

24. Hacia un Perú más saludable: desafíos y oportunidades del sistema de salud

Fernando Lavadenz, Julie Ruel-Bergeron y Alejandra Leytón

Resumen

La presente nota tiene el propósito de analizar, desde nuestra perspectiva, los tres desafíos principales del sector salud que el nuevo gobierno del Perú deberá enfrentar para mejorar la calidad de vida de su población: (i) desde el ámbito institucional, profundizar las dos principales políticas de Estado que ha venido desarrollando durante la década pasada, para producir mejores resultados en salud (el aseguramiento universal y la descentralización del sistema); (ii) incluir una nueva dimensión como la promoción de la salud, en respuesta a la carga de muerte y enfermedad por enfermedades crónicas; y (iii) desde la perspectiva sanitaria, desarrollar una agenda estratégica y regionalizada en tres dimensiones. La primera, que priorice la reducción de las inequidades existentes en el acceso a los servicios de salud de la población pobre, del área rural e indígena; la segunda, que fortalezca el sistema de salud para que responda con eficiencia a las epidemias como el dengue, el cambio climático, la migración y la deforestación, así como los desafíos generados por otras enfermedades transmisibles como la tuberculosis, con prioridad en el área urbana; y finalmente, la tercera agenda, orientada a prevenir y controlar, en particular en Lima Metropolitana, la epidemia silenciosa de las enfermedades crónicas que golpean al Perú de manera creciente como resultado de los cambios colectivos en el estilo de vida de su población. Con este propósito, la nota revisa los avances del sector y las mejoras y desafíos en la salud de los peruanos durante la última década.

En relación con los éxitos, se discute la reducción de la mortalidad infantil y materna, que ha permitido que el Perú se encuentre alrededor del promedio latinoamericano en estos indicadores clave. Además, se revisan sus esfuerzos –quizá sin parangón entre los países de la región– para lograr una acelerada reducción de la mortalidad de los menores de 5 años en la última década.

En relación con los desafíos, la nota analiza cómo, a pesar de estas mejoras promedio en los indicadores, todavía existen importantes inequidades en el acceso y calidad de atención de salud para los pobladores pobres en general y del área rural e indígenas en particular, que se traducen en resultados desiguales en todos los indicadores de salud, incluso en aquellos con mejor desempeño. Asimismo, se revisa cómo las enfermedades que atañen a la salud pública como la malaria, la tuberculosis (TB), el dengue y el Virus de Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirido (VIH/SIDA)



no han seguido la misma tendencia optimista y presentan mayor incidencia y emergencia ahora que en los años noventa.

Finalmente, la nota analiza cómo la transición epidemiológica del Perú, el envejecimiento de su población y sus cambios en el estilo de vida incrementaron los factores de riesgo, en particular de la población de las grandes ciudades, llevando al país a vivir uno de sus más peligrosos desafíos: el de una epidemia silenciosa de enfermedades crónicas y degenerativas, que constituyen una seria amenaza para la salud y la economía del país por su alto costo en vidas, en calidad de vida y en el aspecto monetario.

Por otra parte, la nota analiza cómo los éxitos del Perú en ciertos indicadores estuvieron guiados por las dos políticas de Estado que continuaron profundizándose y potenciándose en forma conjunta: la descentralización de la salud y la ampliación del aseguramiento mediante el SIS. También examina cómo, frente a los nuevos desafíos, los instrumentos generados por estas políticas no serán suficientes y los retos a futuro requieren su modernización, ampliación e innovación. Con el fin de encontrar opciones, esta nota analiza en detalle ambas políticas.

En relación con el aseguramiento, se discuten la importancia del SIS y sus desafíos, así como la estrategia lanzada por el gobierno para el Aseguramiento Universal en Salud (AUS). Al respecto, se menciona el notable esfuerzo del gobierno por promulgar la Ley de Aseguramiento Universal, pero lo poco que se avanzó en su implementación. La ley del AUS prevé un complejo grupo de acciones y consensos en muchas áreas. El próximo gobierno, incluyendo el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), tendrá la oportunidad de convertir al AUS en política de Estado y de lograr, mediante su implementación, una mejora efectiva de los indicadores de salud.

En relación con la descentralización de la salud, la nota discute el proceso seguido en las regiones y como este todavía requiere un importante esfuerzo para consolidarse, fortaleciendo tanto la rectoría nacional del Ministerio de Salud (MINSA), como la rectoría de las regiones al asumir sus nuevas funciones. Finalmente, de manera breve, se discute cómo los principales financiadores de la atención en salud son los hogares, y cómo, comparativamente, el Perú es el país de la región que destina la menor proporción de su PBI a la salud.

La nota concluye que el nuevo gobierno debería mantener sus esfuerzos por generar consensos con la sociedad civil sobre el sistema de salud y su gobernabilidad, en un contexto de mayores oportunidades de financiamiento del sector, que permita superar la falta de inversión crónica para su sistema sanitario. Hay que recordar que, para este momento de desarrollo del Perú, la salud de sus habitantes es vital y un objetivo en sí misma, como lo confirmara en el año 2002 la Comisión de Macroeconomía y Salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Esta mencionaba, además, que los vínculos entre el estado de salud de una población y su influencia en el crecimiento económico están históricamente bien establecidos.

Luego del análisis de estos temas, se elaboran propuestas para afrontar los problemas sanitarios del país, tomando en cuenta una agenda única nacional y tres agendas diferenciadas, dependiendo de la población: una agenda para el Perú rural; otra para el Perú urbano; y, finalmente, una para el Perú hiper urbano de Lima y Callao, que en la nota será considerada como otra categoría de análisis. La agenda de Lima Metropolitana mostrará cómo, al separar a Lima y Callao del promedio urbano, salen a la luz problemas ocultos y de dimensiones diferentes al promedio, así como soluciones relacio-



nadas con el buen uso de los recursos intra e intersectoriales, y con la articulación de los subsistemas fragmentados de aseguramiento y provisión de servicios de salud, para hacer frente al desafío de las enfermedades crónicas.

En los últimos años, la economía peruana ha presentado un crecimiento notable y es seguro que, en el próximo período, el Perú podrá producir avances tan notables como los económicos, en la mejora de la salud y la calidad de vida de su población.

I. Introducción

El crecimiento económico del Perú es notable y ha generado grandes oportunidades para lograr un crecimiento similar en lo social que permitiría alcanzar mejoras importantes en la calidad de vida de sus habitantes. La salud es un eje central de la calidad de vida, y el sistema de salud es una herramienta fundamental para aumentar años de vida a sus ciudadanos y mejorar su calidad de vida durante esos años. Por otra parte, tener una buena salud es un objetivo en sí mismo y el sistema de salud es determinante para alcanzar este objetivo, así como para lograr una fuerza laboral fuerte y saludable, que haga sostenible el crecimiento del país.

Esta nota de política busca explorar los futuros desafíos y oportunidades del sistema de salud peruano, respondiendo a tres preguntas centrales: (i) ¿mejoró la salud de sus ciudadanos en los últimos años?; (ii) ¿cuáles fueron los principales esfuerzos que realizó el país en sus políticas y programas de salud para alcanzar estos resultados? ¿Son suficientes?; y (iii) ¿cuál es la agenda que el Perú debería priorizar para continuar mejorando la salud de sus habitantes? Con este fin, se analizará un grupo seleccionado de indicadores clave y sus resultados, y se discutirán dos estrategias lanzadas por el gobierno para aumentar el acceso, la calidad, la equidad, el desempeño y la protección financiera del sistema de salud: las estrategias de descentralización y el aseguramiento en salud.

Además de responder estas preguntas, esta nota propone avanzar en un análisis epidemiológico del Perú en tres dimensiones y sugerir propuestas de política para cada una de ellas. Se propone examinar oportunidades y desafíos de su sistema sanitario, que permitan mejorar la organización del sistema, de sus servicios y sus indicadores de salud desde las tres dimensiones geográfico-poblacionales: (i) la dimensión rural; (ii) la del Perú urbano sin Lima y Callao; y (iii) la del Perú hiper urbano (Lima Metropolitana) que, por sus características, ya no encaja en las dos categorías previas. Esta nueva perspectiva nos permitirá mostrar en cada dimensión agendas diferenciadas que, además de incluir posibles acciones para los problemas prioritarios de salud, proponga mejoras en la organización de los servicios e identifique esfuerzos comunes para proteger a sus ciudadanos, en particular a los pobres, de riesgos de salud evitables y del impacto negativo de los gastos catastróficos producidos por enfermedades prevenibles. Finalmente, la nota realiza una revisión de las barreras de acceso al sistema de salud con la finalidad de buscar opciones para mejorar la equidad y el acceso en todas las dimensiones mencionadas.



II. Contexto: ¿mejoró en este período la salud de los peruanos?

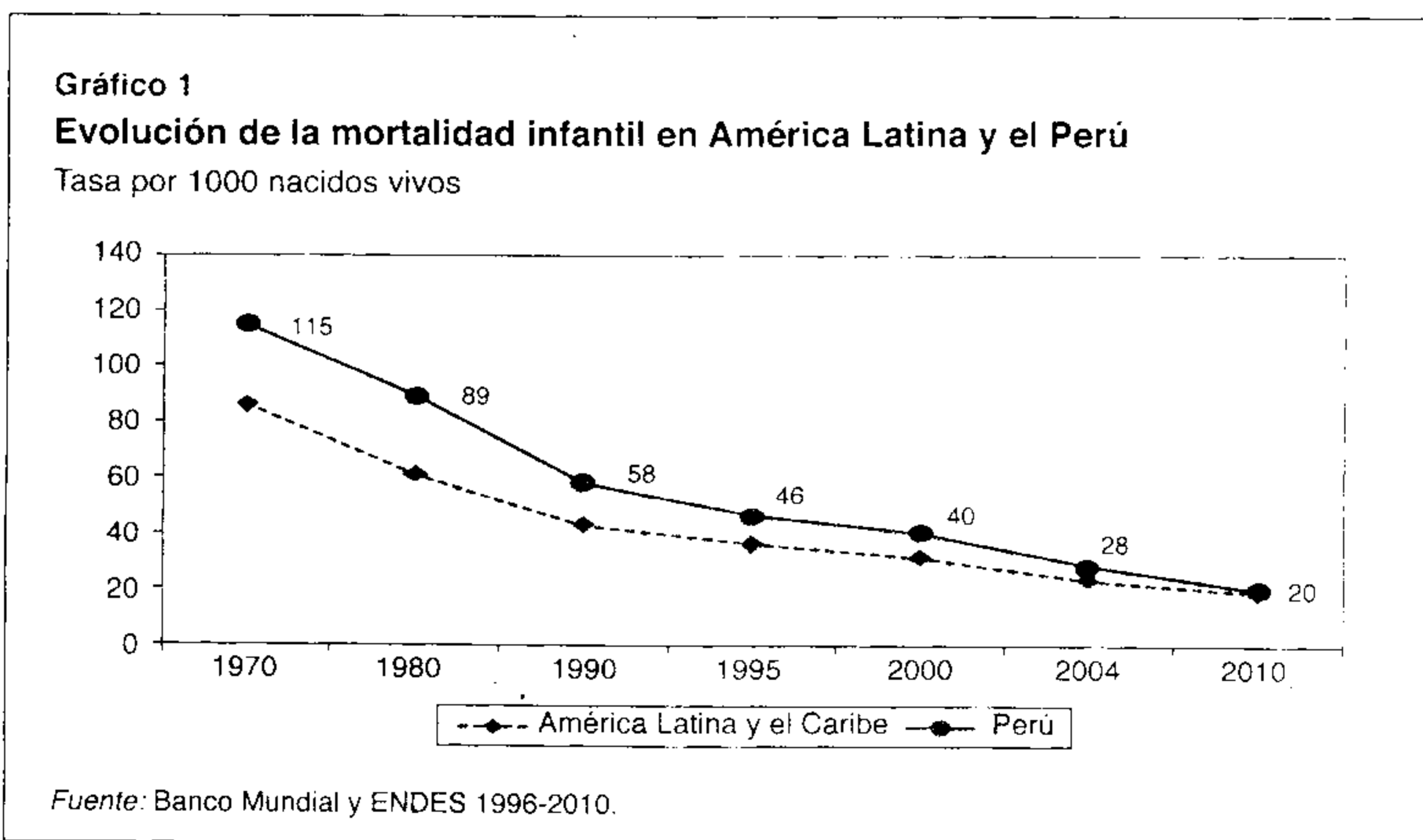
La salud de los peruanos ha mejorado en los últimos años, en particular la atención materno-infantil. En efecto, la esperanza de vida de sus habitantes ha aumentado y la mortalidad infantil ha descendido por debajo del promedio latinoamericano. Asimismo, la reducción de la mortalidad de la niñez (menores de 5 años) se aceleró de manera extraordinaria, y uno de los indicadores “bandera” de la atención materno-infantil, la atención de partos institucionales, continúa progresando.

La esperanza de vida ha aumentado en 23 años, desde 1970 hasta el año 2008. Sin embargo, las diferencias por regiones son importantes. La esperanza de vida proyectada para Lima del 2010 al 2015 es de 77,9 años, mientras que para otras regiones, como Huancavelica, es de solo 69,8 años.

La mortalidad infantil (MI) continúa en acelerada caída por debajo del promedio latinoamericano (véase el gráfico 1), debido a la extensión del saneamiento básico, la educación de las madres, el mayor acceso al agua potable y los éxitos en la atención de la salud infantil, incluyendo el mejor control y manejo de las enfermedades diarreicas agudas y la vacunación masiva de la niñez. Sin embargo, todavía se requieren esfuerzos muy importantes para que el Perú ingrese al grupo selecto de países de América Latina con un dígito de mortalidad infantil, como Cuba, Costa Rica, Chile y Uruguay.

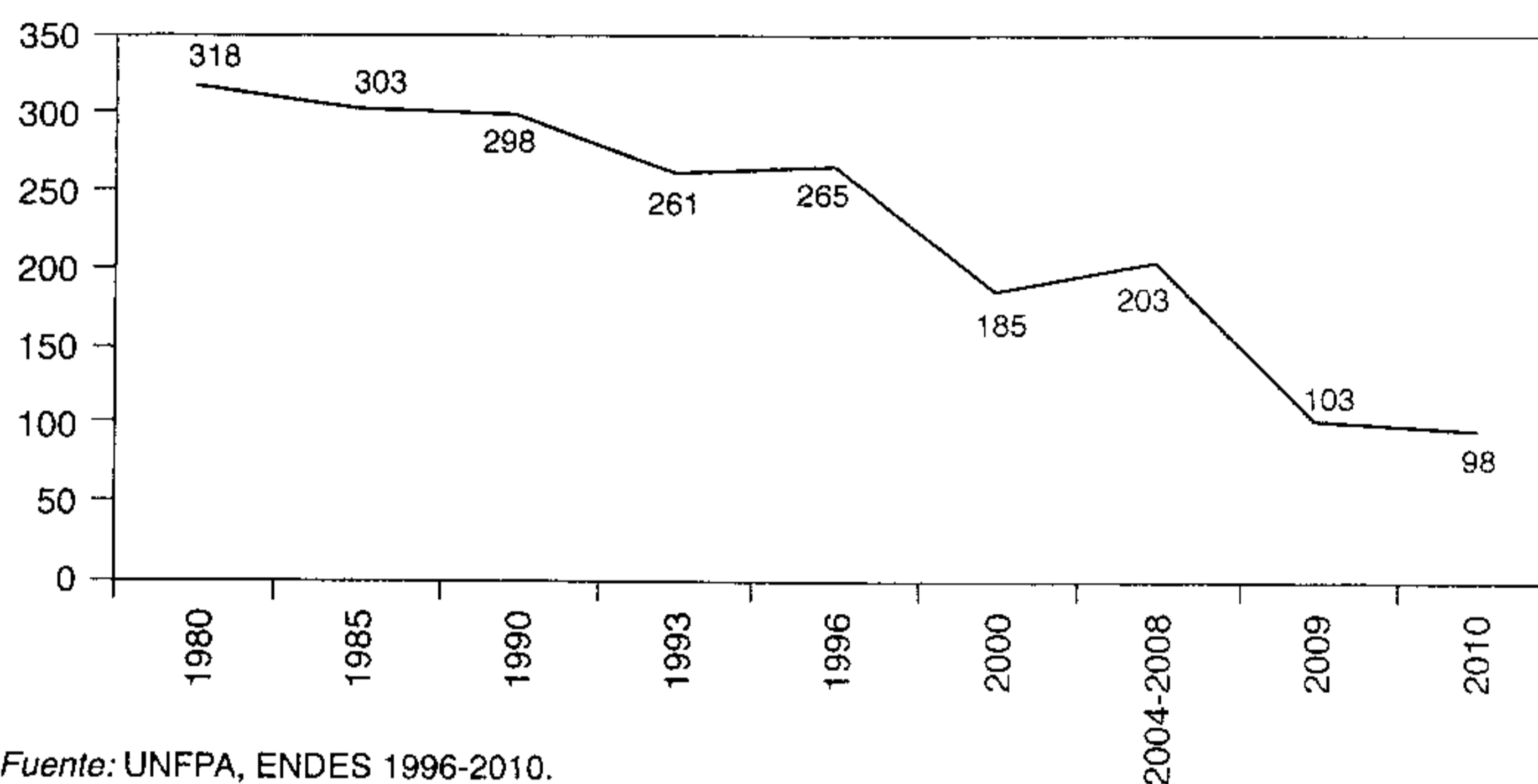
La mortalidad materna ha descendido y los partos institucionales han crecido de manera sostenida. La mortalidad materna ha descendido desde los 318 por cien mil nacidos vivos (N.V.) en 1980, a poco menos de 98 por cien mil N.V. en el año 2010 (véase el gráfico 2). Este descenso ha venido acompañado de un crecimiento del porcentaje de partos atendidos institucionalmente,¹ que subieron del 45% en 1991 al 82% en el 2009.

Por otra parte, la disminución de la mortalidad de la niñez en el Perú se aceleró de manera extraordinaria en los últimos años. Entre los años 2000 y 2008, el Perú



¹ Partos atendidos en algún establecimiento de salud público o privado.

Gráfico 2
Evolución de la mortalidad materna en el Perú
 Por cada cien mil nacidos vivos (1980-2010)



Fuente: UNFPA, ENDES 1996-2010.

tuvo un notable desempeño en este indicador de salud en comparación con 19 países de Latinoamérica, solo superado por El Salvador (véase el cuadro 1). Sin embargo, debido a sus retrasos históricos, el Perú ocupa el lugar 96 en mortalidad de los menores de 5

Cuadro 1
Ritmo de progreso en la tasa de mortalidad en menores de 5 años por períodos,
 en países seleccionados (1960-2008)

Países	Ranking de países por mortalidad de menores de 5 años	Mortalidad en menores de 5 años				Número anual de muertes de menores de 5 años (miles)	Tasa anual de reducción		
		1960	1990	1999	2008		1960-1990	1990-1999	1999-2008
Argentina	116	72	29	22	16	11	3,1	2,7	3,4
Bolivia	58	255	122	83	54	14	2,5	4,3	4,4
Chile	147	138	22	12	9	2	6,4	5,7	3,1
Colombia	105	122	35	31	20	18	4,2	1,3	4,4
Costa Rica	140	112	22	14	11	1	6,5	1,5	2,7
Cuba	158	54	14	8	6	1	4,7	5,4	3,1
Ecuador	95	178	53	35	25	7	3,8	5,4	3,6
El Salvador	109	191	62	42	18	2	3,9	4	7,1
Guatemala	77	202	77	60	35	15	3	3,5	5,2
Haiti	48	253	151	129	72	19	1,7	1,7	5,5
Honduras	83	204	55	42	31	6	4	4,1	3,3
México	112	134	45	33	17	36	3,6	3,7	6
Nicaragua	91	193	68	47	27	4	3,6	3,8	5,3
Panamá	97	88	31	27	23	2	3,2	2,6	1,8
Paraguay	89	90	42	32	28	4	3	1,6	1,5
Perú	96	234	81	52	24	15	3,8	4,1	6,7
República Dominicana	79	149	65	49	33	7	2,8	3,1	4
Uruguay	125	56	24	17	14	1	2,8	3,8	2,2
Venezuela	109	75	32	23	18	11	3,4	1,8	2,7
Latino América y el Caribe			52		23	247		3,2	3,2

Fuentes: UNICEF estadística y vigilancia; INEI (Instituto Nacional de Estadística e Informática) y Encuesta Nacional de Hogares (ENAH), 1997 y 2001.

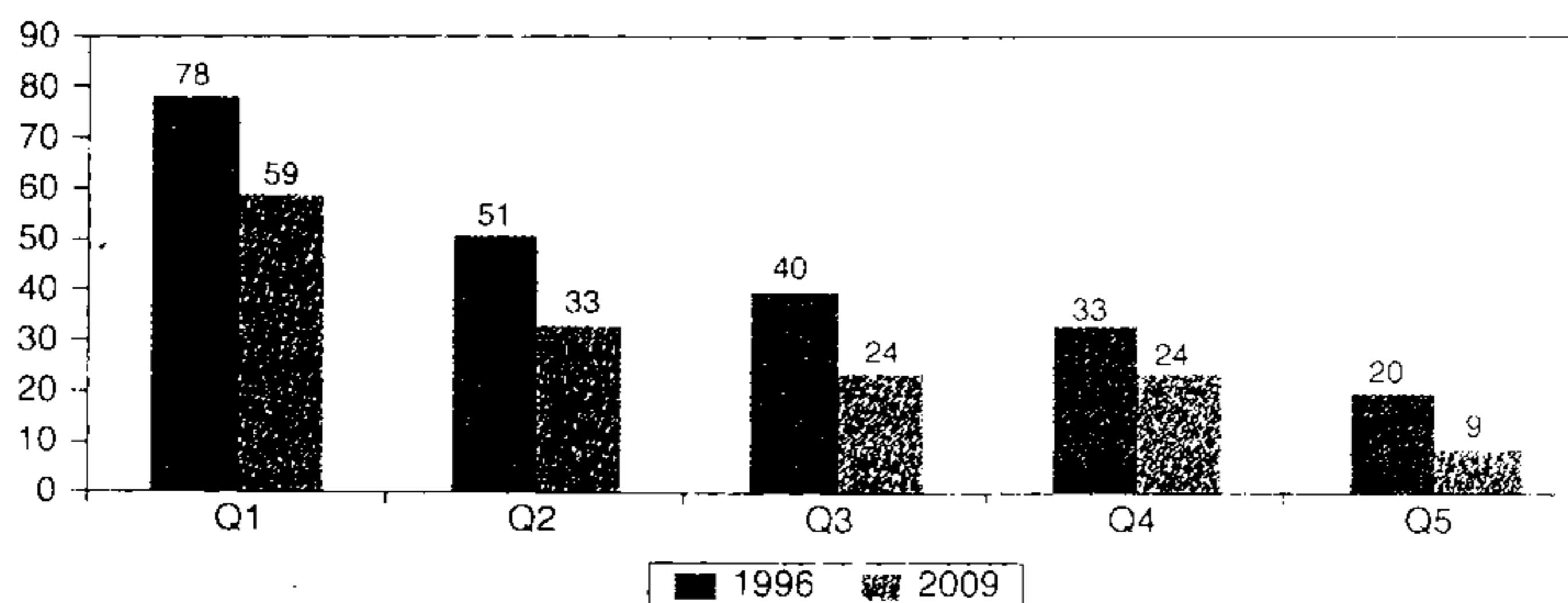
años (MM5) entre 188 países, con una tasa de 24 por mil N.V. para el 2008,² debajo del promedio latinoamericano de 23 por mil N.V. y solo mayor a 8 de los 19 países de América Latina. Cabe destacar la mejora en el desempeño comparativo del Perú en los tres períodos analizados, que, podría decirse, fue pobre entre los años 1960 y 1990, regular en la década entre 1990 y el 2000, y extraordinario en la década del 2000 al 2010.

Sin embargo, a pesar de las mejoras en los indicadores materno-infantiles, todavía existen diferencias entre quintiles de riqueza. El gráfico 3 permite observar cómo, a pesar del importante descenso en la MI en todos los quintiles, debido a su atraso histórico, se mantienen todavía diferencias muy marcadas entre el quintil inferior y el quintil superior de riqueza. Del mismo modo, en el gráfico 4 se observa cómo el 70,2% de los partos del quintil inferior fueron todavía en domicilio, en comparación al 2% de los partos atendidos en domicilio del quintil superior.

Gráfico 3

Cambio en la mortalidad infantil en el Perú por quintil de riqueza (1996-2009)

Tasa por mil nacidos vivos

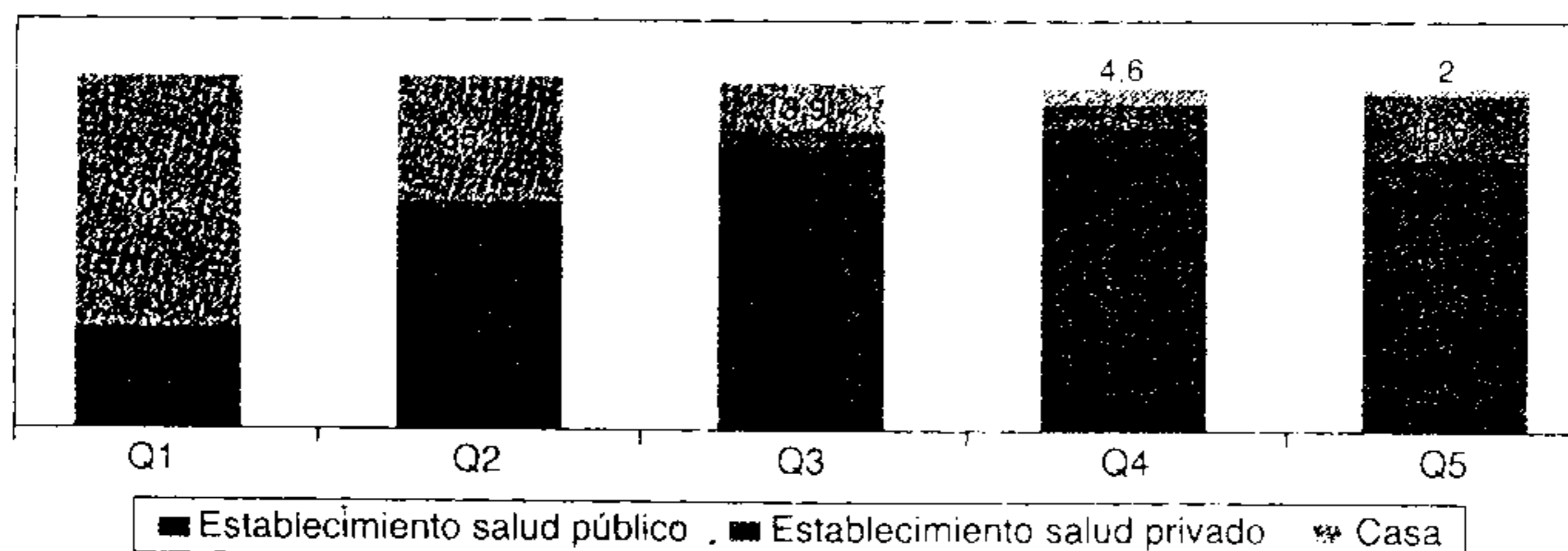


Fuente: ENDES 1996, 2009.

Gráfico 4

Partos en el Perú según establecimiento de salud y quintil de riqueza (2009)

Porcentajes

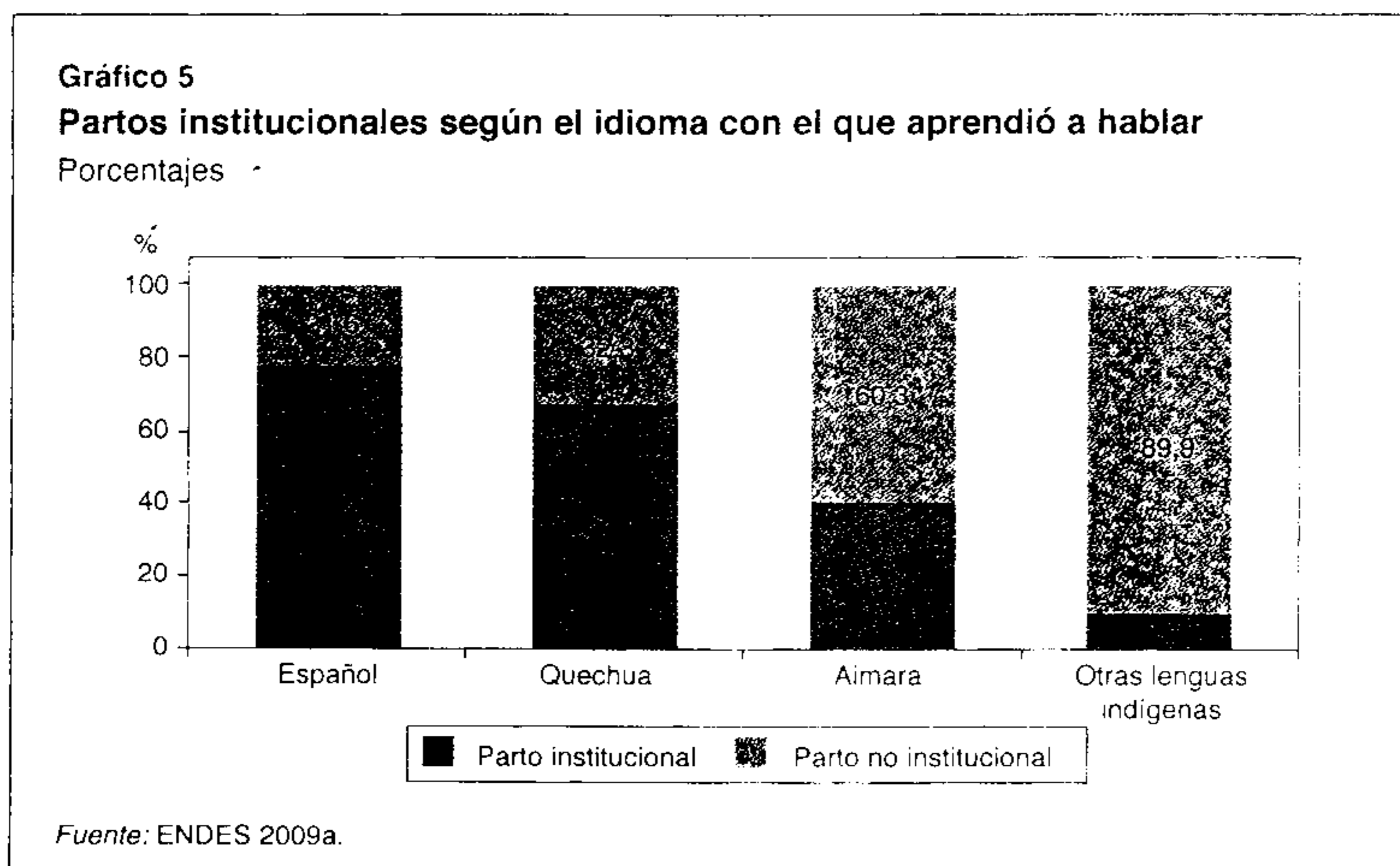


Fuente: ENDES 2009.

² Fondo Internacional de las Naciones Unidas por la Infancia (UNICEF), Estado Mundial de la Infancia 2010.

Las diferencias también persisten entre regiones y áreas geográficas. Las regiones más pobres del Perú tienen en la actualidad la MI de Lima en los años ochenta (1985), lo que muestra una diferencia de 20 a 25 años de atraso entre regiones del mismo país. Respecto a la salud materna, en Lima Metropolitana cerca del 98% de los partos fueron atendidos institucionalmente, en comparación con el 59% en áreas rurales. Por otra parte, con la caída de la MI general, uno de sus componentes, la mortalidad neonatal temprana (que depende fundamentalmente de la oportunidad y calidad de la atención), representa ahora el 69% de la MI total, generando un nuevo desafío aún más difícil de solucionar.

Por otra parte, la barrera cultural es una limitante: el Perú es el tercer país con las más altas concentraciones de población indígena en Latinoamérica, detrás de Bolivia y Guatemala. Las inequidades raciales y étnicas tienen una larga historia en el continente y, en particular, en el Perú. En salud (gráfico 5), el mayor porcentaje de población que no cuenta con ningún seguro de salud es aquella que tiene como lengua materna algún idioma originario como quechua o aimara (61% y 80%, respectivamente). De manera similar, los porcentajes de partos no institucionales más altos se encuentran en estos gru-



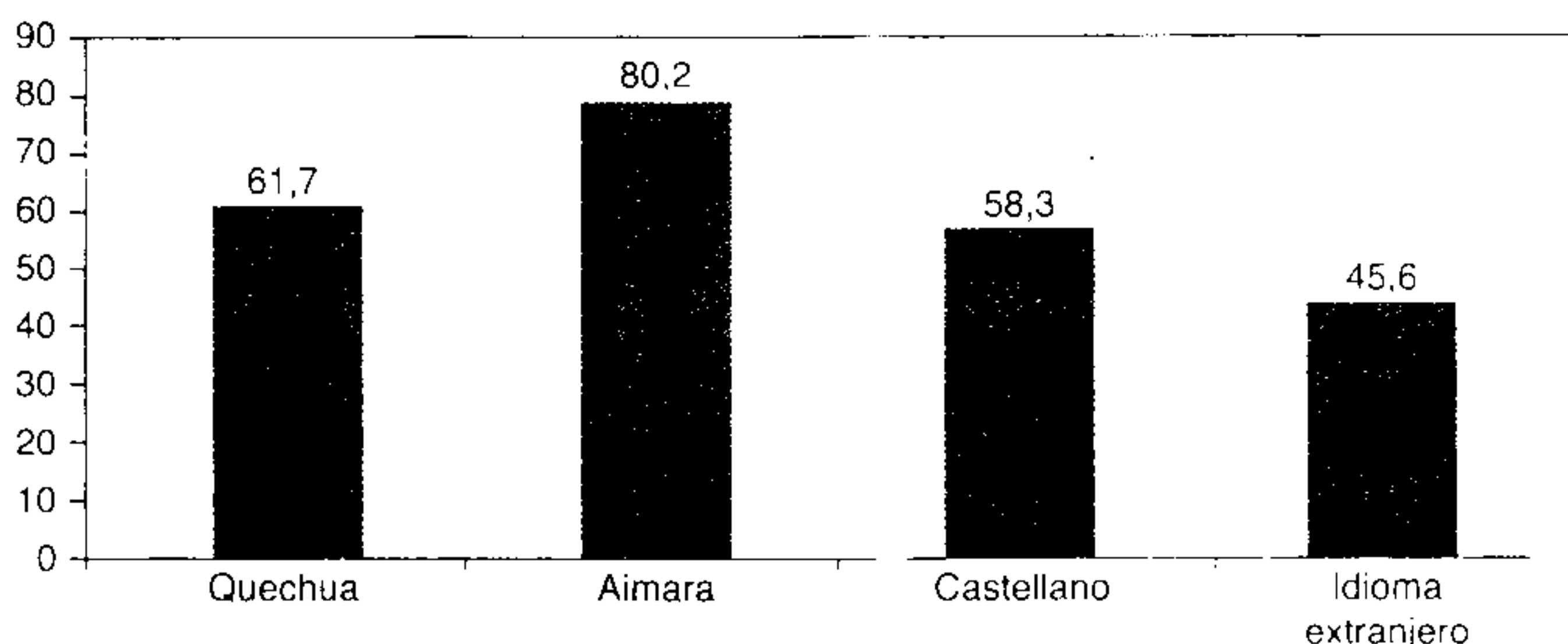
pos sociales (gráfico 6) y es notorio cómo la población de la selva (otras lenguas), se encuentra en franca exclusión en relación con el parto. Será imposible avanzar en mejorar la cobertura del parto institucional en el área rural sin serios esfuerzos de adecuación cultural de los servicios. Experiencias del propio Perú (Cusco y Apurímac), pueden ser útiles para extenderlas al resto del país.

La calidad de atención sigue siendo una barrera para el acceso a los servicios de salud. La calidad de atención, un indicador "trazador" de servicios de salud, permite observar el retraso del área rural: la atención prenatal que varía según el ingreso. Según la ENDES 2009, 9 de cada 10 mujeres (92%) tuvieron al menos algún control prenatal por personal de salud. Sin embargo, su calidad por quintiles de ingreso era muy diferente; solo a la mitad de las mujeres del primer quintil que recibió atención prenatal (50,2%) se

Gráfico 6

Población que no cuenta con ningún seguro de salud, según el idioma con el que aprendió a hablar

Porcentaje



Fuente: ENDES 2009a.

les tomó una muestra de sangre, comparando con el 93,1% de las mujeres embarazadas del quintil superior a quienes se les realizó la prueba.

Para mejorar la calidad de atención en el área rural, se requiere mejorar la asignación de recursos, incluidos los recursos humanos de salud y el aseguramiento en salud. El Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud II (PARSALUD II) con financiamiento nacional e internacional es una de las opciones para mejorar la infraestructura de salud en el área rural, pero esta podría ser insuficiente dado el desafío existente y debería complementarse con: (i) el aumento de recursos humanos y la modernización de su gestión, como se mencionó antes; (ii) la mejor organización de las redes de servicios de atención primaria, con múltiples experiencias; (iii) innovaciones en la extensión de cobertura con casas maternales (Nicaragua), el Programa de salud de la Familia (Brasil) que incluye agentes sanitarios remunerados, o sistemas de aseguramiento en salud con adecuación cultural para población indígena como el Seguro Básico Indígena de Bolivia, o modernos sistemas de comunicación en salud para población dispersa como en el Acre y Amazonas, Brasil.

Además de las inequidades persistentes en salud, existen otras enfermedades que siguen representando un problema para el país. Estas responden a problemas estructurales del sistema peruano y a una reciente emergencia en América Latina de enfermedades epidémicas infecto-contagiosas a consecuencia del cambio climático, la migración, la deforestación y la insuficiente vigilancia y control epidemiológicos. Entre estas enfermedades, tenemos las que se presentan a continuación.

Las enfermedades de la salud pública (SLP). A diferencia de los indicadores de salud materno-infantil, no han mejorado, con excepción del indicador de TB, el cual, a pesar de su mejora relativa, todavía requiere un extraordinario esfuerzo para que el Perú salga de la lista de los países con más alta incidencia de la OMS. El Perú es el tercer país, después de Haití y Bolivia, con mayor incidencia de TB de la región.³ En el 2007, 29 393 nuevos casos fueron registrados en el Perú: el 60% de ellos se localizaron en Lima y fue repor-

³ PAHO, Plan Regional de Tuberculosis 2006-2015.

tado un total de 916 muertes por TB.⁴ Además, desde el 2004, la prevalencia de co-morbilidad de TB-HIV ha crecido.

La principal falla de la política e implementación del programa de TB es que este sigue siendo “vertical” y su descentralización requiere de un proceso de asimilación por las regiones, que avanza lento y no ha concluido. La prevención de la TB requiere de vacunación con la vacuna de Bacillus Calmette-Guérin (BCG) en porcentajes muy altos, su control epidemiológico con un agresivo sistema de reporte y tamizaje diagnóstico y su tratamiento exitoso con una aplicación rigurosa de protocolos de tratamiento supervisados (DOT). Esto implica la participación de múltiples actores que, después de la descentralización, ya no obedecen a un mando único. Recientemente, el Fondo Global ha establecido un apoyo al programa de malaria, HIV/SIDA y TB. Sin embargo, el mayor desafío se concentra en su gestión descentralizada y, al mismo tiempo, en su modernización, incorporando incentivos para producir resultados medibles y trazables.

Lo mismo puede decirse de la malaria y otras enfermedades de salud pública. Por ejemplo, el programa de enfermedades metaxénicas del MINSA ha pasado de ser un programa vertical a una estrategia dentro de un proceso de descentralización. Ahora, el rol del MINSA es conductor, regulador de la estrategia y de la vigilancia del cumplimiento de normas. Sin embargo, la actual distribución de funciones parceladas entre los diferentes niveles de gobierno sobre la vigilancia, el diagnóstico, el control vectorial, la prevención y promoción, y la regulación y supervisión evitan que se pueda ejercitar una propuesta articulada de gestión de enfermedades de salud pública.

Recientemente, el dengue se ha constituido en un grave desafío para el Perú y Latinoamérica. Produce daños importantes que movilizan por completo al sistema en fase epidémica, evita que este actúe adecuadamente en otras áreas de la vigilancia y distrae la epidemiología de largo plazo.

La desnutrición crónica es alarmantemente alta en el área rural, pero no lo es en el área hiper urbana. El Perú tiene mayor desnutrición crónica que países andinos con similar o menor ingreso económico como Ecuador y Bolivia y, al interior del país, la diferencia por quintiles de ingreso es muy importante, casi 8 o 9 veces mayor la desnutrición crónica en el quintil 1 en comparación con el quintil 5 de riqueza. Esto pone en evidencia una vez más la alta relación de los quintiles de mayor pobreza con el área rural.⁵

Las enfermedades crónicas son una epidemia silenciosa y un desafío creciente y costoso. Estas enfermedades son la mayor carga de muerte y enfermedad del Perú, según el estudio de la Carga de Muerte y Enfermedad (CME) del Perú, concluido hace algunos años por Velásquez y colaboradores, utilizando un programa financiado por la Agencia Internacional para el Desarrollo de los Estados Unidos (USAID). (PRAES).⁶

La CME ayudó a conocer el peso de las diferentes enfermedades en el Perú. Se estimaron los años de vida saludable (AVISA) de 135 subcategorías de causas de enfermedad y lesiones, ya sea por años de vida perdidos por muerte prematura (AVP) o años de vida perdidos por discapacidad (AVD), que agrupan toda la patología que se produce en el país. En el 2004, las enfermedades no trasmisibles representaron la mayor CME en el Perú

⁴ Véase MINSA (2006). *Construyendo alianzas estratégicas para detener la tuberculosis: la experiencia peruana*. Dirección General de Salud de las Personas.

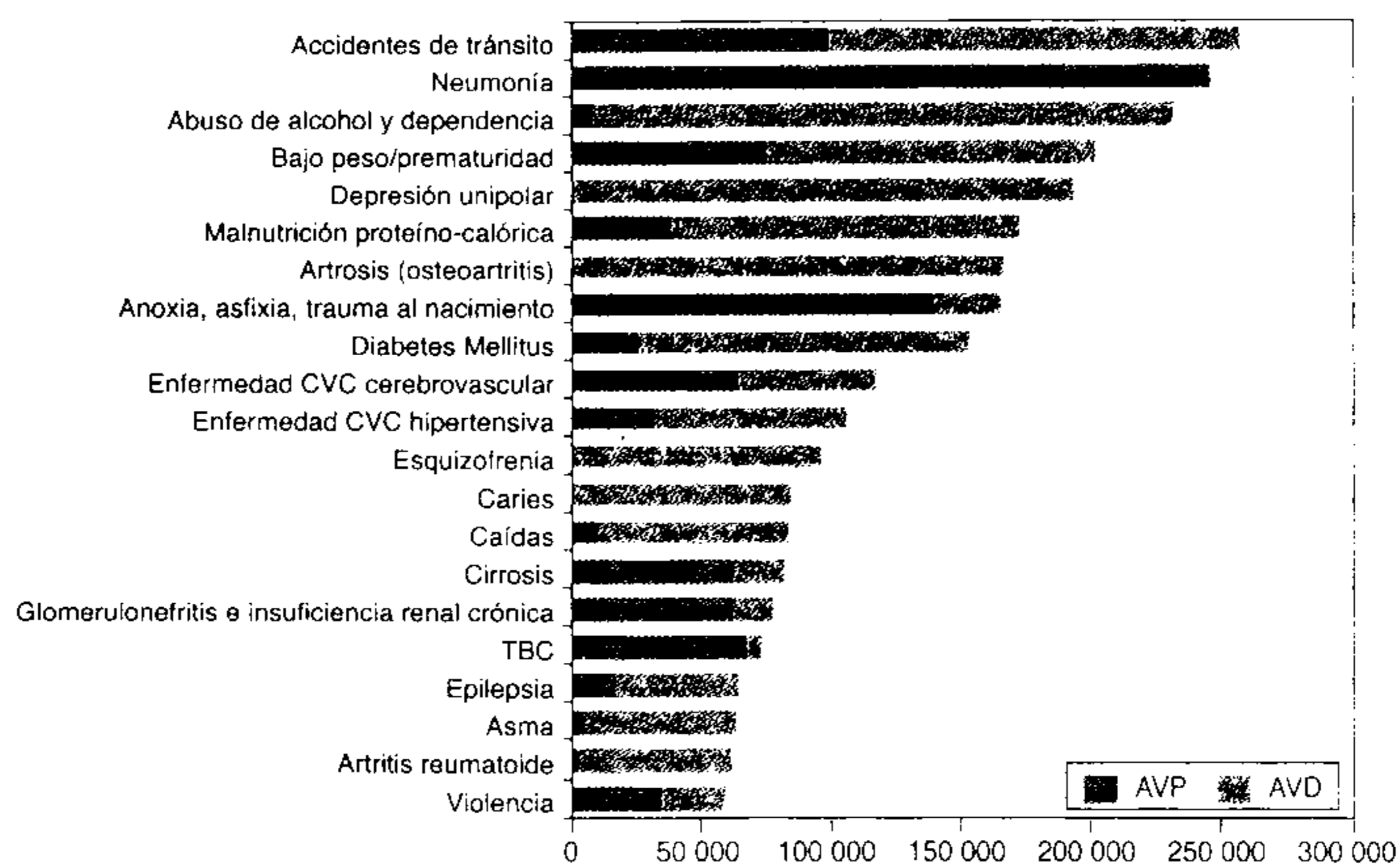
⁵ Banco Mundial, *Resúmenes de nutrición*, 2010.

⁶ Programa de Apoyo a la Reforma de Salud (PRAES).



Gráfico 7

La carga de muerte y enfermedad (AVISA) en el Perú



Fuente: Velásquez, 2008.

(causando la pérdida de 107 AVD por 1000 personas), seguidas por las enfermedades transmisibles (49 AVD) y lesiones.⁷ El gráfico 7 detalla los hallazgos principales del estudio.

Por otra parte, la tendencia al crecimiento epidémico de las enfermedades no transmisibles (crónicas) es inminente. En base a estos datos y a las proyecciones demográficas del Perú, se analizaron las tendencias futuras de la CME,⁸ mostrando que existe una muy alta probabilidad de un cambio radical en el patrón de la demanda de servicios de salud en el país. Esta tendencia tendrá un costo adicional para el sistema, que podría llegar a producir gastos catastróficos.

En el Perú, así como en otros países, la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles tiende a ser mucho más alta entre los adultos mayores. Entre los años 2004 y 2025, debido al envejecimiento de la población, se prevé que la contribución de las personas de edad avanzada (mayores de 60 años) a la CME en el Perú aumente en un 112%, que la CME de las personas entre 45 a 59 años lo haga en un 83%, mientras que la CME de las personas entre 15 a 44 años se habrá duplicado de 144 000 a 284 000. Mientras tanto, se proyecta que la contribución de los niños menores de 4 años a la CME descenderá de 1,3 millones de AVD en 2004 a 1,2 millones en 2025.

Para el año 2015, las enfermedades de la vejez superarán a las enfermedades de niños menores de cinco años⁹ y estas serán fundamentalmente enfermedades crónicas que, a su vez; estarán influenciadas por los factores de riesgo que las provocan. En efecto,

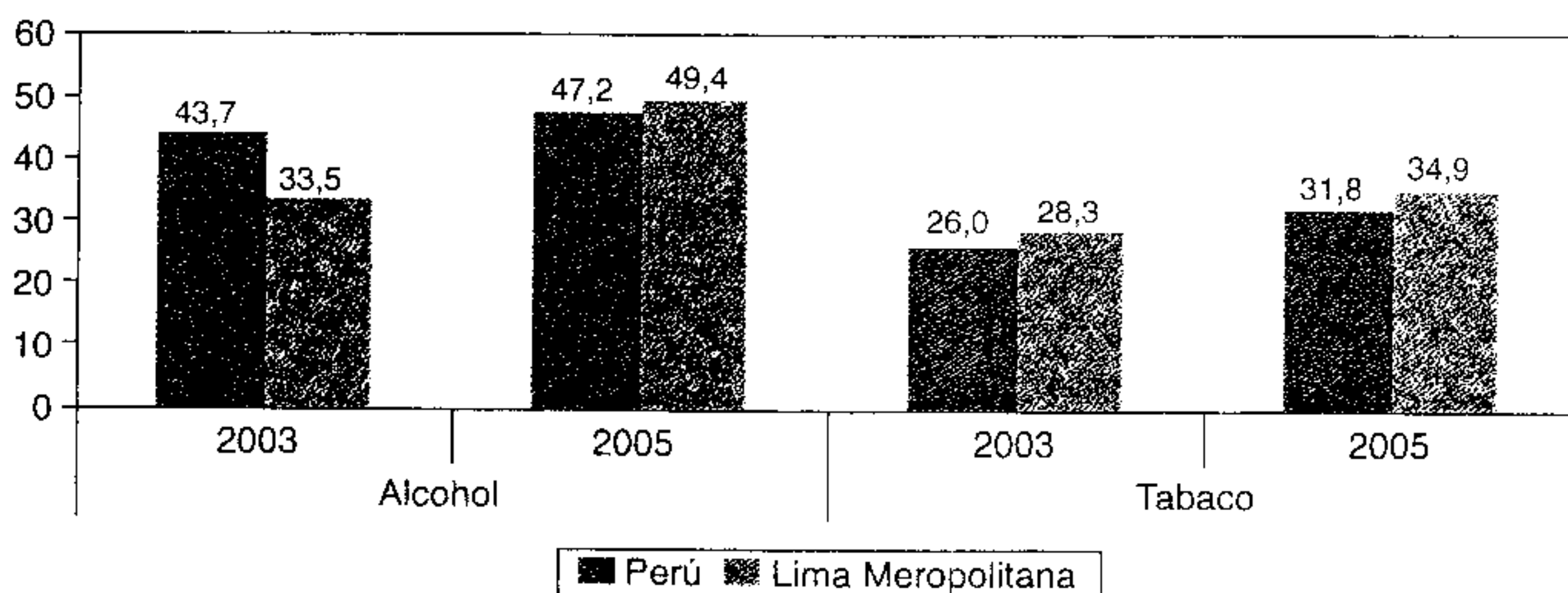
⁷ Programa de Apoyo a la Reforma de Salud (PRAES).

⁸ Véase Banco Mundial (2010). *Op. cit.*

⁹ Charpentier (2010). *Improving Health Outcomes in Peru, by strengthening users entitlements and reinforcing public sector management.* Banco Mundial.

Gráfico 8
Prevalencia de consumo de alcohol y tabaco en el Perú

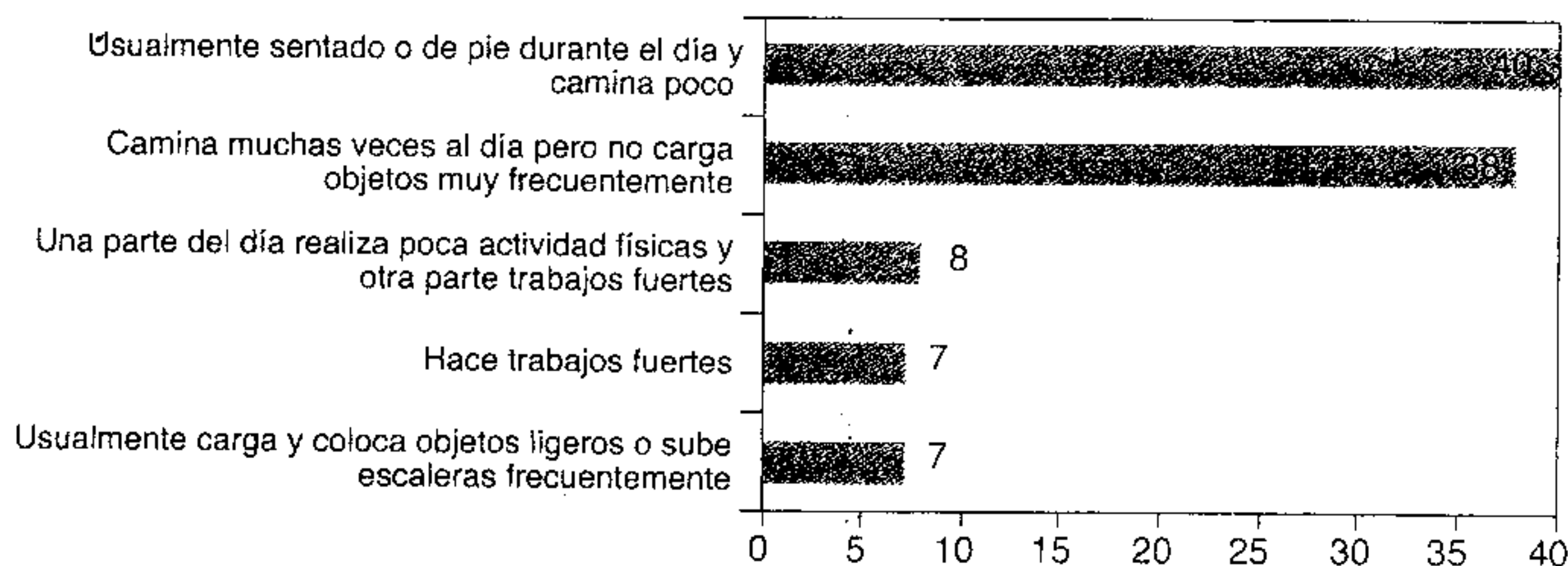
Porcentajes



Fuente: Castro de la Matta, R y Zavaleta, A. (2003); CEDRO (2005).

Gráfico 9
Forma en que la población desarrolla su trabajo u ocupación (2006)

Porcentajes



Fuente: DEVIDA, III Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Población General del Perú.

el crecimiento de los factores de riesgo es el principal contribuyente para el incremento de los problemas crónicos y degenerativos de la CME. En base a las categorías de la CME, se podría concluir que los principales factores de riesgo en el Perú son la obesidad, el sedentarismo, el tabaquismo, el alcoholismo, la malnutrición, la violencia y los accidentes de tránsito. Lima Metropolitana, por otra parte, será la región más perjudicada.

Sin embargo, no existe ninguna evaluación integral y detallada de factores de riesgo en el Perú. El país no ha realizado encuestas de factores de riesgo recomendadas por la OMS y solo es posible obtener información parcial sobre sedentarismo, obesidad y alcoholismo.

La obesidad, después de la desnutrición crónica, es el segundo mayor desafío del Perú en materia de nutrición. La ENDES 2009 muestra que las mujeres en todos los quintiles de ingreso tienen sobrepeso u obesidad, superando el 50% en todos los quintiles de ingreso, con la única excepción del quintil 1, donde llegan al 40%.

Otros factores de riesgo clave son el consumo de alcohol y tabaco y el sedentarismo. En el Perú, y en especial en el área hiper urbana, el consumo de alcohol ha



aumentado. En solo 2 años (gráfico 8), subió del 33% en el 2003, al 50% en el 2005.¹⁰ Por otra parte, el 40% de la población realiza sus actividades diarias sentado o de pie, pero con poca actividad física (gráfico 9).

Desde el año 2000, el Perú ha asumido los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) que, entre sus principales metas en salud, incluyen la reducción del hambre, la mortalidad materna y la mortalidad infantil. Hasta ahora, tres ODM se han cumplido a nivel nacional, pero la MI y materna, la desnutrición crónica y la incidencia de TB siguen siendo grandes desafíos por las brechas históricas entre regiones y niveles de riqueza. Otras metas de los ODM de enfermedades transmisibles como la malaria, VIH/SIDA y dengue también siguen representando una preocupación para el país, mayor aún que los ODM materno-infantiles, porque la incidencia de todas ellas ha aumentado desde la década de 1990 en lugar de disminuir.

III. Desafíos

¿Cuáles fueron los principales esfuerzos que realizó el Perú en sus políticas de salud para alcanzar estos resultados? ¿Son suficientes?

Además del evidente crecimiento económico del país, diferentes estudios¹¹ señalan que dos políticas clave han contribuido a lograr avances en la atención materno infantil. La primera fue la ampliación del aseguramiento en salud a través del SIS, el cual se expandió en la década pasada, permitiendo el acceso de la población pobre, sin costo, a un conjunto básico de servicios de salud. La segunda fue el esfuerzo por superar las barreras de calidad y eficiencia del sistema mediante la descentralización de los servicios de salud a través de los comités locales de administración de salud (CLAS) que, a pesar de algunas limitaciones, permitieron gestionar los servicios de salud con participación de la población y alta flexibilidad en su gestión. Pero en apariencia, el agotamiento de ambas políticas nos permite inferir que, para continuar produciendo impacto, estas requieren su ampliación, modernización, innovación, expansión y fortalecimiento.

El SIS en el año 2010

En el año 2006, el SIS ampliaba su mandato para incluir a todas las personas en pobreza y otros ciudadanos sin seguro de salud, incluyendo padres y niños, sin límite de edad. La cobertura del SIS llegaba a superar los 10 millones de personas, mejorando significativamente entre el 2003 y el 2008, subiendo en el quintil I del 29 al 37% y en el quintil II del 36 al 55%. Sin embargo, su ampliación a diversos grupos de población, un tanto desordenada, ha amenazado la efectividad de la focalización del programa. El gobierno (MEF) está ahora promoviendo el uso del Sistema de Focalización de Hogares (SISFOH), instrumento para fortalecer la focalización del SIS, pero su implementación tiene tropiezos¹². Por otra parte, llama la atención la existencia de un pequeño número de asegurados del SIS que proviene del quintil más rico.

¹⁰ Cifras para Lima Metropolitana de población de mayores de 18 años.

¹¹ Entre ellos: Banco Mundial (2006); UNICEF, International IDEA y Transparencia (2006); Valdivia y Díaz (2007); y Francke (2007).

¹² Véase Banco Mundial (2010). *Op. cit.*

El SIS, además de ampliar la población asegurada, ha reformulado su plan de prestaciones extendiendo su Listado Priorizado de Intervenciones en Salud (LPIS).¹³ Con la finalidad de limitar la cobertura del beneficio plenamente subsidiado, el SIS creó una categoría semisubsidiada en el 2007, abierta a cualquier persona sin seguro de salud que tuviera un ingreso menor de S/.700 (con un mayor margen de salida, establecido en S/.1000)¹⁴. Este cubre actualmente a cerca de 62 000 personas. Su lento crecimiento en casi dos años parece irrelevante en la proporción del total de asegurados (0,62%) y es posible que, para seguir adelante, deba evaluarse tanto la opción de hacerlo más atractivo como el costo transaccional de tener esta categoría abierta.

Un problema apremiante para el SIS son sus mecanismos de pago. El modelo de reembolso de servicios individuales genera un enorme volumen de transacciones, que supera la capacidad de sus anticuados sistemas informáticos. Para mejorarlo, en el año 2008, el SIS experimentó un método de financiamiento per cápita a través de un piloto en las redes de Lima Este y tres departamentos de la sierra.¹⁵ Lamentablemente, este no fue implementado y, por tanto, el SIS no ha innovado en mecanismos de pago a prestadores de salud.¹⁶

Por otra parte, el SIS podría no comprenderse como un verdadero seguro de salud, debido a que su financiamiento no recibe asignación capitada del MEF sino histórica y, en consecuencia, no genera ahorros anuales para contingencias previsionales como cualquier seguro. A su vez, las negociaciones anuales retrasan los pagos del SIS a proveedores de manera crónica y el financiamiento parcial del costo de las prestaciones no permite ejercer plenamente la función de “compra” de servicios, dejando a los proveedores en gran libertad sobre los recursos y la producción, con incentivos muy pequeños para producir resultados. Por otra parte, en un buen número de casos, el financiamiento del SIS no llega a los proveedores y es administrado por unidades intermedias del sistema que podrían o no reembolsar a los prestadores, generando incentivos perversos al dejar de pagar más a quien más produce. En relación con sus desafíos, el SIS ha comenzado a recibir numerosas quejas del público, de gestores y prestadores de servicios, pero no todas ellas se originan o corresponden a desafíos generados por el SIS, como la intermediación en el pago de prestaciones, que era una responsabilidad del MINSa y ahora lo es de todas las regiones.

Aseguramiento (Ley AUS)

Con el propósito de ampliar la protección en salud y la protección financiera de la población, el gobierno del Perú ha decidido desarrollar la estrategia de aseguramiento universal de salud, mediante la ampliación del SIS y la implementación de la Ley AUS. Según datos de la ENAHO, en el 2009, la cobertura de seguros de salud en el Perú alcanzó el 61%. El 37% correspondía al SIS, el 20% al EsSalud (sector formal) y el resto a otros prestadores. Solo la población asegurada en el Seguro Social del Perú (EsSalud) recibe cobertura integral (la totalidad de prestaciones).

El objetivo del AUS es estandarizar los planes de aseguramiento entre proveedores y asegurar una mayor igualdad financiera en el acceso a la salud. En el 2009, se aprobó

¹³ Véanse Decreto Supremo 004-2007-SA, marzo 17, 2007, y Resolución Ministerial 316-2007/MINSa que aprueba los estándares técnicos para la implementación de LPIS, en el marco del aseguramiento universal de salud.

¹⁴ El salario mínimo en Perú es S/.550.

¹⁵ Financiado por el Fondo Belga de Cooperación en Ayacucho, Apurímac y Cajamarca.

¹⁶ Banco Mundial (2010). *Op. cit.*



la nueva ley del AUS, que podría tener impacto positivo. El AUS sostiene que toda la población debe gozar del derecho a un mínimo conjunto garantizado de prestaciones de salud, otorgado con calidad y oportunidad.¹⁷

Las características clave del AUS son: (i) se aplica a todos los aseguradores de salud en el sector público y privado,¹⁸ e incluye explícitamente al SIS; (ii) establece un conjunto garantizado de servicios de salud común para la población (Plan Esencial de Aseguramiento en Salud - PEAS), que debe ser cubierto por todos los agentes de financiamiento y aseguramiento en salud.¹⁹ En el caso del SIS, el PEAS sustituirá al LPIS; (iii) se dispone de un organismo regulador, la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud, que será fortalecida para garantizar que todos los aseguradores ofrezcan el PEAS; (iv) El SIS mantiene su régimen subsidiado y semicontributivo; (v) el Estado debe aumentar progresivamente el financiamiento del régimen subsidiado y semicontributivo; y (vi) crea un fondo especial para cubrir las enfermedades costosas para el régimen subsidiado y semicontributivo.

La reforma de aseguramiento propuesta por el AUS tendrá importantes consecuencias presupuestarias. En efecto, las inquietudes del MEF acerca de las implicaciones presupuestarias retrasaron el despliegue del PEAS. Sin embargo, se hicieron adelantos importantes en el 2010, a consecuencia de una clara decisión política sobre el AUS, incluyendo la ejecución de un par de pilotos del PEAS en la zona de Lima Metropolitana. Mediante un Decreto Supremo promulgado el 11 de julio del 2010, el presupuesto del SIS de ese año se incrementó en S/.44 millones para cubrir el costo de este ejercicio, aunque existen retrasos en los desembolsos.

Durante los años 2009 y 2010, la estrategia del gobierno se ha centrado en implementar la ley del AUS y este proceso ha generado desafíos. Uno de estos desafíos es la poca coincidencia del PEAS del AUS con el LPIS del SIS. En este caso, para asumir el PEAS, el SIS debería reducir sus prestaciones a los asegurados, quitándoles derechos adquiridos, o el AUS debería hacer crecer su paquete de beneficios, para equipararse al del SIS.

A su vez, diferentes actores han señalado que el AUS enfrenta numerosos desafíos: (i) la ausencia de financiamiento que permita la implantación del AUS de manera gradual y sostenible; (ii) la necesidad de compatibilizar el PEAS y el LPIS del SIS; (iii) modernizar el SIS para que pueda afrontar la implementación del AUS; (iv) adecuar y mejorar la oferta de servicios de salud existente, para prestar adecuados servicios al AUS; (v) aumentar el consenso sobre el AUS y establecer un mapa de navegación que permita definir con cierta certidumbre los pasos que deberían seguirse para su implementación en un plazo razonable; (vi) aumentar la credibilidad del sistema en el seguro semi-subsidiado, enfrentando sus dificultades operacionales o eliminarlo; (vii) establecer mecanismos de pago confiables que permitan que el seguro se perciba como un incentivo a nivel de los establecimientos; y (viii) el AUS tropieza con las incertidumbres y desafíos que plantea el proceso de descentralización del sistema de salud.

Además, cinco desafíos estratégicos parecen ser muy relevantes:

La segmentación del aseguramiento. La segmentación socioeconómica del aseguramiento concentra al SIS en los quintiles de bajos ingresos (I, y II), a EsSalud en los

¹⁷ Banco Mundial (2010). *Op. cit.*

¹⁸ SIS, EsSalud, las Fuerzas Armadas, la Fuerza de Policía Nacional, empresas prestadoras de servicios de saneamiento (EPS), seguros privados, el seguro individual, el fondo de salud y otras modalidades de aseguramiento.

¹⁹ <ftp://ftp2.minsa.gob.pe/aus/archivos/PEAS.pdf>

quintiles medios y superiores (III, IV y V) y al seguro privado en el quintil más alto (V). Esta segmentación, de continuarse con el AUS, podría consagrar al SIS en los quintiles de pobres, con un efecto importante a largo plazo para la calidad. En el pasado, ante la ausencia de un sistema de protección de la salud para los pobres, un SIS concentrado en pobres y “comprando” servicios en forma parcial, podría evaluarse como positivo, pero no a largo plazo, en la perspectiva de un sistema universal de salud. La experiencia de sistemas universales que evitan el descreme o comparten beneficios de calidad entre pobres y clase media es necesaria (Brasil, Costa Rica, Uruguay), por la mayor capacidad de influencia de esta sobre los proveedores con baja “responsabilidad” (*accountability*).

Por tanto, reducir la segmentación es clave y puede hacerse de manera gradual, como por ejemplo, generando sistemas de compra cruzados (el SIS comprando servicios de alta complejidad al EsSalud o este comprando atención primaria al SIS, regulados por la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud - SUNASA). Otra opción es avanzar de manera gradual hacia un sistema mayor de “compra de servicios” por el SIS, que incluya otras áreas, además de las actualmente contenidas en su LPIS. Por otra parte, el desafío del Perú es enorme: parece ser complejo asegurar eficiencia en un contexto de alta demanda de enfermedades crónicas, en un sistema fragmentado en oferta y desarticulado en aseguramiento. Algunas Autonomías de España (País Vasco, Cataluña) o ciertos Estados en Brasil (Bahía, Minas Gerais, Curitiba) tienen experiencias recientes de articulación de servicios en contextos de aseguramiento universal, con perfiles de demanda de enfermedades crónicas.

Las enfermedades catastróficas. En su implementación gradual, el AUS debería considerar daños de mayor complejidad (enfermedades catastróficas) como una prioridad en el PEAS. Actualmente, estas son responsabilidad de un fondo casi inexistente, el Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL). Las enfermedades catastróficas son las que verdaderamente empobrecen, y su cobertura puede ayudar a reducir costos, mejorar eficiencia y aumentar equidad de una manera importante. (La experiencia de países como Argentina, que tiene en la actualidad un seguro público de enfermedades catastróficas denominado PROFE, con un paquete de prestaciones de alto costo y baja incidencia - PACBI, puede ser útil). Es importante recordar que un estudio del Banco Mundial realizado en Lima (Narváez, Gordillo 2010) muestra que una sola enfermedad, la diabetes, produce un elevado gasto de salud, superior al 10%, en la atención médica en esta capital. Al respecto, podría ser muy eficiente contar con un componente del AUS como un “seguro catastrófico” que, asegurando tres o cuatro enfermedades trazadoras en impacto epidemiológico, como la diabetes, la hipertensión y ciertos tipos de cáncer, inicien un aseguramiento universal gradual y mejoren la articulación de la oferta y aseguramiento entre diferentes prestadores.

La insuficiente oferta de servicios de calidad para el AUS obliga a pensar que no necesariamente un mayor aseguramiento supone un mayor acceso a los servicios de salud. La oferta y calidad de estos servicios debe mejorarse simultáneamente con la expansión del aseguramiento, así como la articulación de los sistemas de servicios, para aprovechar mejor la infraestructura y los recursos humanos y económicos disponibles. Preocupan, por ejemplo, el reciente crecimiento de la oferta de EsSalud en el primer nivel de atención, que duplicará la oferta existente del MINSA en pequeñas poblaciones, cuando por eficiencia esta podría articularse, así como la necesidad de un cambio urgente en el modelo de atención de Lima Metropolitana para atender enfermedades crónicas de una manera articulada.

La necesidad de un fondo previsional. El AUS debería contar con un fondo previsional que evite que situaciones coyunturales y contingencias fiscales determinen su funcionamiento. Los desafíos planteados por restricciones financieras del MEF al SIS y sus negocia-

ciones anuales por presupuestos, basados en informes de demanda elaborados de acuerdo a procesos y no a resultados, podrían evitarse generando un sistema previsional originado en un sistema capitado basado en resultados, que permita garantizar la sostenibilidad financiera.

Descentralización:

El modelo de los CLAS y la regionalización

Recientemente, dos iniciativas separadas han buscado transferir poder y control a niveles de gestión menores del sistema sanitario: el CLAS y el proceso de regionalización.

Los CLAS

En la década de 1990, se creó el modelo que buscaba la participación activa de los usuarios en la gestión de los servicios de salud de atención primaria, dando poder a las comunidades locales para gestionar los recursos y contratar y supervisar personal del establecimiento. El CLAS jugó un rol clave en el desempeño de los servicios hasta el 2004, fecha en la que fue afectado por la “institucionalización” de los contratos de su personal médico. Actualmente, el CLAS comprende 2155 centros de salud, que corresponden al 35% de los servicios de salud del Perú, administrados por 746 asociaciones del CLAS.²⁰

El eclipse del CLAS se hizo muy notorio con el proceso de descentralización denominado regionalización, que transfirió en el 2004 el control de las direcciones regionales de salud (DIRESA) y su personal (sin Lima y Callao) a los gobiernos regionales. Desde entonces, ha existido una tensión entre los actores del sistema que intentan definir mejor sus roles en el nuevo marco creado. Sin embargo, el CLAS, todavía constituye un elemento clave para el funcionamiento eficiente de los servicios y amerita discutir su rol en el futuro próximo.

La regionalización

Como parte del proceso de descentralización del país,²¹ en el 2004 se comenzó con un proceso de transferencia de una porción importante de recursos financieros en salud a las regiones, incluyendo personal. La transferencia se completó en diciembre del 2008. La mayor parte del sistema nacional de salud fue transferida (sin Lima y Callao) del MINSA a las DIRESA.

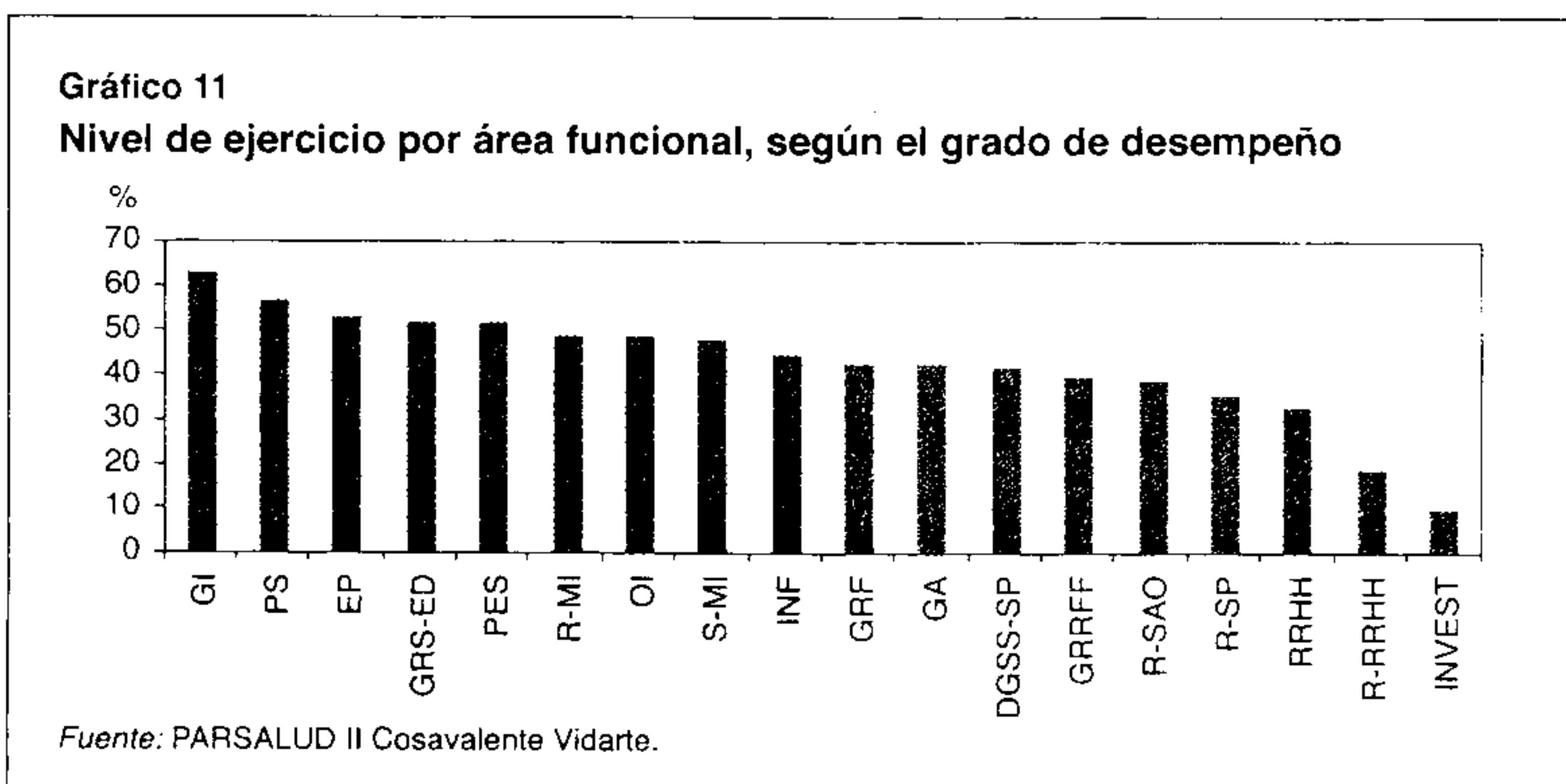
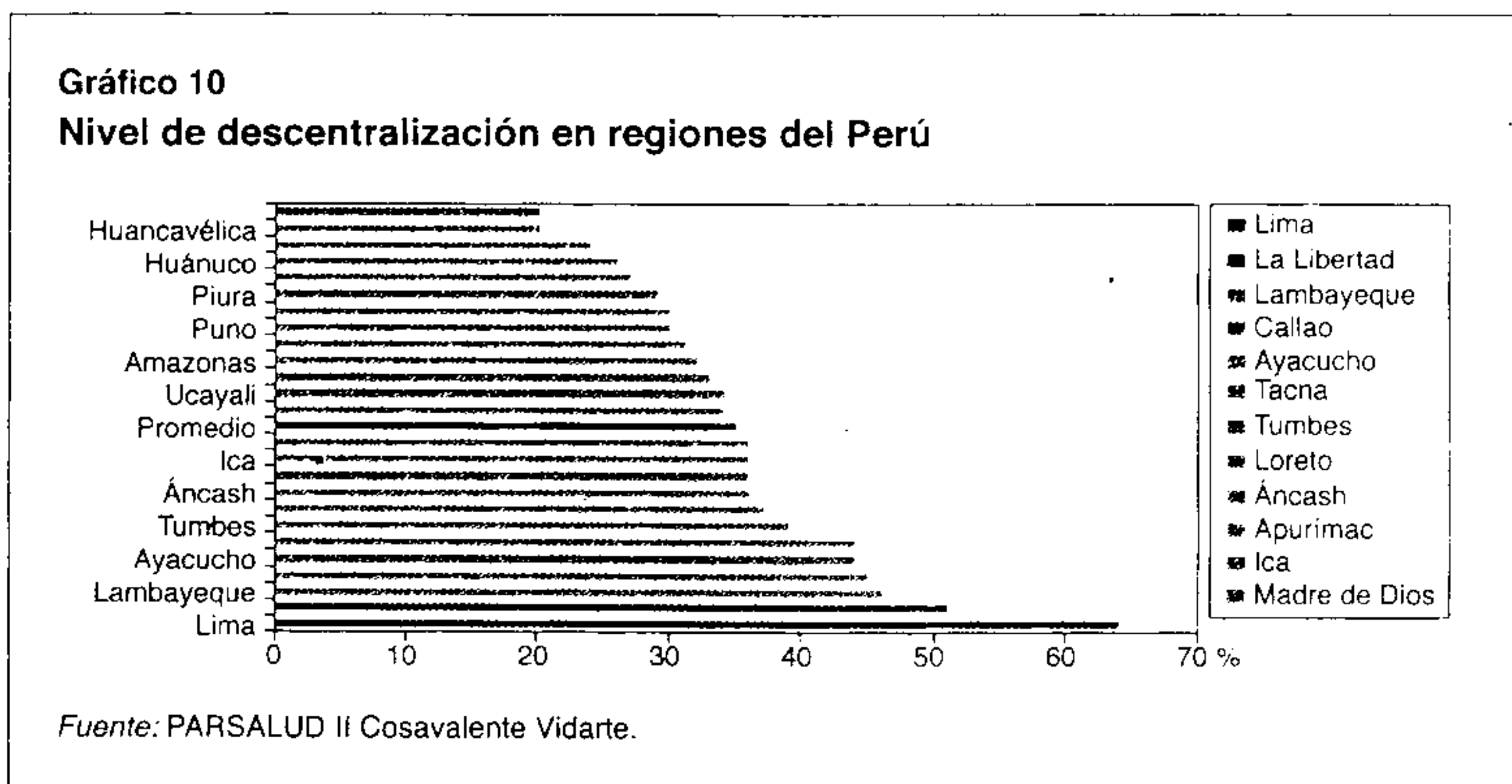
La reforma establece el flujo de fondos directos del MEF a las regiones, proceso que ha cambiado el rol del MINSA en la gestión del presupuesto de salud. Aunque el rol de los gobiernos regionales fue inicialmente limitado a la administración de las planillas de funcionarios (con poca discrecionalidad), la asignación formal de roles y funciones descentralizados les dio un creciente rol en el liderazgo y rectoría sectorial. Ahora, las regiones son el mayor actor presupuestario del sistema de salud del Perú, aunque no hayan asumido completamente las funciones transferidas.

20 Banco Mundial (2010). *Op. cit.*

21 La Ley de Bases de Descentralización promulgada en julio del 2002 creó 25 regiones que reemplazaban los 24 departamentos existentes y la provincia del Callao, transfiriéndoles funciones y atribuciones nacionales y fortaleciendo la autoridad subnacional intermedia, con el propósito de fortalecer el diálogo del Estado con las más de 1800 municipalidades existentes.

Entre los años 2009 y 2010, se realizó una completa evaluación del proceso de descentralización a nivel de las 25 regiones,²² con amplia participación del MINSA y las regiones, elaborando una línea de base basada en “verificadores”, “estándares” y “trazadoras” para tres tipos de funciones: (i) funciones esenciales de salud transferidas; (ii) funciones de conducción y gerencia, que sustentan el direccionamiento del sistema; y (iii) funciones de apoyo, que constituyen el soporte administrativo, tanto del sistema público como de la autoridad sanitaria.

Las evaluaciones permiten observar desafíos en el proceso de descentralización, el análisis global indica que existe un promedio muy bajo de las regiones en el ejercicio de las funciones descentralizadas, con un porcentaje promedio de 35% (gráfico 10), hallazgo que permite concluir que la Rectoría Sectorial está atrapada entre un nivel nacional que



22 Esta evaluación parte de un ejercicio realizado en el 2008, donde el MINSA probó en Lambayeque, La Libertad, San Martín y Cajamarca un instrumento que analiza: (i) las competencias y capacidades institucionales de los gobiernos regionales para ejercer las funciones y atribuciones transferidas; (ii) el grado de ejercicio de las funciones descentralizadas; y (iii) los aspectos críticos que estarían limitando el ejercicio de las funciones. La evaluación posterior fue dirigida por la Oficina de Descentralización del MINSA, con apoyo de USAID-PRAES y de PARSALUD II.

ya ha transferido sus competencias y las regiones que no han terminado de asumirlas. A su vez, la mayoría de las funciones descentralizadas muestran un frágil desempeño en su ejercicio regional, llegando a extremos en algunas funciones, como la gestión de recursos humanos y de investigación en salud (véase el gráfico 11).

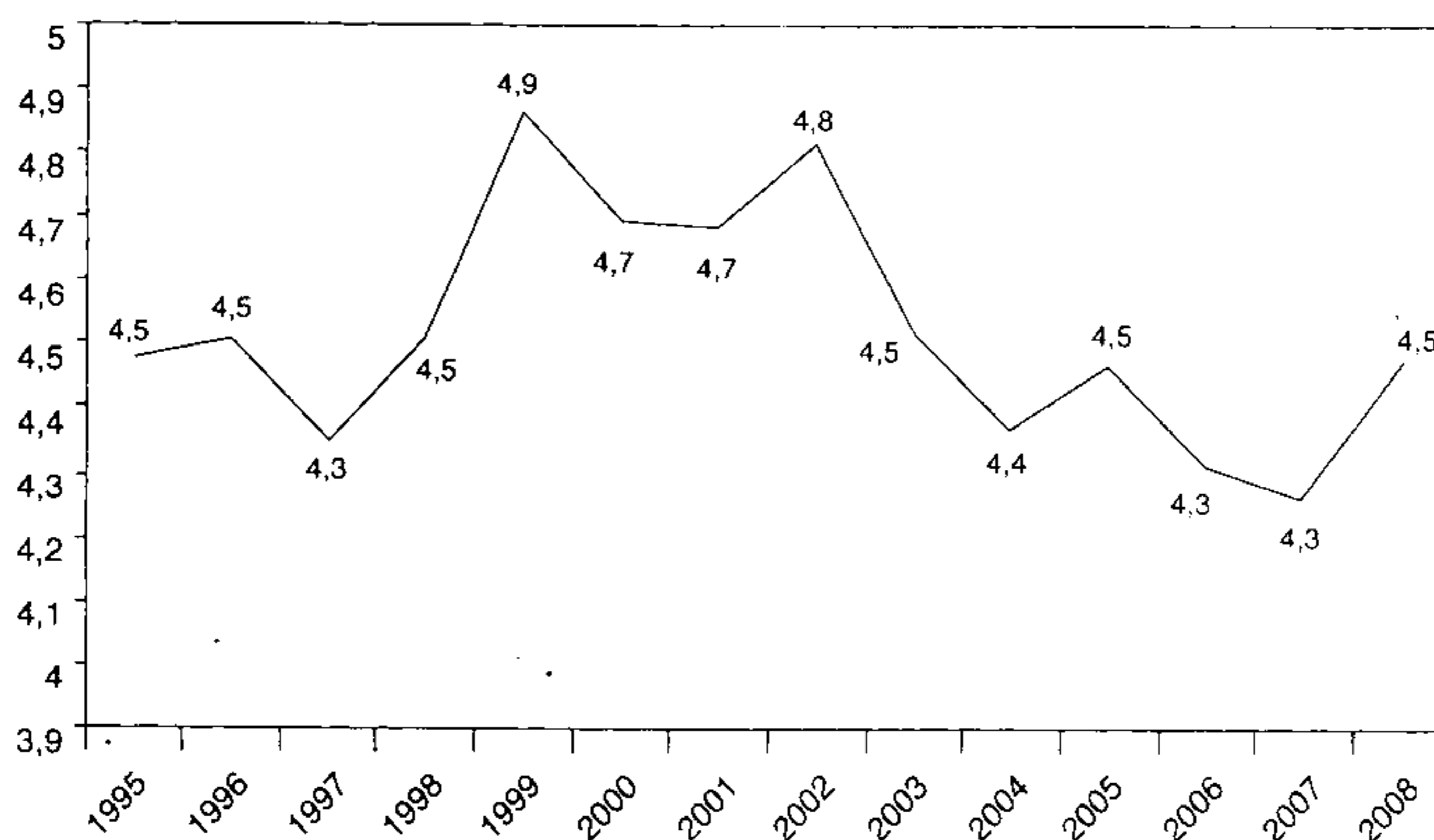
La transferencia de funciones a las 1832 municipalidades se encuentra en proceso de discusión. La Ley Orgánica de Municipalidades (Ley N° 27972) del año 2003 define competencias en materia de saneamiento ambiental, salubridad y salud, tanto para las municipalidades provinciales como para las distritales. La municipalización podría beneficiarse de la experiencia de países como Colombia, Chile, Bolivia y Brasil, donde la descentralización municipal ha tomado caminos diversos en su ejercicio y práctica. En Brasil, se transfirieron todas las funciones, incluidos la gestión de los servicios de salud y los programas a las municipalidades; en Chile, solo la gestión de la atención primaria; en Colombia, la transferencia incluyó los programas; y, en Bolivia, se transfirió la gestión de la infraestructura, pero no la gestión de los servicios de atención primaria. Los resultados fueron diversos, así como las lecciones aprendidas, muchas de ellas positivas y otras muchas negativas.

A pesar de que el SIS, la ley AUS y los procesos de descentralización han sido esfuerzos centrales del Perú en los últimos años y siguen perfeccionándose, no serán suficientes para afrontar los gastos en salud en circunstancias de elevada prevalencia de enfermedades crónicas y en respuesta al acelerado cambio de demanda de los servicios de salud. Por esta razón, para responder a nuevos esfuerzos de política y ampliar el acceso a la salud, una de las primeras prioridades nacionales es incrementar el financiamiento al sistema de salud.

El gasto del PBI destinado a la salud en el Perú es el más bajo de la región. El gráfico 12 presenta la evolución del gasto como proporción del PBI durante los últimos 15 años, cifra que ha oscilado en un 4,5%. El porcentaje que se destina es insuficiente y, en Latinoamérica, el Perú es el país con menor proporción de gasto en salud (gráfico 13).

Gráfico 12

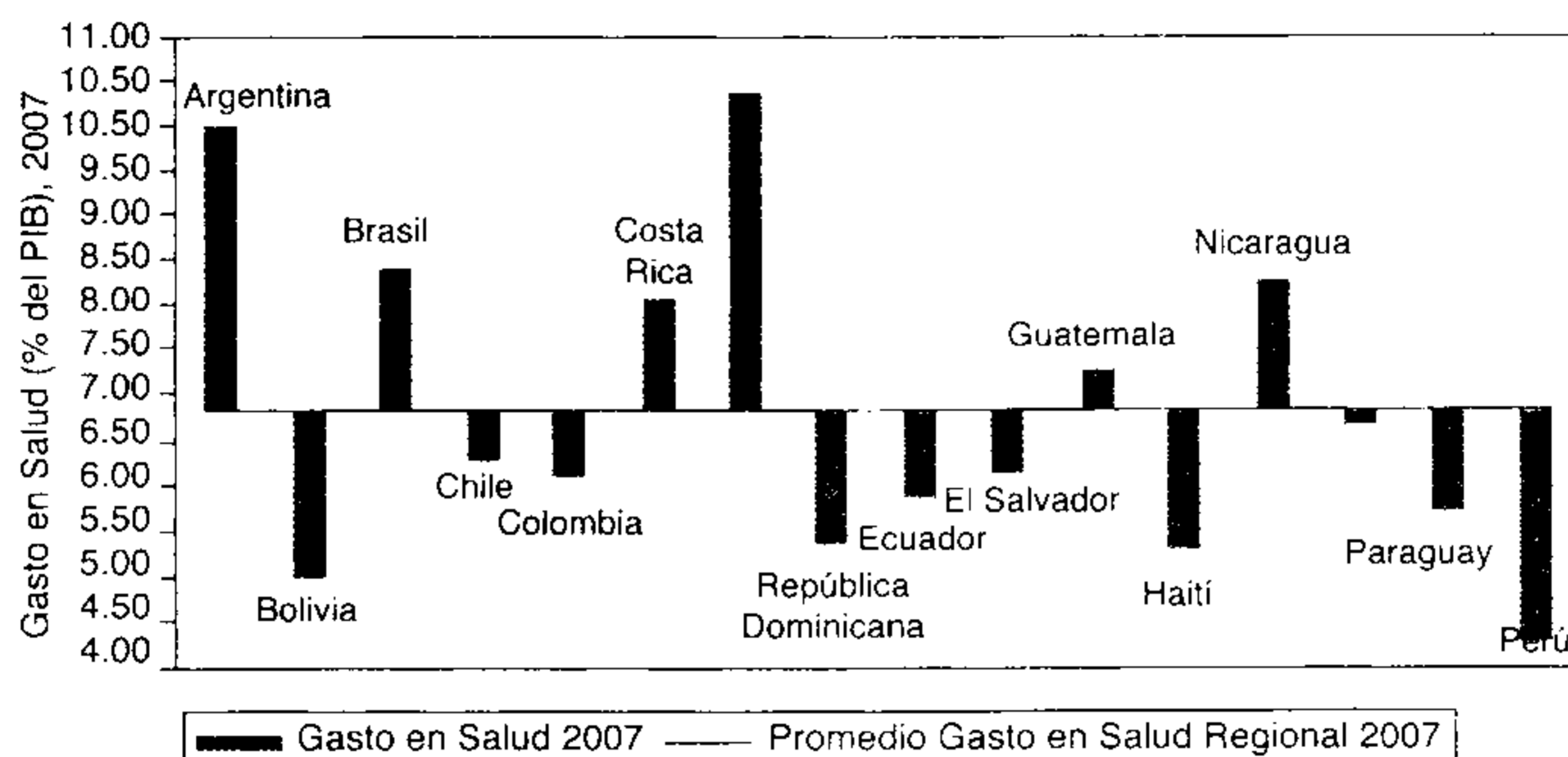
Evolución del gasto en salud como proporción del PBI (1995-2008)



Fuente: Base de datos del Banco Mundial, 2009.

Gráfico 13

Gasto en salud comparado con el promedio en Latinoamérica (2007)



Fuente: Base de datos del Banco Mundial, 2009.

Por otra parte, es importante que se discuta y defina la inversión estratégica. A la fecha, la menor inversión se da en prevención y promoción de la salud, que ya es una necesidad imperiosa en Lima y Callao. En estas provincias, es absolutamente recomendable realizar regularmente estudios quinquenales de factores de riesgo, que brinden información adecuada para una correcta prevención de las enfermedades y estimación de las implicaciones sobre la evolución del gasto público en salud.

IV. Conclusiones

¿Cuál es la agenda que el Perú debería priorizar para continuar mejorando la salud de sus habitantes?

El Perú ha avanzado en salud y, particularmente, en salud materno-infantil, pero a futuro, requiere una nueva agenda para responder mejor a los retos pendientes y a los desafíos futuros. Por su complejidad, el Perú requiere de una mirada estratégica general para distinguir procesos trazadores de la problemática nacional de salud y miradas específicas para observar las tres dimensiones de esta realidad: rural, urbana e hiper urbana. En este marco, se presentan la agenda nacional y las agendas de salud desde tres dimensiones (3D), observadas en función del acceso a la salud y las barreras culturales, de calidad de atención, económicas y geográficas.

La agenda nacional

La agenda nacional debería incluir al menos los grandes macro-procesos sobre los cuales el Perú ha avanzado y podría seguir avanzando, que son:

Objetivos sanitarios, metas y estándares en salud: para medir la evaluación de desempeño de cualquier sistema de salud y monitorear sus avances, se requieren objetivos sanitarios, metas, estándares, sistemas de información y/o herramientas específicas. El Perú ha avanzado en todos estos aspectos, inspirado en su compromiso con los ODM y cuenta con objetivos sanitarios. Por ejemplo, usa indicadores “bandera” en salud materno-infantil (cobertura de parto institucional igual o superior al 85% o cobertura de vacunación superior al 90%). Asimismo, ha avanzado en la definición de estándares o condiciones mínimas para la atención de partos (Condiciones Obstétricas Esenciales - COE) y en estándares de práctica clínica de ciertos programas, como el de crecimiento y desarrollo (CRED). También avanzó en el desarrollo de sistemas de información y evaluación que permiten revisiones en detalle. Sin embargo, se podría mejorar generando estándares nacionales clave para los desafíos del sistema, como la equidad, calidad, desempeño y eficiencia de los servicios, así como estándares por grupos poblacionales en 3D. Asimismo, se podría contar con reportes específicos sobre temas vitales como, por ejemplo, la salud de la población indígena o la mejora de la rendición de cuentas en todos sus niveles (véase la sección dedicada a las recomendaciones).

Resultados en salud: como se mencionó antes, el Perú avanzó en temas de salud y, especialmente, en salud materno-infantil. En el 2015, el país será evaluado en los compromisos asumidos en el 2000 de alcanzar los ODM, que tienen como principales metas internacionales de salud la reducción del hambre, la mortalidad materna y la mortalidad infantil, entre otras. Hasta ahora, el Perú ha cumplido tres ODM, pero la MI y materna, la desnutrición crónica y la incidencia de TB quedan como grandes desafíos debido a las brechas entre regiones y niveles de riqueza. Otros ODM de enfermedades transmisibles como la malaria, el VIH/SIDA y el dengue representan una preocupación mayor para el país, pues la incidencia de estas tres enfermedades aumenta desde la década de 1990 en lugar de disminuir.

Para lograr cumplir los ODM, el Perú debería: (a) mantener sus esfuerzos en salud materno-infantil, especialmente en el área rural, focalizando la extensión de cobertura del parto institucional en esta región y concentrándose en la reducción de la mortalidad neonatal en el área urbana y de la mortalidad perinatal en la hiper urbana; (b) priorizar y redoblar esfuerzos en salud pública, en particular en las enfermedades de control vectorial (malaria, dengue, fiebre amarilla) y VIH/SIDA, que son materias pendientes en todas las regiones, y concentrar sus esfuerzos en la reducción de la TB en Lima Metropolitana. Por otro lado, (c) el Perú debería iniciar un esfuerzo sostenido por reducir los factores de riesgo (FR) y las enfermedades crónicas. Con tal objetivo, sería recomendable realizar a la brevedad, un diagnóstico completo de FR, fortaleciendo el diálogo intersectorial a los niveles nacional y municipal para abordar localmente el trabajo de prevención y promoción, y reforzando la institucionalidad nacional y regional sobre la promoción de la salud.

El aseguramiento en salud: el Perú ha avanzado en el aseguramiento en salud. El SIS abrió una ruta clave al ejercer la separación del financiamiento y la producción de servicios, y al financiar parcialmente al mismo tiempo la producción de un conjunto garantizado de prestaciones. En resumen, el SIS ha sido el gran vehículo de cambio positivo en la expansión del acceso a la salud en el Perú.

Sin embargo, ahora el Perú debería asumir tres estrategias para corregir sus desafíos: (i) repensar su diseño, que ha llegado a un nivel que precisa pasar de un sistema de “subsidio público” a uno más parecido al “aseguramiento público”; (ii) aumentar la eficiencia

del sistema de financiamiento del SIS y de sus mecanismos de pago que, para su modernización, requieren que tanto el MEF como el MINSA discutan y acuerden los beneficios de un cambio; y (iii) reducir las continuas quejas de los usuarios, prestadores de servicios y gestores sobre el SIS, que lo han llevado a un círculo de “baja credibilidad reputacional”. Esto puede afectar también el “riesgo reputacional” de la gestión del MINSA. Para ello, la mejor opción es mejorar sustancialmente su diseño y gestión a fin de afrontar los nuevos desafíos del AUS.

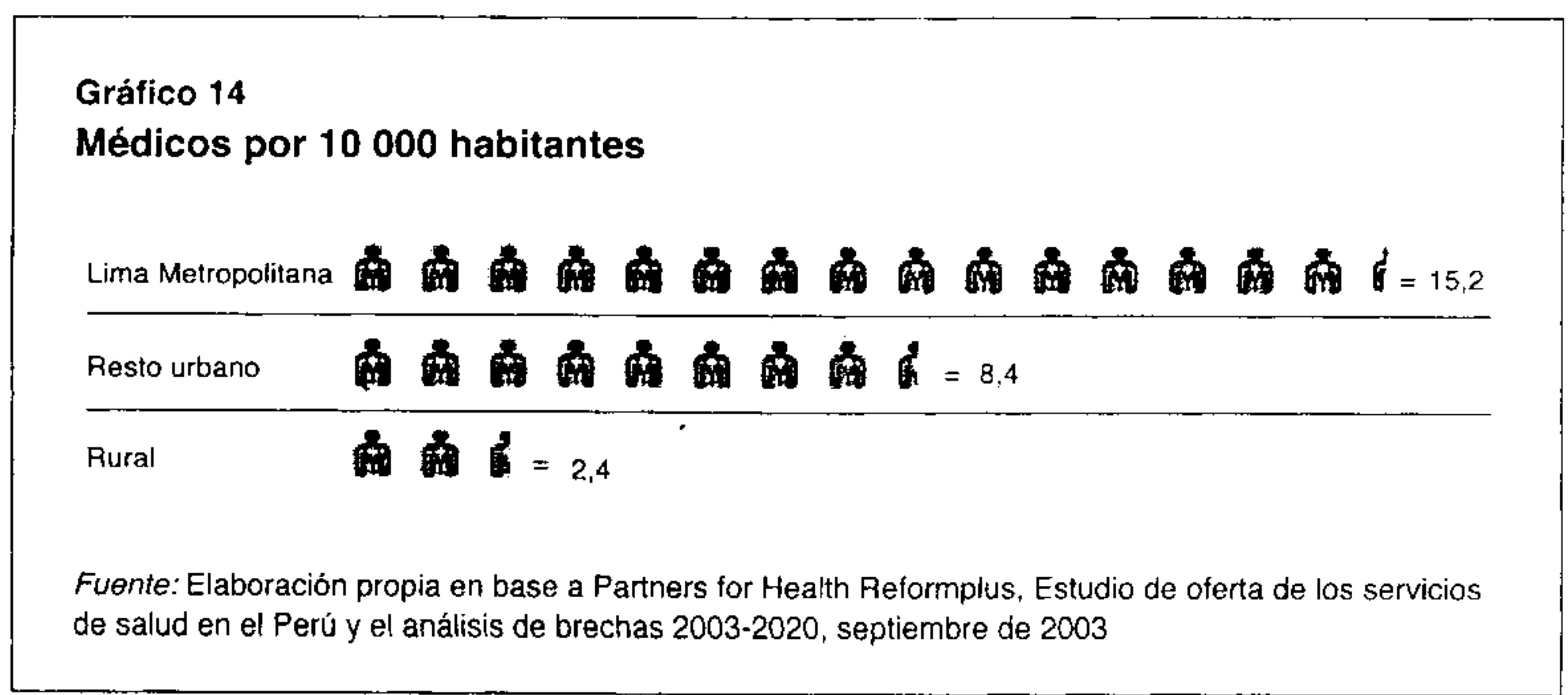
En relación con el AUS, es muy importante que, antes de su implementación a nivel nacional: consolide su diseño en base a la evaluación de los pilotos y a un análisis de las observaciones que ha recibido y genere un diálogo de consenso para su implementación con los diferentes actores del gobierno (incluyendo el MEF) y la sociedad civil, mediante un mapa de navegación consensuado. Asimismo, es recomendable discutir si el aumento del aseguramiento garantiza el acceso al sistema de salud y priorizar la discusión financiera sobre el aseguramiento con la sociedad civil y el gobierno.

El financiamiento de la salud. Como se mencionó anteriormente, el Perú es el país con menor proporción de gasto del PBI en salud de la región. Al respecto, una muestra de compromiso político real con la salud del país debería ser la mejora financiera del sector. Podrían existir muchas opciones para incrementar el gasto en salud, sin aumentar la ineficiencia (un elemento legítimamente discutido por el MEF). En la sección dedicada a las recomendaciones, se tratarán cinco de ellas.

La provisión de servicios de salud, que incluye la eficiencia en la asignación de recursos del sector, tiene varios desafíos:

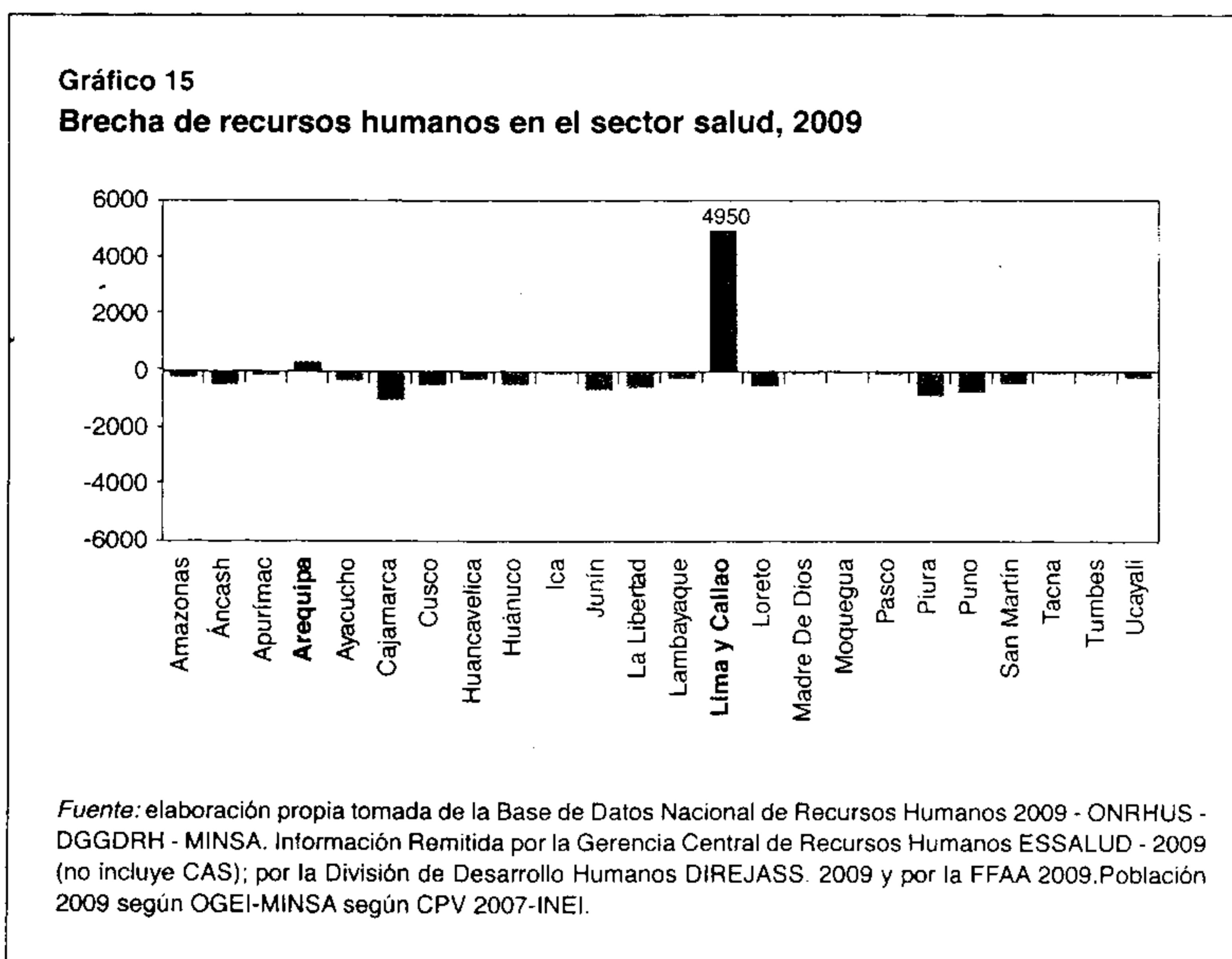
La asignación de recursos humanos, en particular médicos, al área rural es un asunto que podría mejorar. Un indicador trazador: la asignación de médicos por 10 mil habitantes nos muestra la inequidad en la distribución al área rural (gráfico 12).

En Lima Metropolitana, existen aproximadamente 15 médicos por cada 10 000 habitantes, en el resto urbano 8,4 y en el área rural solamente 2,4. Esta diferencia se hace aún más notable en los datos presentados por el Observatorio de Recursos Humanos en Salud, que analiza la brecha de recursos humanos (diferencia entre los médicos existentes en cada región y los que se requieren). Estos resultados revelan que en Lima y Callao existe un exceso de cerca de 5000 médicos y un déficit en la mayoría de los departamentos del área rural (gráfico 14).



Por otra parte, la eficiencia cuenta. En el área rural los médicos son más productivos que en otras regiones. En el trabajo de PHRplus (2003), se midió la productividad parcial simple de los recursos humanos en el Perú, usando como parámetro de eficiencia el número de atenciones diarias que un médico debería brindar²³. Los resultados indican que, en Lima, la productividad de los médicos es del 19%, mientras que en el área rural es del 58%. Esto significa que en el área rural la productividad de los médicos triplica la de Lima Metropolitana. Las respuestas están en la organización de los servicios y en la reducción de la duplicación.

El primer reto en recursos humanos es abordar la considerable brecha de dotación de personal en comparación con lo que se requiere para asegurar servicios adecuados. Se han logrado buenos avances, pero es necesario un compromiso presupuestal considerablemente mayor en esta área (gráfico 15).



Recientes esfuerzos como el crecimiento del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS) muestran un camino posible para el área rural, pero insuficiente para garantizar recursos humanos adecuados en número, calidad y sostenibilidad. En la sección dedicada a las recomendaciones, se sugieren opciones posibles.

El desafío de asignación de recursos humanos al área rural debería pasar, a su vez, por una nueva modalidad de contratación y gestión. El Perú también requiere desarrollar un sistema más uniforme de contratos e incentivos laborales para facilitar a los

23 El número óptimo de atenciones que un médico debe brindar al día es 32.

encargados de la gestión el control del desempeño del personal y su asignación a sectores prioritarios y, a la vez, para proveer derechos aceptables para la motivación de los empleados. Como en muchos países, en respuesta a contratos laborales excesivamente proteccionistas e inflexibles en el sector público, el Perú ha experimentado arreglos de contratación (contratos de servicios no personales) que efectivamente eliminan los derechos y la protección social de los empleados. Esto ha creado inequidad horizontal, pérdida de motivación e inestabilidad. No está claro si este problema ha sido totalmente resuelto por la nueva variante intermedia, el contrato administrativo de servicios (CAS). Mientras tanto, muchos trabajadores de la salud en el sistema CLAS aún perciben sueldos muy bajos.

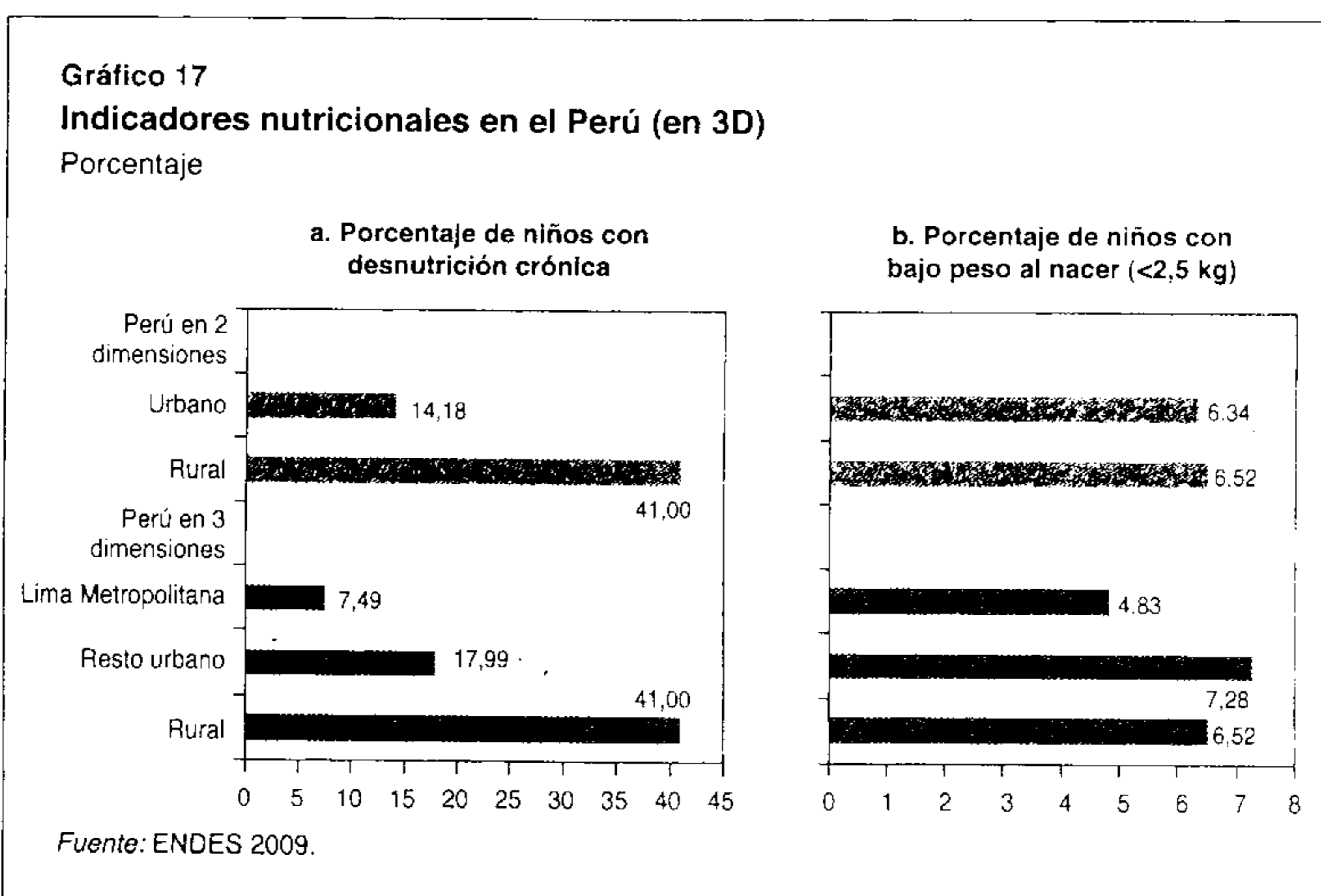
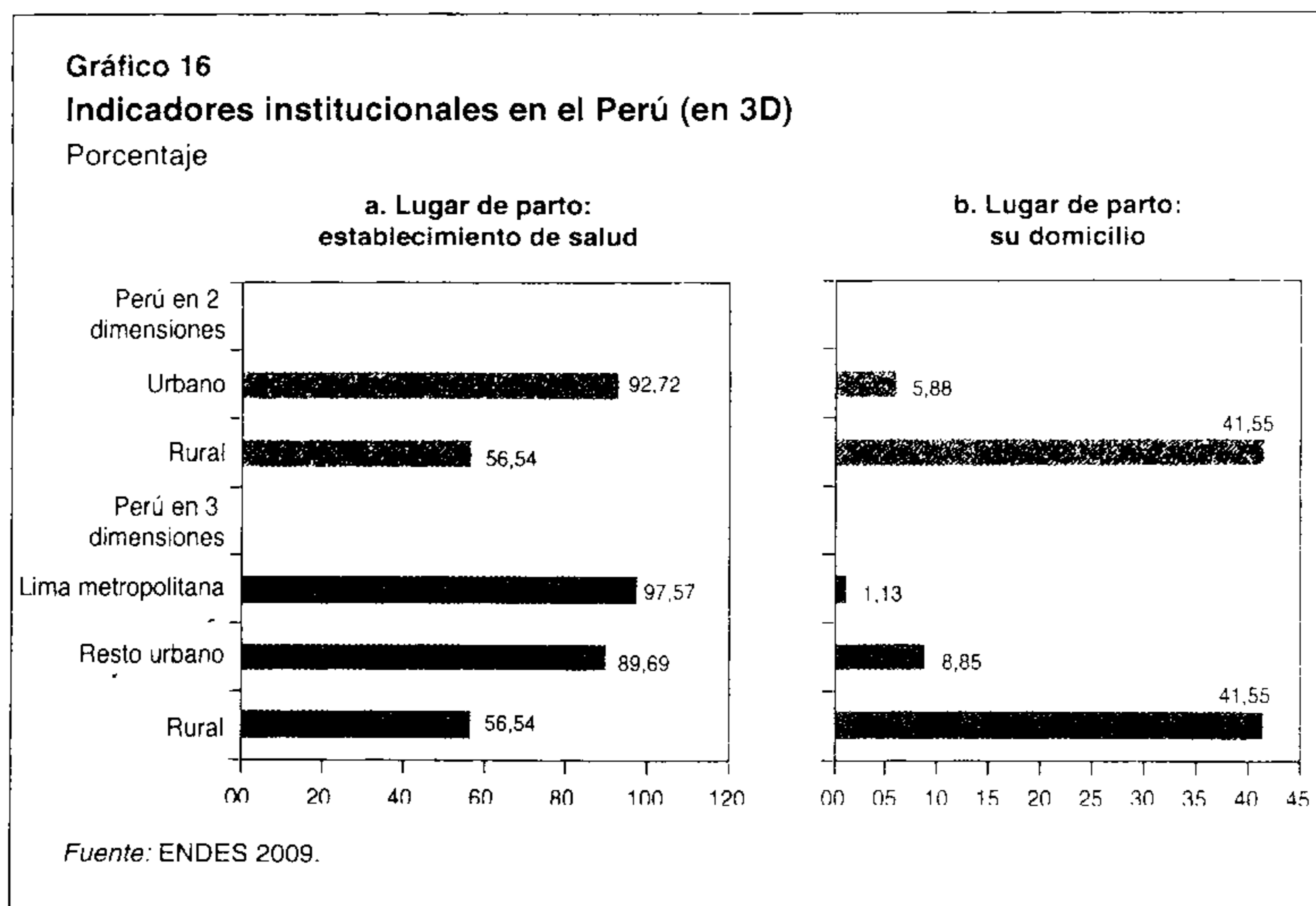
Asimismo, el desafío del área híper urbana para enfrentar las enfermedades crónicas requiere un serio esfuerzo de reorganización y articulación de los servicios. En el área híper urbana se requieren esfuerzos de dos tipos: desarrollar acciones intersectoriales para reducir los factores de riesgo y reorganizar los servicios de salud para enfrentar el desafío de las enfermedades crónicas. Se han descrito cuatro modelos de atención de referencia internacional con esta finalidad: (i) el “modelo de atención de crónicos” del Mac Coll Institute de Seattle; (ii) el modelo de atención innovadora a condiciones crónicas de la OMS (ICCC); (iii) el modelo de la pirámide de Kaiser de USA; y, (iv) el modelo de la pirámide del King’s Fund del Reino Unido. Todos ellos buscan reorganizar los servicios con base poblacional e insisten en la eficiencia de la organización de los recursos (véase la sección dedicada a las recomendaciones). El sistema de aseguramiento no podría avanzar sin un profundo cambio del modelo de atención en Lima Metropolitana. Puede incluso discutirse si esta no es la primera prioridad del área híper urbana.

En Lima Metropolitana, se viene desarrollando un modelo que podría mejorar el acceso a los servicios y su eficiencia. Se trata de los hospitales de la solidaridad, que forman parte del SISOL, un organismo público descentralizado de la Municipalidad de Lima, que funciona generando una articulación público-privada de los servicios de atención a grupos médicos o empresas médicas que ponen sus propios equipos. El Sistema Metropolitano de la Solidaridad (SISOL) se encarga de proveer la infraestructura (locales fijos o móviles) y de la determinación de estándares de atención y tarifas. Estos hospitales son autofinanciados a partir de los servicios que prestan y constituyen un modelo alternativo en respuesta a las dificultades de acceso que caracterizan a las entidades prestadoras de salud y a la creciente demanda de servicios por los sectores más pobres de Lima Metropolitana. Actualmente, existen 15 hospitales de la solidaridad y 13 centros médicos en Lima, 8 hospitales en provincias y un hospital itinerante. En el 2010, se realizaron más de 10 millones de atenciones médicas.

A pesar de la innovadora iniciativa, son varios los desafíos para consolidar el sistema de hospitales de la solidaridad, entre los que se destacan: (i) la necesidad de articular su oferta con la del sector público y Essalud; (ii) convertir la iniciativa público-privada de un modelo de pago por servicio en un modelo de aseguramiento que permita reducir el gasto de bolsillo de la población pobre; (iii) mejorar la eficiencia, atendiendo a un mayor número de personas y reduciendo colas de espera; (iv) incrementar su transparencia, los procesos de gestión, licitación, sistematización y convenios con grupos de profesionales e instituciones que deberían ser de conocimiento público; y (v) mejorar la calidad de la atención, como la sistematización de las historias clínicas en red de estos establecimientos o la estandarización de sus procedimientos.

La agenda rural

Está marcada por la atención materna e infantil con dos objetivos sanitarios principales: (i) aumentar el parto institucional, como se observa en el gráfico 16 en 3D; y (ii) reducir la desnutrición crónica, como puede observarse en el gráfico 17 en 3D.



La agenda urbana

Aunque no está concentrada en ninguna necesidad de mejora específica, tiene desafíos menores que el área rural en la atención materno infantil y desnutrición crónica, y desafíos menores que el área híper urbana en enfermedades crónicas, pero desafíos iguales o mayores que ambas en el área de la salud pública y en el control de accidentes.

Posiblemente, la salud pública en el área urbana pueda tener mayores oportunidades de organizarse en un ambiente descentralizado y de estructurarse mejor para el beneficio de las tres dimensiones. Dos podrían ser sus objetivos principales: (i) reducir el impacto de las enfermedades vectoriales, en particular aquellas vinculadas con mosquitos (dengue, fiebre amarilla); y (ii) fortalecer las funciones esenciales de salud, en particular la vigilancia sanitaria y la promoción de la salud, aprovechando la presencia en sus territorios de municipios de tamaño ideal para desarrollar en forma articulada, los “municipios saludables”, “escuelas saludables”, “hospitales seguros” y “redes de servicios articuladas”.²⁴

Las experiencias de Argentina por su característica de federalización y trabajo en salud pública (funciones esenciales de salud) así como las de Colombia y Chile en descentralización, hacia la municipalización de la salud, podrían ser ejemplos útiles para fortalecer las funciones esenciales de salud en las regiones del Perú (en la actualidad el Banco Mundial apoya con dos programas a Argentina en esta materia). Asimismo, las experiencias de los tres países pueden ser útiles para analizar el programa de municipios y ciudades saludables. El énfasis debe ponerse, en este caso, en frenar el crecimiento de los factores de riesgo ya existentes en Lima Metropolitana y evitar la explosión de enfermedades crónicas en el área urbana del Perú.

La agenda híper urbana

La población híper urbana de Lima y Callao ya no puede asimilarse al denominador de “área urbana”. En materia de salud, Lima es una mega-metrópoli con características y problemas diferentes a las otras dos dimensiones. Está marcada por las enfermedades crónicas no trasmisibles y factores de riesgo específicos, que requieren atención diferenciada al diseñar o impulsar políticas sanitarias. La agenda de la dimensión híper urbana está marcada por dos objetivos sanitarios: (i) la promoción de la salud para la reducción de los factores de riesgos; y (ii) la adecuada prevención y el tratamiento oportuno de las enfermedades crónicas.

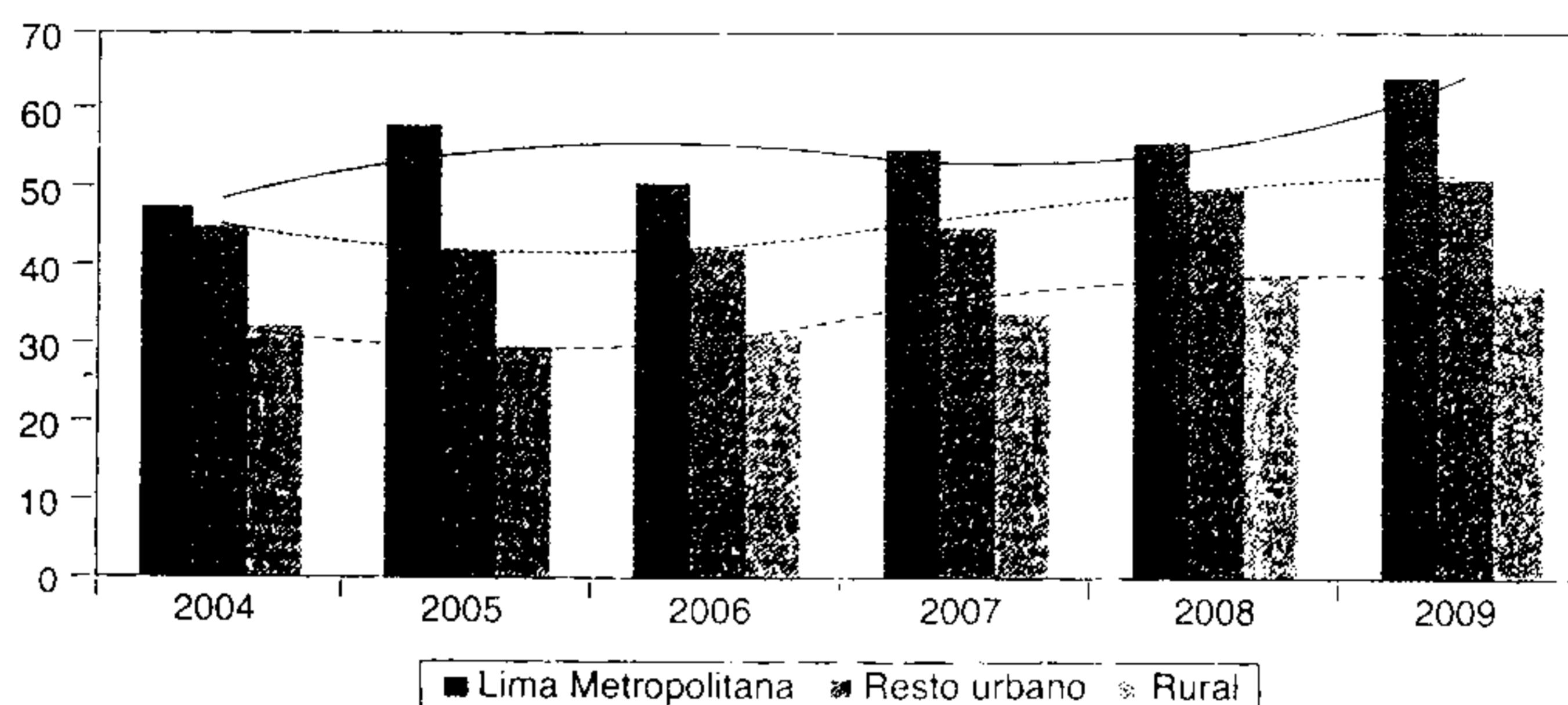
Para reducir los factores de riesgo, Lima Metropolitana requiere un accionar intersectorial, de gestión local y poblacional: esto implica un trabajo específico intersectorial y con el Municipio de Lima para reducir y lograr un impacto en la reducción de los factores de riesgo.

Lima Metropolitana requiere reducir la obesidad, el alcoholismo, el tabaquismo y la violencia como los principales desafíos en sus factores de riesgo. Estos conducen a un sinnúmero de enfermedades y conductas no saludables, que provocan enfermedades crónicas y degenerativas (CME).

24 OMS, Banco Mundial.

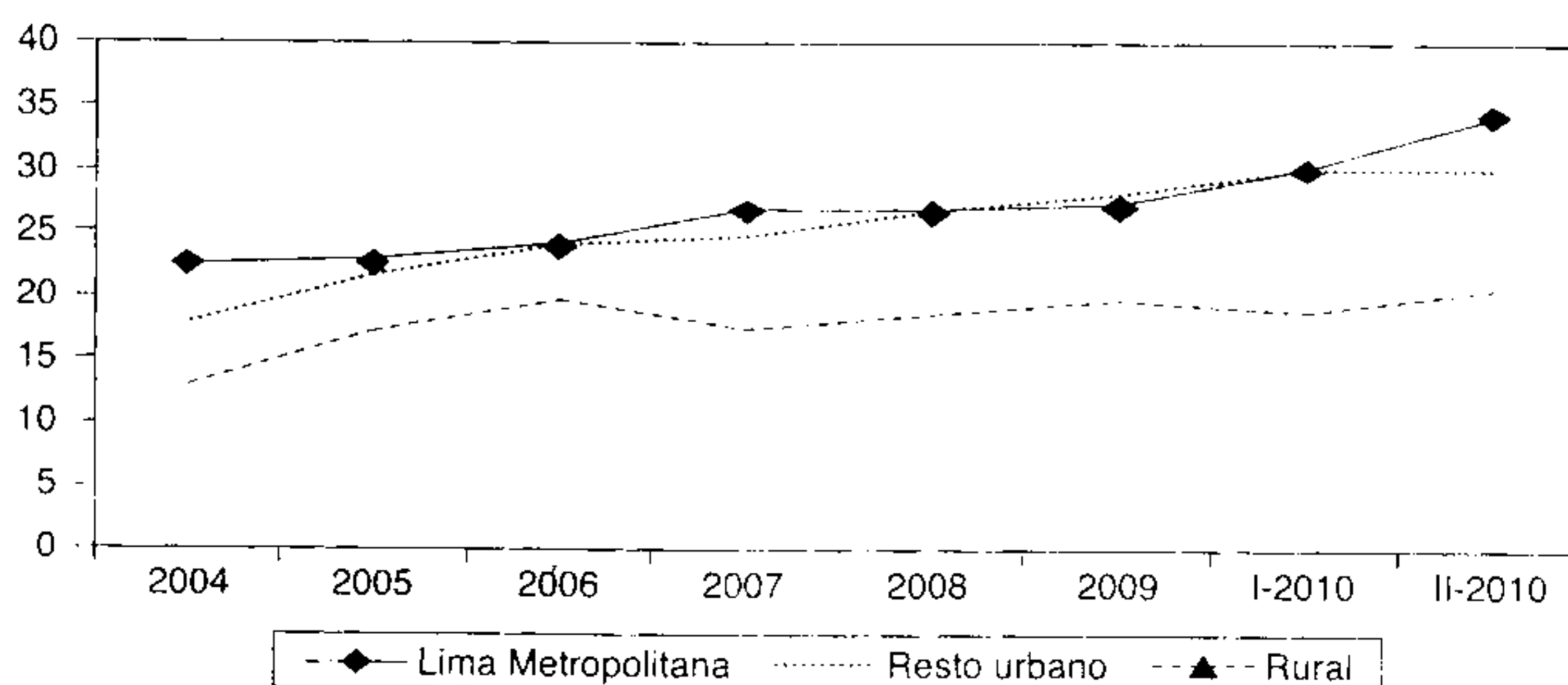
Como consecuencia de no haber limitado los factores de riesgo, los ciudadanos de Lima Metropolitana vienen incrementando significativamente desde el año 2006 su gasto en el cuidado de la salud. Esto obedece al aumento de las enfermedades crónicas (gráfico 19), que tienen tratamientos largos y costosos. La población de Lima y Callao es el conglomerado poblacional que demanda la mayor cantidad de servicios de salud (gráfico 18). Como se mostró antes, las enfermedades crónicas son el principal desafío del área hiper urbana, que genera la necesidad de organizar mejor la red de servicios y mejorar la equidad horizontal (más atención a mayores necesidades de salud). La prevención y promoción de la salud se han convertido en una verdadera urgencia para Lima Metropolitana.

Gráfico 18
Población que buscó atención en salud



Fuente: ENAHO 2004-2010.

Gráfico 19
Población que buscó atención en salud



Fuente: ENAHO 2004-2010.



La barrera que Lima Metropolitana debe superar es la económica porque en el Perú, y particularmente en Lima Metropolitana, los principales financiadores de la atención en salud son los hogares, a pesar de que esta tendencia ha disminuido desde 1996, reduciéndose desde un 40% a un 34% hasta el 2005. En comparación con otros países de Latinoamérica, el sistema peruano es uno de los financiados en mayor proporción por el bolsillo de los hogares. El Perú es uno de los países con la proporción “gasto de bolsillo/gasto total en salud” más alta de Latinoamérica. El principal insumo para que aumente el gasto de bolsillo son las enfermedades catastróficas.

V. Recomendaciones

El cuadro siguiente, resume las principales recomendaciones de esta nota de política.

Área principal	Conclusiones	Recomendaciones
1. Objetivos sanitarios, metas y estándares en salud	El Perú avanzó en establecer objetivos sanitarios, metas y estándares, pero podría avanzar más. Se sugiere:	<ol style="list-style-type: none"> i. Introducir objetivo(s) sanitario(s) de resultados finales nacionales como: disminuir a un dígito la mortalidad infantil del país. ii. Introducir objetivos sanitarios en cada una de las 3D del Perú, como una meta del parto institucional en población indígena (rural). iii. Incluir metas de proceso sobre salud pública en los estándares nacionales para el área urbana y sobre enfermedades crónicas en Lima Metropolitana. iv. Modificar usando evidencia, estándares de programas como el CRED. v. Igualmente, modificar evaluaciones de resultado para hacerlas de proceso, como las condiciones obstétricas neonatales. vi. Avanzar en la medición de áreas que no han sido medidas, como la promoción de la salud, con el uso de las encuestas de factores de riesgo. vii. Publicar un reporte de salud anual sobre equidad, calidad, etc., para diseminar problemática clave y generar diálogo y acciones de política desde el gobierno o desde la sociedad civil, mejorando la rendición de cuentas del sistema. viii. Implementar un “pacto de infraestructura” entre el MINSa y EsSalud, para reducir la duplicación de servicios de salud a nivel de atención primaria y generar sistemas de articulación de compra de servicios o de fortalecimiento de los existentes en atención básica. ix. Definir y abordar la considerable brecha de dotación de personal del sector público, a través de un compromiso presupuestal considerablemente mayor en esta área. x. Desarrollar un sistema más uniforme de contratos e incentivos laborales para facilitar el control del desempeño del personal y la asignación del mismo a sectores prioritarios y, a la vez, para proveer derechos aceptables para la motivación de los empleados. xi. Apoyar el sistema de contratación con la nueva variante intermedia, el contrato CAS. xii. Para mejorar la calidad de atención de los establecimientos, mejorar la gestión de los mismos, con énfasis en la evaluación externa. Podrían utilizarse modelos de “certificación de establecimientos” o de acreditación de redes de servicios, evaluados por un tercero. xiii. Continuar evaluando la oferta obstétrica existente, mediante la encuesta bi-anual de las condiciones obstétricas esenciales en la totalidad de los establecimientos de salud del área rural. Se sugiere hacerlo con énfasis en la evaluación de procesos y su situación prospectiva y no solo de resultados finales.

Área principal	Conclusiones	Recomendaciones
3. Rectoría y descentralización	La descentralización a las regiones requiere simultáneamente un fortalecimiento del MINSA en sus nuevas funciones. Se sugiere:	<ul style="list-style-type: none"> i. Fortalecer el rol rector del MINSA utilizando el modelo de las funciones esenciales de salud pública. ii. Construcción de una nueva "inteligencia sanitaria" nacional para desarrollar las funciones de un Ministerio descentralizado fortaleciendo la vigilancia sanitaria nacional. iii. Fortalecer la regulación del sector incluyendo a la SUNASA, como regulador financiero del sistema, o a quien se elija como regulador de la calidad de atención o de la vigilancia de la articulación del sistema de salud. iv. Las transferencias financieras directas del MEF a las regiones pueden preocupar si no pasan, en su gestión y/o asignación, por el MINSA. Este elemento podría reducir la rectoría sectorial del MINSA y dejar una función propia del sector como una función concurrente con el MEF. Esta situación puede ser controversial. v. Utilizar la línea de base realizada sobre descentralización como un instrumento de monitoreo y fortalecimiento del proceso y reevaluar la situación en forma bi-anual. vi. Fortalecer la descentralización en las regiones, con capacitación masiva en gestión. vii. Aclarar el papel de las municipalidades en la salud: revisar las experiencias internacionales, plagadas de contradicciones sobre su rol y eficiencia, antes de avanzar en el proceso de descentralización hacia este nivel.
4. Aseguramiento en salud	El SIS ha sido el gran vehículo de cambio positivo en la expansión del acceso a la salud en el Perú, y el AUS es la garantía de su crecimiento. Se sugiere:	<ul style="list-style-type: none"> i. Construir y generar consenso sobre el aseguramiento universal. Foros sociales son una opción. ii. Es clave promover la reflexión sobre si aumentar el aseguramiento garantiza el aumento de acceso al sistema de salud. El aseguramiento solo supera la barrera económica. iii. Priorizar la discusión financiera sobre aseguramiento (AUS) con la sociedad civil y el gobierno. Un mapa de navegación de consenso puede ayudar.
	4a. El SIS	<ul style="list-style-type: none"> i. El MINSA podría iniciar una re-ingeniería del SIS para convertirlo en un sistema de aseguramiento "público" en salud a través de las acciones siguientes: (a) mejorar y/o cambiar la forma de recolectar anualmente las transferencias del MEF al SIS para su funcionamiento; y (b) mejorar los mecanismos de pago de prestaciones existentes, reduciendo el "costo transaccional" actual, a consecuencia del único mecanismo existente de pago por prestación. ii. El MINSA y el SIS deben cuidar su "riesgo reputacional", debido a las quejas de los usuarios, prestadores de servicios y gestores. Un sistema de mejora continua del diseño y gestión del SIS podría reducir el riesgo. iii. Asumir el uso del instrumento SISFOH que el MEF está promoviendo para fortalecer la focalización del SIS, mejorando su implementación. iv. Evitar demoras de pagos en "cascada" MEF-SIS-proveedores a través de mejores negociaciones de financiamiento entre el MEF y el SIS. v. El SIS debería avanzar en la negociación con las regiones y el MINSA para asegurar que los recursos lleguen a los proveedores y sean administrados por los servicios y no por las unidades intermedias del sistema (unidades financieras). vi. Aumentar la credibilidad del sistema en el seguro semi-subsidiado enfrentando sus dificultades operacionales o eliminarlo.

Área principal	Conclusiones	Recomendaciones
2. Resultados en salud	2a. Área rural: mejorar la cobertura de parto institucional y reducir la desnutrición crónica. Se sugiere:	<ul style="list-style-type: none"> i. Concentrar los esfuerzos en el área rural, sobre el "paradigma de los primeros mil días de vida" de los nuevos nacimientos, asegurando igualdad de oportunidades a los nacidos en el área rural. Esto puede hacerse mediante la promoción de un embarazo saludable, un parto asistido y lactancia materna exclusiva seguida por alimentación complementaria adecuada para los niños hasta los 24 meses. ii. Masificar las experiencias de adecuación cultural propias (Apurímac, Cusco) sobre parto institucional en poblaciones indígenas y reforzar la adecuación cultural de los servicios a población indígena en los 1000 días. iii. Continuar apoyando y reforzando el programa Juntos para disminuir la desnutrición crónica en el área rural. Esto puede incluir la introducción masiva de complementación nutricional con micronutrientes, como "chispitas". iv. En el área rural, cambiar el modelo de atención primaria. Puede seguirse modelos de salud familiar. El desafío de asignación de recursos humanos al área rural y urbana debería pasar, a su vez, por una nueva modalidad de contratación y gestión de los mismos.
	2b. Área urbana: mejorar los programas de salud pública y disminuir los factores de riesgo y accidentes. Se sugiere:	<ul style="list-style-type: none"> i. Profundizar el diálogo sobre la gestión de los "bienes públicos" entre el MINSA y las regiones, identificando los programas de salud que podrían ser asumidos y fortalecidos por ambos, utilizando el "paradigma" de las funciones esenciales de salud. ii. Poner en práctica un pacto "intergubernamental" operacional y presupuestario (nacional y regional), para el control de las enfermedades vectoriales. iii. Elaborar un plan estratégico común y acciones supervisadas conjuntas para el dengue y otras enfermedades vectoriales. iv. Iniciar un proceso de diálogo intersectorial en las áreas urbanas, involucrando a los principales municipios urbanos, sobre los factores de riesgo, en particular sobre el alcoholismo y la obesidad. v. Realizar estudios quinquenales sobre factores de riesgo en el área urbana, siguiendo la metodología de la OMS para poder efectuar comparaciones. vi. Transicionar la gestión tradicional de la salud pública del Perú a la gestión por resultados. vii. Mejorar la calidad de atención de los hospitales y su modernización en áreas urbanas.
	2c. Área hiperurbana: reducir las enfermedades crónicas, enfermedades colectivas y factores de riesgo. Se sugiere:	<ul style="list-style-type: none"> i. Concentrar los esfuerzos en el desarrollo del "paradigma" de la promoción de la salud, para la reducción de los factores de riesgo y en la adecuada prevención y tratamiento oportuno de las enfermedades crónicas y colectivas. ii. Reducir los factores de riesgo en Lima Metropolitana en base a un accionar intersectorial, de gestión local y poblacional, y a un accionar intersectorial para la medición y vigilancia epidemiológica del alcoholismo, uno de los factores de riesgo centrales en Lima. iii. Utilizar evidencia de acciones efectivas en la reducción de los factores de riesgo identificados en Lima Metropolitana. iv. Desarrollar capacidad institucional, humana y financiera para la promoción de la salud y para enfrentar problemas intersectoriales comunes. v. Focalizar en Lima un sistema de gestión integral de la TB, en alianza estratégica con sus municipios y con los prestadores. vi. Cambiar el modelo de organización de los servicios en Lima Metropolitana para enfrentar enfermedades crónicas (modelo articulado). vii. Desarrollar un modelo integrado de los hospitales de la solidaridad con la red pública y de EsSalud, así como mejorar su gestión, eficiencia y calidad de atención. viii. Fortalecer el modelo público-privado generado por los hospitales de la solidaridad, en línea con el AUS, generando un sistema de aseguramiento y/o creando un sistema de "compra de servicios" eficiente, en línea con el desafío de unidades crónicas.

Área principal	Conclusiones	Recomendaciones
	4b. <i>El AUS</i>	<ul style="list-style-type: none"> i. Ajustar el diseño del PEAS con las prestaciones del LPIS del SIS, creando un PEAS-Plus. ii. El MINSA debería: (a) aumentar el consenso sobre el AUS y establecer un mapa de navegación que permita definir con cierta certidumbre los pasos que deben seguirse para su implementación por los diferentes actores en un plazo razonable; (b) evaluar los resultados de los pilotos del AUS para permitir ajustes al diseño original o al proceso masivo de implementación; y (c) evaluar las incertidumbres y desafíos que plantea el proceso de descentralización del sistema de salud al AUS. iii. El AUS debería establecer mecanismos de pago confiables que permitan que el seguro se perciba como un incentivo con beneficios concretos a nivel de los establecimientos. iv. El establecimiento de un fondo previsional en el diseño del AUS debería discutirse. Esto evitaría que situaciones coyunturales y contingencias fiscales determinen su funcionamiento. v. Reducir la segmentación del aseguramiento mediante la articulación de aseguradores y la desfragmentación gradual de la oferta. La "compra de servicios" es útil. vi. En su implementación gradual, el AUS debería considerar daños de mayor complejidad (enfermedades catastróficas) como una prioridad. Al respecto, podría ser muy eficiente contar con un componente del AUS como un "seguro catastrófico" que, asegurando dos o tres enfermedades trazadoras, produzca un impacto epidemiológico y un menor gasto de bolsillo en pobres.
	4c. <i>Aumentar el aseguramiento de la población en el sector privado.</i>	<ul style="list-style-type: none"> i. El MINSA debería apoyar el crecimiento de la red de aseguramiento del sistema privado de salud, reforzando la idea de un sistema de múltiples prestadores, incluyendo al sector público.
5. El financiamiento de la salud	El Perú tiene el gasto más bajo en salud de la región. Por otra parte, el nivel de gasto del bolsillo de la población está aumentando, en perjuicio de los más pobres. Se sugiere:	<ul style="list-style-type: none"> i. Aumentar gradualmente el gasto de salud y situarse al menos cerca del promedio latinoamericano, pero focalizado en: (a) políticas públicas de probada evidencia en resultados; (b) expansión del sistema de aseguramiento en salud optimizando su diseño; y (c) eliminación de restricciones para aumentar la eficiencia a través de "cadenas o líneas de cuidado productivas" en el marco de las redes descentralizadas de servicios. ii. Aumentar el financiamiento a través de una de las opciones sugeridas: (a) la mejora de la oferta de servicios de salud en el área rural; (b) el aumento gradual del financiamiento para el AUS; (c) modificar el sistema de asignación financiera del SIS y aumentar el gasto individual per cápita de su población asegurada; (d) asignar financiamiento específico para enfermedades catastróficas en el marco del AUS; y (e) una reforma estructural del financiamiento del sistema, con una asignación de aseguramiento universal capitada y un sustantivo aumento de financiamiento en función de escenarios de aseguramiento posibles y de un claro proceso de implementación. iii. Reducir el gasto de bolsillo de la población más pobre en el Perú, aumentando la afiliación al SIS en áreas rurales y áreas pobres urbanas. iv. En el marco del AUS, pensar en un modelo de financiamiento selectivo de las enfermedades catastróficas.

VI. Bibliografía

- Altobelli, Laura C. y Carlos Acosta-Saal (2011). "Local Health Administration Committees (CLAS): opportunity and empowerment for equity in health in Peru". En: Erik Blas, Johannes Sommerfeld y Anand Sivasankara Kurup (eds.). *Social determinants approaches to public health: from concept to practice*. Ginebra: OMS.
- Banco Mundial (2006). *A new social contract for Peru, an agenda for improving Education, Health Care, and the Social Safety Net*. Washington D.C.: Banco Mundial.
- Banco Mundial (2010). *Improving Health Outcomes in Peru, by strengthening users entitlements and reinforcing public sector management*. Washington D.C.: Banco Mundial.
- Castro de la Matta, R y Zavaleta, A. (2003). Epidemiología de las drogas en la población urbana peruana. Monografía de Investigación 23. Lima: CEDRO.
- CEDRO (2005). Epidemiología de drogas en la población urbana peruana (encuesta de hogares).
- Congreso de la República del Perú (2009). Ley N.º 29344: Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud. Lima: Congreso de la República.
- Cosavalente Vidarte, Oscar (2010). Monitoreo y evaluación del proceso de descentralización en salud. Programa de Apoyo a la Reforma en Salud PARSALUD II, consultoría elaborada por Cosavalente Vidarte, Oscar. Sistematización del proceso de implementación del monitoreo y evaluación de la descentralización en salud en el nivel regional orientado a mejorar el desempeño de la función Salud. Mayo, Lima.
- DEVIDA (2006). III Encuesta Nacional de Consumo de Drogas en Población General del Perú. Lima, Perú
- Francke, Pedro (2007). "Retos de ayer y hoy para la política en salud". *Economía y Sociedad* 66. Lima. CIES-PUCP.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2010). Condiciones de vida en el Perú. (abril-mayo-junio).
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (2009). Encuesta Nacional de Demografía y Salud Familiar 2009. Lima.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Nacional de Hogares ENAHO 2004-2008.
- Ministerio de Salud (2008). Cuentas nacionales de salud Perú 1995-2005. Lima: MINSA.



- Ministerio de Salud (2008). La carga de enfermedad y lesiones en el Perú. Lima: MINSA.
- Ministerio de Salud (2009). Plan esencial de aseguramiento en salud (PEAS). Plan de beneficios del PEAS. Lima: MINSA.
- Naciones Unidas (2008). Informe de cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio Perú.
- Narváez, Gordillo (2010). El costo de las enfermedades que ameritan respuesta inmediata del Sistema de Salud: en Lima, Perú.
- Organización Mundial de la Salud (2010). Informe sobre la salud en el mundo 2010: Financiación para la cobertura universal. Ginebra: OMS.
- Partners for Health Reformplus (2003). Estudio de oferta de los servicios de salud en el Perú y el análisis de brechas 2003-2020.
- Quevedo y Salas (2009) Construyendo alianzas estratégicas para detener la tuberculosis: la experiencia peruana/ Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas-Lima: Ministerio de Salud; 2006
- Report No. 59218-PE Recurso Programmatic AAA - Phase IV Improving Health Outcomes by Strengthening Users' Entitlements and Reinforcing Public Sector Management Human Development Sector Management Unit Andean Country Management Unit Latin America and the Caribbean Region
- UNICEF, International IDEA y Transparencia (2006). La niñez en las políticas de salud, situación y propuestas. UNICEF Perú, International Institute for Democracy and Electoral Assistance 2005, Asociación Civil Transparencia. La niñez en las políticas de salud. Situación y propuestas. Primera edición: 2005. Impreso en el Perú.
- Valdivia, Martín y Díaz, Juan José (2007). "La salud materno-infantil en el Perú: mirando dentro y fuera del sector salud". En: *Investigación, políticas y desarrollo en el Perú*. Lima: GRADE.
- Velásquez (2008). La carga de enfermedad y lesiones en el Perú. Autores: Aníbal Velásquez Valdivia, Carlos Cachay, César Munayco, Ebert Poquioma, Roberto Espinoza, Yovanna Seclén. Lima: MINSA.
- Velásquez A. (2009). "La carga de enfermedad y lesiones en el Perú y las prioridades del plan esencial de aseguramiento universal". *Rev Perú Med Exp Salud pública* 26 (2): 222-31.