición han ido aumentando en los



Foto CIES

En relación a la desnutrición infantil, tema clave que compromete al sector salud, los avances son difíciles de medir en tan corto tiempo.

2/ Ver el Presupuesto por Resultados y Cinco Programas Estratégicos: el Programa Articulado de Nutrición. Disponible en: <http://www.mef.gob.pe/DNPP/PPR/PPSTR/APP/index.swf>.

últimos años³, los avances reales dependerán de lo que suceda en el campo, en el momento de aplicar las políticas respectivas. La estrategia pública para reducir los niveles de desnutrición debe incorporar un conjunto de estrategias de políticas multisectoriales asociadas a la utilización adecuada de alimentos, a la promoción de conductas saludables en el hogar –con el consiguiente acceso a agua potable y desagüe–, al acceso a establecimientos y a profesionales de la salud, entre otras.

El mercado de medicamentos necesita cambios impostergables

Finalmente, hay que mencionar la necesidad de revisar concienzudamente el tema de los medicamentos en el Perú. Este recurso, indispensable para que los profesionales de la salud brinden atenciones eficaces, seguras y de calidad, presenta una serie de distorsiones⁴.

Ha habido importantes avances en relación a las compras centralizadas, que han generado ahorros importantes para el gobierno (89 millones de Nuevos Soles de ahorro para el sector salud, según exposición del ex Ministro de Salud, Hernán Garrido Lecca, para el Acuerdo Nacional, agosto de 2008), así como el paso a un esquema más rápido y eficiente de adquisiciones a través de subastas inversas. Sin embargo, la población sigue teniendo un acceso limitado a los medicamentos. El bajo poder adquisitivo de los consumidores, aunado a las fuertes distorsiones de precios en el mercado privado de medicamentos, al ser este segmentado y con escasa información para que los prescriptores y los ciudadanos tomen decisiones informadas, limita seriamente el acceso⁵. Asimismo, la escasa disponibilidad de los medicamentos en la red pública de servicios⁶ afecta también el nivel de competencia y los precios actuales, además de alentar el crecimiento del mercado informal de medicamentos. Una opción poco utilizada en el Perú, pero ampliamente utilizada en otros países para mejorar el acceso de la población a medicamentos es la promoción de medicamentos genéricos, a partir de una

«El Estado pareciera haber entendido la necesidad de combatir la desnutrición y, en su esquema de política de lucha contra la pobreza, ha priorizado a la niñez y a la reducción de la desnutrición crónica infantil»



Foto CIES

El bajo poder adquisitivo de los consumidores, aunado a las fuertes distorsiones de precios en el mercado privado de medicamentos, limita seriamente el acceso.

política efectiva pro-calidad, y la disponibilidad de estos recursos en la red de servicios de salud.

Un segundo tema de trascendental importancia es la calidad de los medicamentos. Ya desde 1992 contamos con un proceso ridículo de obtención de un Registro Sanitario, requisito para comercializar un producto farmacéutico. La Ley General de Salud⁷ establece que con la sola presentación de los documentos exigidos (fotocopias y formularios que registra la empresa solicitante), toda solicitud no aprobada en un lapso de siete días obtiene automáticamente el Registro Sanitario. La legislación sanitaria peruana en esta materia es laxa, permeable y económica (el derecho de trámite es menor a 300 Nuevos Soles). El inadecuado marco legal y la falta de celeridad en estos procesos limita severamente la función de vigilancia que debe tener el Estado.

Los problemas existentes en el mercado de medicamentos llevan a la necesidad imperante de modificar el capítulo III (medicamentos) de la Ley General de Salud. Han existido varias propuestas de modificación

3/ En el año 2008, el Estado ha creado una partida presupuestaria dedicada al Programa "Nutrición Infantil" que tiene destinados S/1.192.314.860. Esta suma representa el 2% del Presupuesto Institucional de Apertura total del Estado.

4/ Basado en "La urgencia de aprobar un nuevo capítulo de medicamentos en la Ley General de Salud", César Amaro y Janice Seinfeld, Punto de Equilibrio, 2007.

5/ Nos referimos tanto a las diferencias de precios que existen entre cadenas de boticas, farmacias, farmacias de las clínicas y servicios de farmacia de establecimientos de salud públicos por un mismo producto; como a los distintos precios entre las variadas marcas de un mismo compuesto.

6/ Compuesta por EsSalud, Ministerio de Salud y Gobiernos Regionales, Mindef, Mininter.

7/ Ley N° 26842. Lima, 20 de julio de 1997.



Debe plantear un proceso gradual de logro del acceso garantizado, donde el gobierno previamente debe definir las prioridades sanitarias a atender, establecer y normalizar la composición de las prestaciones.

de la ley, pero esta aún continúa sin modificarse. La ley debe plantear un proceso gradual de logro del acceso garantizado, donde el gobierno previamente debe definir las prioridades sanitarias a atender, establecer y normalizar la composición de las prestaciones, gestionar su financiamiento (uso de diversas fuentes: el Estado solo debe financiar el acceso a los más pobres), y realizar el monitoreo y evaluación de este proceso. Esta iniciativa es sinérgica con la política de aseguramiento universal y la reforma del Estado. En cuanto a la calidad de los medicamentos y de los dispositivos médicos, el Estado debe garantizarla a través de controles de calidad de los medicamentos que ingresan al mercado. Asimismo, es necesario que el Estado brinde información confiable y oportuna a la ciudadanía. Se puede crear un observatorio con información sobre calidad, disponibilidad y precios, empleando diversos mecanismos de comunicación (Internet, redes virtuales, información accesible en mercados y centros poblados, etc.). El cambio del marco legal vigente es impostergable, debido al riesgo sanitario al que está expuesta la población.

En el plano político: la esperada reforma sanitaria

En el ámbito político, se ha iniciado un proceso de desarrollo de mecanismos de diálogo institucionalizado, con diversos actores sociales, que va acompañado del desarrollo de toma de conciencia por la ciudadanía. Asimismo, existe el intento de mayor comunicación con otros sectores y con la población —ejemplo de ello es la estrategia CRECER—, y la difusión de mensajes y prácticas en la promoción de la salud y en los estilos de vida saludables, que incluye

la intención del gobierno de cambiar el modelo de atención hacia uno con énfasis en la prevención y atención primaria. No se puede dejar de mencionar el proceso de descentralización que viene ocurriendo en el sector. Hay municipios que ya manejan el tema de la atención primaria. Nuevamente, sistemas de monitoreo son importantes para ver los logros efectivos y la forma de superar los problemas operacionales existentes, como los que se originan cuando el distrito y la microred no coinciden.

Sin embargo, la reforma sanitaria es necesaria para garantizar niveles adecuados de salud a todos los peruanos. Se requiere seguir avanzando y consolidando los logros en los resultados sanitarios al menor costo posible, pues los avances mencionados resultan aún limitados frente a las necesidades del país.

La oportunidad para llevar adelante la reforma sanitaria existe y debe ser aprovechada. Esta reforma debe poder identificar cuáles son los objetivos que se quieren lograr, cuánto cuesta lograrlos y cómo en verdad se beneficia la población. Para ello, es necesario que el Minsa empiece por una reorganización interna, repensando cuáles deben ser sus nuevas funciones en el marco del proceso de descentralización y cuál debe ser el perfil de sus funcionarios. Todas estas son tareas de la rectoría del sector. El proceso de reforma debe ser flexible y contar con el apoyo del gobierno y la participación de los principales actores sociales. Es, pues, un proceso básicamente político. La experiencia de países que han avanzado en el proceso de reforma muestra que el gradualismo en la reestructuración del sector salud es la mejor vía para garantizar una reforma exitosa. Todo lo dicho anteriormente apunta a la necesidad de redefinir la estrategia de cambio para que esta sea efectiva.

En conclusión, estos primeros años del gobierno aprista muestran avances importantes en el sector salud, pero el camino por recorrer sigue siendo extenso y presenta desafíos importantes que requieren de un trabajo racional, eficiente y coordinado entre los distintos niveles (nacional, regional y local). Este listado panorámico de avances y retos no pretende ser exhaustivo, pero sí mostrar que a pesar de no haberse dado una reforma orgánica y explícita, el sector salud avanza, aunque lentamente, quedando aún mucho por hacer. De llevarse a cabo tal reforma se esperarían logros mayores y estructurales que al ser comunicados a la población fomenten la credibilidad y la confianza, creándose sinergias nacionales en beneficio de la salud pública.