

Betty M. Alvarado y Monique Mrazek

Resumen

El Perú ha logrado algunos avances en los indicadores del estado de salud de su población, especialmente en el área de la mortalidad infantil, en la que ha alcanzado el promedio latinoamericano. También se han producido ciertas mejoras en el acceso, como el incremento del número de partos atendidos por personal capacitado y de las inmunizaciones, así como el aumento de la cobertura del seguro de salud para los pobres. No obstante estas mejoras, persisten desigualdades geográficas y vinculadas al nivel de ingresos. Un factor clave que limita las mejoras en la prestación de atención por el sistema público es la falta de metas o estándares, que resultan esenciales para poder supervisar adecuadamente los resultados de salud y el desempeño del sector; así como para contar con información útil para futuras reformas y cambios de política. Sin información y sin canales claros se reducen las posibilidades de rendición de cuentas. Aunque es cierto que existen ciertos canales y procesos para la rendición de cuentas de los proveedores (es decir, profesionales y establecimientos de salud), estos son débiles, especialmente entre los responsables de la regulación y el financiamiento del sector y entre los encargados de la formulación de políticas/administradores y los usuarios/pacientes. Aunque hay problemas relacionados con las capacidades y el financiamiento, a menos que se logren más avances en la fijación de estándares y el desarrollo de canales de rendición de cuentas, una inversión en mayor capacidad no producirá los resultados esperados. Las recomendaciones giran en torno de cuatro áreas claves (i) metas y estándares, (ii) rendición de cuentas, (iii) financiamiento, y (iv) generación y fortalecimiento de la capacidad.

1 El diagnóstico recoge el análisis desarrollado en Lenz y Alvarado 2006. Las autoras agradecen los aportes de Daniel Cotlear y Jose Pablo Gómez-Meza.

I. Introducción

Este capítulo analiza el estado de la salud en el Perú y el desempeño del sector público de salud,² y propone una serie de recomendaciones para apoyar una reforma integral capaz de lograr mejoras en el acceso, la calidad y, en particular, la equidad en la prestación de los servicios de salud. Las recomendaciones ponen especial énfasis en el fortalecimiento de la rendición de cuentas, la creación de capacidad y el establecimiento de metas y estándares para mejorar el desempeño del sector Salud.

El Perú ha logrado importantes avances en la mejora de los indicadores de salud. Hay que señalar los progresos en la reducción de la tasa de mortalidad infantil, que ha logrado alcanzar el promedio latinoamericano. Por el contrario, la tasa de mortalidad materna se ha mantenido muy alta y casi duplica el promedio de América Latina. Los problemas del Perú en este ámbito se manifiestan en la desigualdad y la baja calidad³ de los servicios de atención del sector público, lo que, a su vez, se refleja en unos resultados desiguales que afectan a los pobres.

El capítulo está compuesto por esta introducción y tres secciones. La segunda presenta los antecedentes y el contexto, que incluye un breve diagnóstico del estado de la salud y el desempeño de la oferta. La tercera analiza los desafíos en la gestión y el financiamiento del sector público. Y la cuarta describe algunas recomendaciones para seguir apoyando los avances en este sector.

II. Antecedentes y contexto

Organización y financiamiento del sector público de salud

El sistema de salud peruano se encuentra fragmentado en un sector público, otro privado y distintos subsistemas dentro del sector público, que funcionan de forma independiente y descoordinada. El sistema público está formado por los servicios que se financian y prestan a través del Ministerio de Salud (MINSA), EsSalud (Seguro Social) y las unidades de asistencia médica de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional. Algunos municipios disponen también de sus propios centros para prestar atención primaria, pero estos son una minoría. Cada una de estas entidades públicas cubre a distintos segmentos de la población, y las interacciones entre ellas son escasas. El Seguro Integral de Salud (SIS) es una agencia dependiente del MINSA y un intermediario de financiamiento clave para los pobres. El sector privado está compuesto por aseguradoras privadas, proveedores con y sin fines de lucro, profesionales médicos y de la salud y proveedores de medicina tradicional.

2 Se enfoca, asimismo, en la provisión de servicios a los pobres.

3 Para conseguir calidad en la atención de la salud hay que buscar el mejor desempeño en la provisión de los servicios, incluyendo aspectos de infraestructura, sistemas de monitoreo, accesibilidad (geográfica y técnica), desempeño técnico en la prestación y satisfacción de los pacientes.

El MINSA proporciona atención primaria y hospitalaria. Es el principal proveedor de servicios de atención primaria, y se hace responsable de más de 80 por ciento de los centros y puestos de salud del sector público. También presta servicios hospitalarios en sus propios establecimientos, sobre todo en Lima. Aunque no es el principal proveedor hospitalario —dispone de solo nueve hospitales—, concentra más de dos terceras partes del número total de camas hospitalarias. En 2004 registró 57 millones de visitas a sus centros, lo que significa que ocho de cada diez consultas del sector público se atendieron en los servicios del MINSA. Los pobres y las personas que viven en las zonas rurales dependen primordialmente del MINSA para acceder a la asistencia médica. Al respecto, dos de cada tres personas de los quintiles pobres 1 y 2 acudieron a consultas de asistencia médica proporcionada por el MINSA, y casi ocho de cada diez individuos de los mismos quintiles fueron hospitalizados en centros del MINSA en 2003.

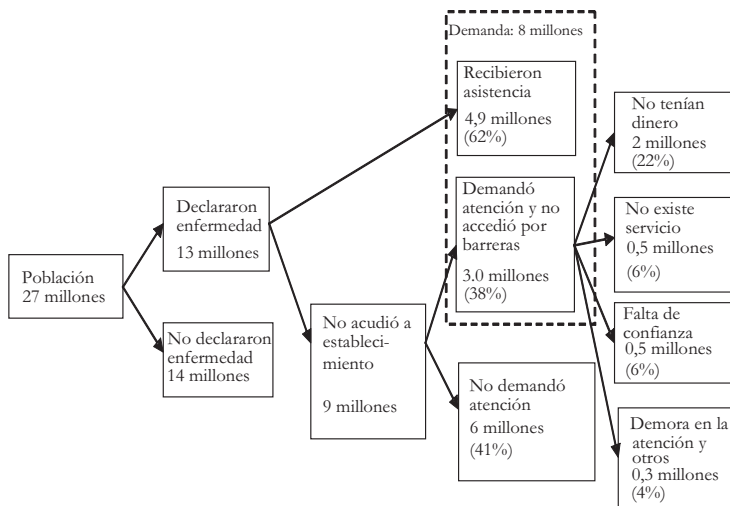
Aunque la cantidad de servicios que presta el MINSA es mayor que la que brinda EsSalud, esta última institución gastó casi 3,5 veces más que la primera,⁴ lo que da cuenta de la diferencia en el nivel de financiamiento per cápita de la asistencia médica a distintos segmentos de la población; las mismas diferencias limitan o hacen más difícil las iniciativas para integrar los subsistemas. Además, el gasto del Perú en salud ha sido bastante bajo —más o menos 3,6 por ciento del PBI— en comparación con el promedio latinoamericano, que alcanza 7 por ciento del PBI en 2000. Además, el Perú gasta alrededor de 100 dólares per cápita en asistencia médica por año menos de la mitad de los 262 dólares per cápita que se gastan en promedio en América Latina.

Aplicando la metodología de las cuentas nacionales de salud, que distingue entre fuentes, fondos de intermediación y proveedores, las aportaciones de todas las fuentes de financiamiento se distribuyen casi uniformemente entre el sector privado, la seguridad social y el resto del sector público. El sector privado provee 37 por ciento de las aportaciones de todas las fuentes de financiamiento. Los hogares aportan el 78 por ciento del financiamiento privado. Cabe resaltar que el mayor gasto de salud que realizaron los hogares fue en medicinas (por ejemplo, 47 por ciento de su gasto en salud en 2003).

Acceso a los servicios de salud

A pesar de importantes innovaciones como el SIS —analizado con mayor profundidad más adelante—, que ha incrementado la cobertura del seguro de salud especialmente para los pobres, y de otros programas diseñados para mejorar el acceso a servicios maternos e infantiles, siguen existiendo brechas en el acceso a la atención de la salud. Es de notar que casi la mitad de los peruanos no cuentan con ningún seguro de salud. Como consecuencia, cuatro de cada diez personas que declararon estar enfermas en 2003 no recibieron servicios principalmente porque no podían pagar la atención (véase el gráfico 1). En los quintiles más pobres, 36 por ciento de los ciudadanos no disponían de acceso a la atención de la salud por falta de dinero, mientras que en los quintiles más adinerados esta proporción era de apenas 6 por ciento. Finalmente, los pobres tienen casi cinco veces

4 El MINSA gastó solo 139 dólares per cápita en 2003.

Gráfico 1. Acceso a la atención de la salud

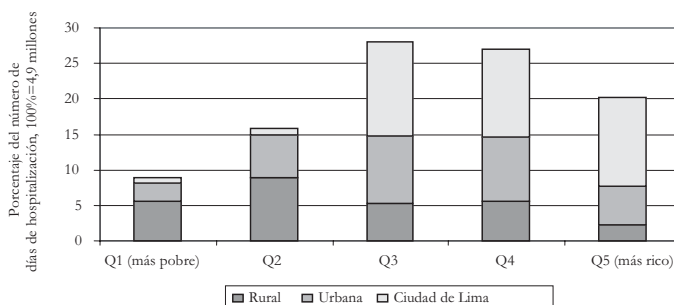
Fuente: basado en INEI 2003.

menos probabilidades de ser atendidos en un establecimiento de salud que los peruanos con más recursos.

La magnitud de las desigualdades geográficas y por nivel de ingresos en el acceso a hospitales es notable. El gráfico 2 muestra que 40 por ciento de los peruanos más pobres (quintiles 1 y 2) ocuparon solo 25 por ciento de los días de hospitalización, mientras que el 40 por ciento más rico (quintiles 4 y 5) ocupó 47 por ciento de esos días. Si se comparan los ingresos hospitalarios entre los quintiles más pobres y los más ricos en cada zona geográfica, aparece una desigualdad intrarregional que registra su cifra más alta en Lima Metropolitana. Asimismo, cuatro de cada diez días de hospitalización a escala nacional corresponden a los habitantes de Lima Metropolitana. Otro dato indica que los habitantes de la capital del país se hospitalizaron el doble de veces que los de la selva. Estas cifras se explican en parte por la concentración de hospitales nacionales e institutos especializados en Lima (véase el gráfico 2).

La inequidad también se manifiesta en el acceso a la atención de pacientes de las regiones fuera de Lima en hospitales e institutos especializados y de gran complejidad ubicados en esta ciudad. En 2004, 97 por ciento de las altas en los hospitales y 87 por ciento de las altas en los institutos correspondieron a pacientes de Lima. La situación se agrava cuando se considera que, de todos los pacientes hospitalizados en Lima, la mayoría pertenecía a los tres quintiles más altos de ingresos (quintiles 3, 4 y 5). El SIS podría revertir esta situación. Actualmente cubre la atención primaria y un número limitado de complicaciones que exigen hospitalización, y los pobres no pueden pagar el costo de la hospitalización para cirugía y otras intervenciones especializadas. Entre otras mejoras recomendadas para el SIS al final de este capítulo está la creación de un fondo para cubrir

Gráfico 2. Hospitalización en hospitales del MINSA por quintil y área de residencia, 2003



Fuente: INEI 2003.

algunas enfermedades catastróficas definidas que beneficiaría a pacientes fuera de Lima y a pacientes muy pobres.

Una de las causas de la desigualdad es la barrera que impone a los pobres la estructura tarifaria de los hospitales, especialmente en lo que respecta a los costos diarios de las camas. Los presupuestos de los hospitales de Lima dependen en gran medida de los recursos obtenidos por las tarifas, que explican, en promedio, 25 por ciento de sus ingresos totales (SIAF 2004). Existen casos extremos en los que el porcentaje de ingresos recaudados de los pacientes en los institutos especializados y los grandes hospitales están alrededor de 60 por ciento y 33 por ciento respectivamente.

Estado de la salud de los pobres

Las desigualdades existentes en el acceso se reflejan a su vez en las desigualdades en el estado de la salud entre los grupos de ingresos y las regiones. Aunque se ha producido una mejora en algunos indicadores de salud como la mortalidad infantil, las cifras nacionales ocultan desigualdades sobre todo en la mortalidad perinatal⁵ y materna.

Las principales manifestaciones de la salud en el Perú se dan en un nuevo contexto demográfico. En las tres últimas décadas el Perú, como otros países de América Latina, ha experimentado una disminución del crecimiento de la población y una importante tendencia a la urbanización. Así, ha pasado de una tasa de crecimiento de la población de 2,8 por ciento entre 1961 y 1972 a una de 1,7 por ciento entre 1993 y 2002. La proporción de población urbana/rural, que era de 35 por ciento/65 por ciento en 1940, se ha invertido en 2002, de manera que por cada habitante de una zona rural hay tres que viven en una zona urbana. Aunque se ha reducido la pobreza extrema en las zonas

5 La tasa de mortalidad perinatal consiste en las muertes que se producen en el periodo que comienza en las 22 semanas completas de embarazo (muerte de un feto de 500 gramos o más) y de recién nacidos que mueren antes de los siete días desde su nacimiento.

rurales, ha aumentado la pobreza en Lima Metropolitana. Esta situación supone un gran desafío para el sistema de salud en un nuevo escenario más complejo, con nuevas manifestaciones epidemiológicas típicas de las zonas urbanas.

Enfermedades transmisibles e infecciosas

Se calcula que en el Perú mueren cada año 85 mil personas. Las principales causas de muerte son las enfermedades circulatorias, los tumores malignos y las enfermedades transmisibles, que explican aproximadamente la mitad de todos los decesos registrados. Aunque las enfermedades transmisibles se han reducido, cuando se consideran los quintiles de ingresos y las zonas de residencia aparecen diferencias. Mientras que, en la costa, dos de cada diez fallecimientos se deben a enfermedades transmisibles, en la sierra y la selva esa causa explica cuatro de cada diez muertes. Entre las enfermedades transmisibles destacan las infecciones respiratorias e intestinales y las septicemias (MINSA 2004).

El último «Análisis de la situación de la salud del Perú 2003», del MINSA (2004), concluyó que las enfermedades más recurrentes durante el año 2000 en el quintil más pobre de ingresos fueron las infecciones respiratorias y otras afecciones relacionadas (24 por ciento), las infecciones intestinales y parasitarias (24 por ciento) y los problemas de la cavidad bucal (11 por ciento). Nótese que aunque las infecciones respiratorias también afectaron al quintil más rico, las intestinales y parasitarias son especialmente predominantes en el quintil más bajo debido a la falta de servicios de agua y saneamiento y a la degradación ambiental (véase el capítulo sobre política de salud ambiental para medidas de prevención y el de agua potable y saneamiento para políticas de inversiones en ese sector).

No todos los casos de enfermedades declaradas reciben tratamiento; una vez más surgen brechas entre los segmentos de población. Estas aumentan en el caso de enfermedades diarreicas graves. Así, en Lima Metropolitana siete de cada diez enfermos buscan tratamiento, mientras que en el resto de zonas urbanas y rurales solo lo hacen tres de cada diez afectados (INEI 2005).

Mortalidad infantil y materna

La reducción de la mortalidad infantil en el Perú en la última década ha representado uno de los logros más importantes conseguidos por el país en materia de salud. Si se compara el cambio de las tasas de mortalidad infantil por periodos de cinco años —de 1995-2000 a 2000-2005—, la reducción en América Latina fue de 21 por ciento y la del Perú, 33 por ciento. El Perú ha logrado una tasa de 23 muertes por cada mil nacidos vivos, alcanzando así el promedio latinoamericano.⁶ Las mejoras en los índices de mortalidad infantil están relacionadas con los cambios ambientales y con una mejora general del nivel de vida de la población (es decir, el acceso a agua potable limpia, la educación de las

6 En la Encuesta Demográfica y de Salud Nacional (ENDES Continua [2005]), los intervalos de confianza para una tasa de 23 (por cada mil nacimientos) se encuentran entre 15 y 32 debido al tamaño de la muestra.

madres.). Entre otros factores figuran intervenciones de salud pública como programas de vacunación, educación sanitaria y un tratamiento adecuado de la diarrea (véanse el cuadro 1 y el gráfico 3).

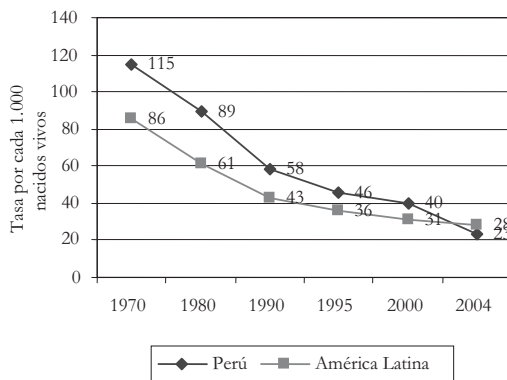
Cuadro 1. Indicadores básicos de salud seleccionados del Perú y América Latina

Indicadores	Perú				América Latina (último año disponible)
	1991	1996	2000	2004	
Esperanza de vida al nacer (en años)	66,7	68,3	69,8 ¹	71 ¹	72,1
Tasa de mortalidad materna	308 ²	265	185	175 ^{2,3} 163,9	85,1
Mortalidad infantil (por cada mil nacidos vivos)	64	50	33,6	23	22,7
Mortalidad perinatal (por cada mil nacidos vivos)	29	24	23	16	34,4

¹ Proyecciones del INEI. ² Calculada basándose en las variaciones reportadas por el MINSa. En <<http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/indicadoresNac/download/estadodesalud323.htm>>. ³ Cifra correspondiente a 2002.

Fuente: MINSa 2004.

Gráfico 3. Tasa de mortalidad infantil en el Perú y América Latina



Fuente: *Peru DHS Fact Sheet*, basada en la ENDES Continua 2005 (*World Development Indicators 2005*).

También se han producido mejoras en la tasa de mortalidad de niños menores de 5 años. En 1980 la tasa del Perú era similar a la que tenía América Latina en 1970 (alrededor de 124 por cada mil); en la actualidad, la tasa ha descendido a 51 por cada mil, similar a la que mostraba la región en 1995.

Aunque las tasas de mortalidad infantil y de niños se hayan reducido en el Perú, las mejoras no han alcanzado el mismo nivel en todos los departamentos. Un análisis de estas tasas por quintil de ingresos confirma que disminuyeron en todos los quintiles de ingresos entre 51 por cada mil niños menores de 5 años. Enida de la población to 1996 y 2000 (a excepción de la mortalidad infantil en el quintil 2, que no varió). Más específicamente, en el periodo 1996-2000 la mortalidad infantil se redujo a 19 por ciento en el quintil de ingresos más pobre y a 29 por ciento en el quintil más rico, mientras que la mortalidad de niños menores de 5 años disminuyó a 16 por ciento y 20 por ciento respectivamente.

Un análisis más detallado de la mortalidad infantil también revela que la importancia relativa de la tasa de mortalidad perinatal aumentó. Este componente de la mortalidad infantil resulta más difícil de reducir, porque ello requiere iniciativas concentradas para mejorar el acceso y calidad de la atención de salud (es decir, cobertura de la atención prenatal, partos en establecimientos de salud, atención a los nacimientos prematuros, atención neonatal especializada a niños prematuros), todo lo cual implica intervenciones de mayor costo.

A pesar de que en la última década ha disminuido la mortalidad infantil y de niños en el Perú, la mortalidad materna continúa siendo un grave problema. Las tasas de mortalidad materna en el Perú son casi el doble que el promedio latinoamericano (véase el cuadro 1). Se estima que en 2002 aproximadamente mil mujeres murieron en el país debido a complicaciones en el embarazo o a afecciones relacionadas con él. El riesgo de morir como consecuencia de complicaciones en el embarazo, el parto o el puerperio⁷ también está vinculado a la situación de pobreza de la población. De hecho, las muertes debidas a estos factores son once veces más en los departamentos pobres como Ayacucho y Puno (36 muertes por cada mil mujeres en edad fértil en cada uno) en comparación con Lima e Ica (3 muertes por cada mil mujeres en edad fértil en cada uno). Un factor asociado es la diferencia en el acceso a la atención de la salud especializada en todo el país. Por ejemplo, mientras que en Lima nueve de cada diez mujeres se atiende con personal calificado durante su periodo prenatal y el parto, en los departamentos de Huancavelica y Puno esa atención solo alcanza a dos o tres mujeres de cada diez.

Los objetivos de desarrollo del milenio (ODM) para 2015 establecen para el Perú una meta de una tasa de mortalidad infantil de 19 por cada mil nacidos vivos, una tasa de mortalidad de niños menores de 5 años de 27 muertes por cada mil nacidos vivos y una tasa de mortalidad materna de 66 por cada 100 mil nacidos vivos. Aunque el país está muy cerca de lograr la meta establecida para la mortalidad infantil a escala nacional, no es probable que la alcance en el resto de tasas sin políticas de focalización adicionales.

Logros en la provisión de servicios de salud

Las políticas de salud impulsadas en el Perú en la última década se han concentrado en la salud materna e infantil y han conseguido logros significativos en la cobertura de los

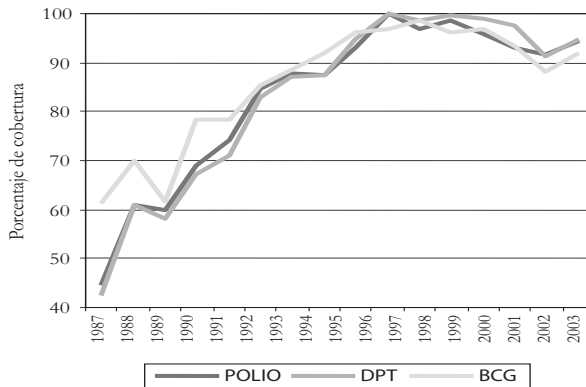
7 El periodo entre el nacimiento del niño y la vuelta del útero a su tamaño normal.

programas, incluyendo las inmunizaciones y la extensión de la cobertura de partos institucionales y atendidos por profesionales.

Inmunizaciones

El éxito de la iniciativa para mejorar el acceso de la población a la asistencia preventiva con medidas como programas de inmunización ha logrado un incremento del número de personas protegidas. Los avances en esta área son notables, ya que a principios de la década de 1990 la cobertura era solamente de 70 por ciento y en la actualidad supera el 90 por ciento (véase el gráfico 4). No obstante, entre 1998 y 2002 la cobertura de las vacunas contra la poliomielitis, la difteria, la tosferina, el tétanos (DPT) y el BCG se redujo en casi siete puntos porcentuales. Esta reducción coincidió con la introducción de cambios liderados por el MINSA para integrar los programas verticales en el Ministerio.⁸ En el año 2000 también se redujo el gasto en vacunas a 4,5 millones de dólares, pero en 2001 aumentó a 11,2 millones de dólares. Además, durante el mismo periodo se pusieron en marcha iniciativas para mejorar la calidad de ciertos sistemas de registro de información, lo que podría explicar parte del descenso. La sensibilidad y la importancia de los programas de inmunización exigen la implementación de un programa o iniciativa de protección del financiamiento para evitar que los fondos reservados en un principio para estos programas sean utilizados para otros fines.

Gráfico 4. Evolución de la cobertura de las principales vacunas



Fuente: MINSA-Oficina de Estadísticas e Informática.
En <www.minsa.gob.pe>.

8 El MINSA ha podido reducir las enfermedades transmisibles mediante programas especializados que se identificaron como «verticales» porque cada uno tenía su propia administración, paralela a la estructura del Ministerio, lo que a veces producía ineficiencias administrativas y limitaba el proceso de toma de decisiones en el centro.

Cobertura del parto atendido por profesionales

Los datos actuales muestran una mejora significativa de la cobertura de atención materna en el país. Las cifras de la ENDES continua indican que nueve de cada diez mujeres embarazadas recibieron asistencia prenatal en su último embarazo (un incremento de nueve puntos porcentuales sobre el 83 por ciento de 2000). Es importante señalar que los partos en establecimientos de salud aumentaron considerablemente en el Perú: de 58 por ciento en 2000 a 70 por ciento en 2004. Sin embargo, el indicador que mejor ratifica lo anterior es el incremento de los partos asistidos por profesionales, que aumentaron de 58 por ciento de los nacimientos en 2000 a 71 por ciento en 2004.

No obstante, lo que oculta este indicador nacional son las brechas que siguen existiendo entre los pobres y los no pobres y entre las zonas rurales y las urbanas. Mientras que nueve de cada diez partos en zonas urbanas fueron asistidos por profesionales, esta cifra baja a cuatro de cada diez en las zonas rurales (una proporción de 2 a 1). La mayoría de las muertes maternas se debe a hemorragias en el embarazo o el parto (58 por ciento). Un análisis de las causas específicas de las hemorragias maternas revela que la mitad están relacionadas con la retención de la placenta (53 por ciento), 21 por ciento con la atonía uterina,⁹ y 13 por ciento con una separación prematura de la placenta y la placenta previa¹⁰ (MINSA 2003a). La mayoría de estas causas se pueden evitar y atender solamente si el parto se realiza en un establecimiento de salud y con personal y equipamiento adecuados.

III. Innovaciones y retos en la gestión y el financiamiento de la salud

Desde mediados de la década de 1980 el sistema de salud peruano ha ido experimentando un proceso de cambio lento pero continuo marcado por avances y retrocesos. Algunos de estos cambios han tenido un impacto positivo sobre la equidad y los resultados de salud, y han contribuido a mejorar el proceso de rendición de cuentas entre los formuladores/ejecutores de las políticas y los proveedores, así como al empoderamiento de la población. Durante la segunda mitad de esa década se puso en marcha una iniciativa de desconcentración que constituye la base de la actual Dirección de Salud (DISA) descentralizada (también conocida ahora como DIRESA en las regiones). En el decenio de 1990, las DISA de Lima y el Callao se volvieron a centralizar en el MINSA.

Una vez estabilizada la economía en 1993 se introdujeron una serie de reformas:

9 Se trata de un cuadro en el que el útero, luego de haber expulsado la placenta, no se retrae, con lo que se altera la hemostasis, que se convierte en la causa más frecuente de hemorragia.

10 La placenta previa es una afección en la que la placenta se implanta sobre la abertura cervical, ruta de salida del bebé desde el útero durante el nacimiento.

- Fortalecimiento de la atención primaria mediante el desarrollo de un paquete básico de servicios prestado por el Programa Salud Básica para Todos (PSBT) (1994).
- Formación de establecimientos de atención primaria con administración compartida con la comunidad (comités locales de administración de la salud, CLAS) (1994).
- Establecimiento de un sistema de rondas rurales (es decir, visitas externas de equipos locales itinerantes de trabajo extramural de salud, ELITES) (1998).
- Reorganización de EsSalud,¹¹ principalmente mediante la incorporación de entidades prestadoras de salud (EPS) privadas para gestionar parte de su capa simple o plan básico (1997). Además, se creó una Superintendencia de EPS (SEPS) para supervisar a las empresas privadas bajo el esquema de EPS.
- Creación de un Seguro Escolar Gratuito (1997) y un Seguro Materno Infantil (1998).

Desafortunadamente, no se realizaron cambios significativos en la gestión de los hospitales. Debido a las restricciones fiscales del Perú, el único ámbito que se formalizó fue el cobro de tarifas. Con ello se pretendía resolver los problemas de insolvencia de los hospitales. Sin embargo, por desgracia los pobres se vieron afectados. En la práctica, esto ha llevado a que los hospitales se dediquen sobre todo a ofrecer un plan básico que debería ser cubierto por los establecimientos de primer nivel y, como consecuencia, los servicios se han encarecido. Los hospitales disfrutan de una autonomía no regulada; algunos prestan servicios por intermedio de clínicas privadas que utilizan la infraestructura hospitalaria, y no está claro si los pagos de las clínicas a los hospitales cubren todos los beneficios adicionales que obtiene el personal que trabaja en esas clínicas. A juzgar por las amplias desigualdades que existen en los hospitales, medidas por la composición de los pacientes hospitalizados, de los cuales los pobres representan apenas 10 por ciento, la regulación de las tarifas podría mejorar el acceso y garantizar un uso más transparente de los recursos.

A partir de 2002 el proceso de descentralización recibió un nuevo impulso, pero el MINSA todavía tiene que reorganizarse para acompañarlo. Una de las medidas más importantes ha sido el intento por unificar los programas verticales. La anterior administración hizo bien en concentrar sus iniciativas en la mejora de la cobertura materna-perinatal, reduciendo las barreras económicas al acceso mediante:

- La creación de un Seguro Integral de Salud (SIS), resultado de la fusión del Seguro Escolar Gratuito y el Seguro Materno Infantil, que proporciona un incentivo adicional para ampliar la cobertura de los partos en establecimientos de salud.
- La incorporación de los acuerdos de gestión como herramientas de supervisión de la gestión de entidades regionales de salud desde el MINSA.

Algunas de estas iniciativas han ido más a favor de los pobres que otras y han fomentado procesos de rendición de cuentas muy interesantes que merecen una mayor consideración.

11 Ley 26760, «Modernización de la Seguridad Social en Salud», publicada el 17 de mayo de 1997.

El Programa de Salud Básica para Todos

En 1994 se creó el PSBT, financiado con recursos frescos el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) para expandir la disponibilidad de personal de salud en el nivel primario (médicos, enfermeras, obstétrices y auxiliares), de acuerdo con un esquema de contratos temporales que permitía unas escalas salariales más elevadas que las de los empleados públicos. Esto creó incentivos para contratar personal en zonas rurales y pobres. Además, se estableció un sistema de transferencias para pagar directamente al personal de centros y puestos de salud sin seguir los procedimientos estándares de transferencias desde el MEF hacia los gobiernos regionales, las DISA y, finalmente, al personal. Este personal contratado del PSBT en establecimientos que no pertenecían a los CLAS atendió en promedio a nueve pacientes al día en 2004, mientras que el resto del personal se hizo cargo de solo cinco pacientes al día¹² (Harding y Alvarado 2005).

El Programa de Administración Compartida y los CLAS

El Programa de Administración Compartida intentaba cambiar la forma como el Gobierno se relacionaba con la comunidad mediante la gestión de establecimientos de atención primaria a través del modelo CLAS. Este modelo desarrolla la posibilidad de financiar centros de asistencia primaria organizados bajo un esquema de gestión cuasi privado en el que participa la comunidad. El número de centros y puestos de salud que operan según el modelo CLAS se incrementó de 432 en 1994 (8 por ciento de los centros y puestos de salud del MINSA) a 1.927 en 2002 (23 por ciento de los centros y puestos de salud del MINSA). La tasa de crecimiento se redujo: pasó de 45 por ciento en 1998 y 2000 a solo 3 por ciento en 2004. Los CLAS tienen una distribución geográfica similar a la de los establecimientos tradicionales: cubren distritos pobres y menos pobres y están ubicados en zonas urbanas y rurales.

El modelo tiene tres características básicas que lo diferencian de un establecimiento tradicional:

- Combina la supervisión por la Asociación formada por seis representantes de la comunidad con la del gerente del establecimiento.
- Su estatus de organización privada sin fines de lucro dirigida por comunidades le permitía gestionar libremente y mantener sus fondos en el establecimiento,¹³ lo que atraía a los pacientes. La elección del consumidor actúa como otro mecanismo de rendición de cuentas que influye en el comportamiento de los CLAS.
- La Asociación aprueba un Plan de Salud Local anual junto con la comunidad. La Asociación y los miembros del Consejo a cargo de la supervisión suelen estar mejor informados sobre lo que ocurre en el establecimiento que los supervisores de las redes o las DISA, y por lo general estaban más motivados para supervisar el

12 La mediana de la producción diaria por trabajador se obtuvo dividiendo la producción anual del trabajador por 220 días, según la metodología de Waters (1998).

13 El resto de establecimientos tienen que enviar los fondos a la DIRESA o DISA.

establecimiento. Los CLAS firman dos acuerdos o contratos: uno por tres años para gestionar los insumos, incluyendo los recursos humanos y la infraestructura, y otro por un año para gestionar los servicios que ofrece de acuerdo con el Plan Local de Salud.

- El Gerente es supervisado directamente por el Consejo de Administración y la Asociación, a los que tiene que rendir cuentas por su desempeño. El Consejo se reúne con frecuencia (por lo general semanalmente) y sus miembros pasan parte de su tiempo diario en los establecimientos. Como tal, el Consejo se encarga de la supervisión directa para garantizar que el desempeño refleje las necesidades de las comunidades, que aparecen en el Plan de Salud Local.
- La Asociación «observa el establecimiento» indirectamente junto con los miembros de la comunidad, que son usuarios, y ambos pueden, por ejemplo, comentar sobre la calidad de los servicios cuando se juntan en reuniones comunitarias como el programa de Vaso de Leche, los comedores populares y las asociaciones vecinales. Los miembros de la Asociación tendrían que representar a una de estas entidades.
- Los ingresos y recursos disponibles para operar los CLAS se ven directamente influenciados por el volumen de pacientes (y vinculados con las tarifas y reembolsos del SIS). En este sentido, los centros CLAS están más influidos por la elección de centros por los pacientes que los centros tradicionales y, en consecuencia, los niveles de calidad son más elevados.
- El Gerente, junto con la Asociación y el Consejo, puede lidiar adecuadamente con la disciplina y desempeño del personal (como la contratación, la determinación del salario, las actividades, los horarios de trabajo y la atención al público).
- Un análisis rápido de la productividad de los recursos humanos de los CLAS en comparación con los que trabajan en centros que no pertenecen a los CLAS reveló que los primeros eran más productivos (Harding y Alvarado 2005).
- El proceso de rendición de cuentas a la población se vio fortalecido por otros mecanismos gubernamentales, de los cuales el más importante era el contrato de gestión entre la Asociación de los CLAS y la DISA. Además, los procesos de contabilidad y adquisición de los CLAS se consideraron actividades gubernamentales y se regularon y supervisaron como tales.

Una serie de estudios indican que los usuarios de los CLAS disfrutaron de mejor cobertura y servicios en establecimientos más eficientes en comparación con los de los establecimientos de atención primaria tradicionales. Entre los resultados más significativos se cuentan: mayor cobertura de la población en establecimientos CLAS, mayor acceso a la atención de la población bajo el programa de los CLAS que bajo el sistema de asistencia tradicional (75 por ciento), y una mayor proporción de servicios intramurales en los CLAS (1,7) en comparación con los otros establecimientos (1,5) (Altobelli 1998, 2004). Asimismo, en lo que respecta a la calidad de los servicios ofrecidos, 86 por ciento de los usuarios de los CLAS calificaron la asistencia médica recibida de satisfactoria, frente a 77 por ciento que calificaron de la misma manera la atención en los otros centros y puestos del MINSA (Cortez 1998).

Lamentablemente, la expansión del modelo de los CLAS en el MINSA ha perdido impulso a pesar del amplio apoyo académico e intelectual para su fortalecimiento. Una de las principales limitaciones es el cambio en la situación laboral de los médicos contratados a nombrados, que se hizo efectivo a partir de diciembre de 2004. El reciente nombramiento¹⁴ de 3 mil médicos afecta al sistema de tres formas: disminuyendo las horas de trabajo al día y los días al mes, reduciendo la producción sin ajuste salarial y disminuyendo la efectividad de la Gerencia. Además, los CLAS se verán presionados si los sindicatos que representan a otros profesionales de la salud reciben un tratamiento similar al que se otorga a los médicos.

El Seguro Integral de Salud (SIS)

El objetivo del SIS es proteger la salud de los peruanos que no cuentan con un seguro de salud; tienen prioridad en él los grupos de población vulnerables que viven en pobreza y en pobreza extrema, y se pretende mejorar su acceso a los servicios de salud. El SIS se creó en 2001 y reembolsa a los proveedores públicos del MINSA los costos variables de los planes ofrecidos. El SIS cubre a 33 por ciento de la población (aproximadamente 9 millones de personas en 2004), EsSalud presta servicios a casi 17 por ciento, y las entidades privadas a cerca de 2 por ciento. Esto significa que casi la mitad de los peruanos siguen sin ningún seguro de salud.

El SIS ofrece cinco planes (uno en la fase de implementación): Plan A para niños de entre 0 y 4 años; Plan B para niños y adolescentes de entre 5 y 17 años; Plan C para mujeres embarazadas y en el puerperio; Plan D para adultos en situaciones de emergencia; Plan E enfocado en grupos de adultos definidos por ley; y un Plan contributivo (en implementación). El Plan E tiene una política de puertas abiertas y atiende a grupos definidos (por ejemplo, miembros de las organizaciones del Vaso de Leche, de comedores populares, de clubes de madres, de Wawa wasis, de la Federación de Clubes de Calzados y ciudadanos que hayan recibido un indulto). El Congreso peruano también está interesado en incluir a los adultos pobres mayores de 17 años en un plan de aseguramiento.

Las tarifas de reembolso del SIS a los establecimientos han sido establecidas utilizando como indicadores de ejecución los costos de referencia determinados por distintos estudios. Estas tarifas no se basan aún en los mecanismos de pago que consideran el riesgo por incidencia de daño, el perfil epidemiológico de las regiones o los cálculos actuariales.

El SIS es un organismo público descentralizado del MINSA que obtiene su presupuesto de la organización principal, que cuenta con límites presupuestarios como cualquier otra entidad gubernamental. En contraste con su ambicioso objetivo de cobertura, el presupuesto del SIS representa solo 11 por ciento del presupuesto del MINSA (o apenas 7 por ciento cuando se incluye el presupuesto regional).¹⁵

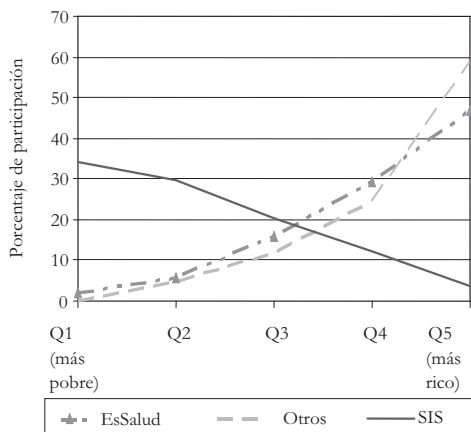
14 Ley 28220 sobre el nombramiento de médicos contratados en todo el país por el Ministerio de Salud.

15 En 2003, el presupuesto del SIS fue de 219 millones de nuevos soles, y el del MINSA, de casi 2 mil millones de nuevos soles (sin contar a las regiones).

El SIS ha logrado avances en cobertura y focalización de la atención materno-infantil. En 2004, casi 70 por ciento de sus recursos se dirigieron al Plan A (entre 0 y 4 años) y el Plan C (mujeres embarazadas y en el puerperio), mientras que 23 por ciento se concentró en el Plan B (entre 5 y 17 años), y solo 2,6 por ciento se asignó al resto de los planes. En 2004 (en comparación con 2003), el SIS se esforzó por dirigir más decididamente sus recursos a los componentes materno-infantiles, para lo que aumentó su participación en los Planes A y C a 69 por ciento.

En general, el SIS dispone de menor cobertura en Lima y el Callao (16 por ciento), debido principalmente a la presencia en estos lugares de poblaciones con mayores ingresos y al hecho de que la sede de afiliación de EsSalud se encuentra en la capital. En comparación con otros proveedores de seguros, el SIS cuenta todavía con el mayor número de afiliados de los quintiles de bajos ingresos. Del número total de personas que afirman estar afiliadas al SIS, seis de cada diez pertenecen a los quintiles 1 y 2. En contraste, casi ocho de cada diez de los afiliados de EsSalud pertenecen a los quintiles de ingresos más elevados (4 y 5), mientras que nueve de cada diez de los afiliados de aseguradoras privadas y de EPS pertenecen al quintil 5. La mayoría de la población de los quintiles 1 y 2 no está afiliada a un seguro distinto del SIS (véase el gráfico 5).

Gráfico 5. Afiliación a un seguro según el quintil, 2003



Fuente: INEI, 2003.

El SIS dedica 44 por ciento de sus recursos a los dos quintiles más pobres, mientras que el quintil más rico absorbe solamente 9 por ciento de los fondos totales. Las diferencias entre el número más bajo de usuarios y los mayores beneficios del quintil 5 se pueden explicar por dos factores: (i) las mayores tasas de uso; y (ii) la utilización de la atención de mayor costo en los quintiles de ingresos más elevados. A pesar de ello, esta distribución entre quintiles sigue siendo progresiva. Además, el SIS dedica 88 por ciento de sus recursos a la atención que presta a sus afiliados en centros, puestos y hospitales regionales y locales, fuera de Lima.

Este sistema ha realizado importantes contribuciones al desarrollo sectorial en los últimos años: (i) ha vinculado el financiamiento a actividades, fomentando un mejor uso de los recursos; (ii) ha reducido las barreras económicas para el acceso de los miembros más pobres de la población; y (iii) cuenta con la capacidad operativa y ha generado una información valiosa y transparente para la gestión sectorial del seguro.

A pesar de su importancia, el SIS enfrenta una falta crónica de liquidez, porque las transferencias de fondos del MEF no cubren los reembolsos retroactivos. Entre 2002 y 2004, la relación entre el total de los servicios facturados (valor bruto de la producción) enviada al MEF y las transferencias financieras realizadas por el SIS para pagar a los proveedores fue de 0,9. Esto significa que, en promedio, 9 por ciento de los servicios prestados por proveedores y financiados por el SIS no se han cubierto debido a problemas de flujo de caja. Esto puede haber creado un problema de largo plazo por la pérdida de confianza en el nuevo sistema. Además, los proveedores directos en el establecimiento no son atraídos por el SIS, porque las tarifas impuestas suelen ser menores que aquellas cobradas al público.

Los objetivos actuales del SIS son demasiado extensos y ambiciosos, además de poco claros y políticamente vulnerables. En la actualidad, el sistema operativo del SIS consiste en pagar servicios registrados en los establecimientos de salud; no obstante, estos pagos no guardan relación con las metas establecidas ni con los planes prioritarios. Los servicios se ofrecen de un modo universal, lo que genera conflictos con las restricciones presupuestarias del MEF. Si la política de proporcionar protección financiera a los pobres, los extremadamente pobres y otros grupos denominados «grupos vulnerables o focalizados determinados por ley» no recibe el apoyo del MEF, está en riesgo la continuidad de este instrumento. El descontento actual expresado por los establecimientos y las DISA o DIRESA puede poner en peligro los avances logrados por el SIS.

IV. Recomendaciones

La evaluación del desempeño del sector público de salud ha revelado que, aunque se han producido ciertos avances en los resultados del estado de la salud y en innovaciones para ampliar la cobertura a los pobres, es necesario progresar más. Un factor clave que limita el desarrollo del sistema público es la falta de metas y estándares, que resultan esenciales para poder monitorear adecuadamente los resultados de salud y el desempeño del sector, y para contar con información relevante para continuar con reformas y cambios de política. Otros factores que comprometen igualmente la rendición de cuentas son la existencia de canales y procesos débiles o tal vez inexistentes que garanticen el seguimiento del desempeño y los resultados. Aunque es cierto que hay ciertos canales y procesos para la rendición de cuentas en el lado de la oferta (es decir, el de profesionales y establecimientos), estos son débiles, especialmente entre los agentes de regulación y de financiamiento del sector y entre los encargados de la formulación/administración y los usuarios/pacientes. A menos que se logren más avances en el establecimiento de estándares y en el desarrollo de canales de rendición de cuentas, una inversión en mayor capacidad no producirá los

resultados esperados. Las recomendaciones giran en torno de cuatro áreas clave: (i) fijación de metas y estándares; (ii) cultura de rendición de cuentas; (iii) financiamiento; y (iv) fortalecimiento o creación de capacidades.

Metas y estándares

Para mejorar el desempeño del sector, y especialmente su calidad y eficiencia, es clave establecer metas y estándares claros. Esto implica un nivel suficiente de información y datos sobre el sistema para garantizar que sean apropiados y oportunos para supervisar el logro de estas metas y estándares. La falta de esta información en el sistema actual y su importancia crucial para mejorar la rendición de cuentas sugieren que es prioritaria una mayor inversión en el fortalecimiento de los sistemas de información.

Corto plazo. Establecer metas y estándares para el sistema

Resulta esencial establecer metas y estándares claros y transparentes en distintas dimensiones del sistema, entre los que deberían figurar algunos relacionados con los resultados de salud y el desempeño (equidad, eficiencia, calidad, sensibilidad) en el sistema en general y a distintos niveles y para distintos actores. Se deberían seleccionar indicadores de fácil medición y adecuados para supervisar y evaluar el logro de metas. La selección de estos indicadores debería ser transparente y es necesario involucrar a proveedores y usuarios del sistema. También deberían ofrecer una orientación para el fortalecimiento de los sistemas de información. Sin embargo, habría que tener mucho cuidado para no limitarse solo a indicadores específicos, puesto que así se puede perder la perspectiva de los aspectos que no se midan. Así, pues, resulta esencial que los indicadores seleccionados sean lo suficientemente específicos para ciertas metas y objetivos claves, pero también que existan otros lo suficientemente amplios como para captar el desempeño del sistema en general. Asimismo, se debería divulgar estas metas y estándares a través de un medio como una página web, que permitiera un mayor acceso de proveedores y usuarios.

Mediano plazo. Fortalecer los sistemas de información

El MINSA carece en la actualidad de la información que le permita establecer metas y estándares, desarrollar políticas y supervisar los resultados del desempeño y la rendición de cuentas del sistema. Resultaría de especial utilidad el fortalecimiento de los siguientes sistemas de información:

- ***Estadísticas vitales de la población e identificación de las características de la demanda.*** Actualmente el MINSA calcula la población de beneficiarios sin un conocimiento adecuado de los usuarios de los distintos servicios que administra (preventivos, curativos y de rehabilitación). Los datos recopilados deberían identificar a los usuarios mediante una clasificación socioeconómica, incluyendo su estado de salud y los tipos de intervenciones de asistencia médica a los que han tenido acceso. Esto ayudaría a identificar a quién, qué y cuánto subsidiar.

- **Productividad de los establecimientos.** Las estadísticas sobre la utilización ambulatoria son extremadamente débiles, aunque las relacionadas con los egresos hospitalarios son buenas en determinados hospitales. En la actualidad la información disponible no está consolidada en el MINSA. La falta de información sobre productividad impide tomar iniciativas para crear una cultura de rendición de cuentas y mejorar así el desempeño.
- **Sistema de costos.** Una mejor información de costos permitiría lograr avances en la elaboración de presupuestos y en la gestión financiera de los recursos. Además, una base de datos que incluya gastos, salarios y ubicación del personal sanitario haría posible adaptar mejor la disponibilidad de los recursos humanos y la producción, junto con un análisis de los costos y, posteriormente, de las tarifas. Sin costos ni tarifas el SIS no puede determinar montos de reembolso según los costos reales, como tampoco le resulta posible establecer estándares bajo los que deberían operar los proveedores. Asimismo, la base de datos actual de recursos humanos adolece de diversas deficiencias¹⁶ que limitan su interacción, incluso manualmente, con otras bases de datos y hacen imposible la aplicación de un plan de incentivos y méritos sustentado en un mejor desempeño.
- **Elaboración de presupuestos y financiamiento.** Las estadísticas relativas al presupuesto se pueden estudiar recurriendo al SIAF, pero la estructura presupuestaria del MINSA no permite el uso de esta información para analizar a fondo en qué se gasta el dinero, especialmente el de las regiones que informan directamente al SIAF. Con el sistema actual es imposible examinar el uso de los fondos según las prioridades de salud (por ejemplo, la atención primaria, secundaria y terciaria), o según la equidad en la distribución de los fondos entre las jurisdicciones. También resulta imposible establecer el costo-efectividad de las unidades de servicios (costo y producción de hospitales específicos, redes o servicios individuales).

Mediano plazo. Desarrollar canales y procesos para garantizar que se utilice la información en el sistema y se divulgue a proveedores y usuarios

El MINSA debe estar convencido de que el uso de un sistema efectivo de información proporcionará instrumentos para que una gestión basada en resultados corrija las fallas del mercado, entre otras. No tiene mucho sentido generar información si no se comparte con la población, ya sea como usuarios/pacientes o como forma de involucrar a los ciudadanos para que hagan oír su voz en materia de política y de vigilancia social. La transparencia y la disponibilidad de información contribuirán a mejorar los procesos de rendición de cuentas. El trabajo con unos indicadores sencillos facilita el diálogo, el contrato social y la transparencia en lo que respecta a las metas de la organización. Si el MINSA cuenta con la información necesaria, tiene la posibilidad de informar a la población sobre los servicios que puede financiar o comprar al SIS (como paquete garantizado) y sobre lo que se puede esperar de los establecimientos de salud en lo que concierne a equidad, calidad y costos. El hecho de compartir información y resultados públicamente ayudará a garantizar que el MINSA use estos datos en el desarrollo de políticas.

¹⁶ Una de ellas es una codificación duplicada o ingresos de datos del mismo profesional varias veces.

Rendición de cuentas

La construcción de un mecanismo de rendición de cuentas en todo el sistema resulta esencial para mejorar su desempeño y sus resultados. Aplicar las metas y estándares discutidos anteriormente como «medidas» para evaluar el desempeño, y definir canales de responsabilidad claros, son cambios necesarios para garantizar la rendición de cuentas. El hecho de empoderar a los usuarios en este marco de rendición de cuentas también será clave para su impacto general. Además, la separación de funciones dentro del sistema, con unos procesos y unos canales de rendición de cuentas claros entre agentes, podría mejorar el desempeño global del sistema.

Corto plazo. Redefinir y fortalecer el papel del MINSA como observador y regulador de todo el sistema mediante la creación de unos canales más claros de rendición de cuentas

En principio, la regulación del sistema de salud es responsabilidad del MINSA, pero en la práctica interviene con muy poca frecuencia en EsSalud o en el sector privado. Para garantizar la rendición de cuentas y la supervisión de todo el sistema de salud peruano, y no solo del sector público, el MINSA debería reorientarse como regulador general. Para fortalecer y redefinir la capacidad reguladora del MINSA: (i) hay que desarrollar políticas y estrategias de salud, dirigidas por metas y estándares, como se ha discutido anteriormente, para toda la población nacional, incluyendo a los sectores público, de la seguridad social y privado; (ii) se debería crear y financiar un organismo de supervisión dentro del MINSA para llevar a cabo esa función (este organismo debería integrar a la Superintendencia de EPS y a cualquier función de supervisión de los hospitales nacionales); (iii) se debería llevar a cabo evaluaciones de logros del sistema con el objetivo de contar con información para futuras intervenciones o políticas y (iv) se debería desarrollar una estrategia de divulgación pública de los resultados reguladores para aumentar la transparencia y la rendición de cuentas del MINSA en esta función.

Corto a mediano plazo. Definir con claridad los papeles y responsabilidades en los niveles central, regional y de las DISA para reducir la duplicidad y crear canales más claros de rendición de cuentas

Actualmente, el sistema en general carece de funciones y responsabilidades claramente definidos entre el MINSA, las regiones y las DISA, lo que afecta la descentralización y la rendición de cuentas. Las iniciativas para aclarar las responsabilidades que recaen en cada ámbito de gobierno han avanzado con mucha lentitud y también deberían abordar cuestiones de financiamiento de tal manera que los recursos se adecúen a las responsabilidades y necesidades.¹⁷ El MINSA debería dedicarse sobre todo a cumplir su papel

17 El 28 de julio de 2005, mediante el decreto supremo 052-2005-PC, el Gobierno determinó las funciones relacionadas con la salud que se transferirían a las regiones y a los gobiernos locales tras un proceso de acreditación.

regulador y retirarse de sus funciones de provisión en Lima y el Callao y de aquellas relacionadas con institutos y hospitales nacionales. En el caso de las funciones de provisión en Lima y el Callao, estas se deberían transferir a las DISA. En lo que respecta a hospitales e institutos nacionales, todavía es necesaria una posterior evaluación de las opciones, pero una de ellas sería que se convirtieran en entidades autónomas, gestionadas por un consejo que sería responsable ante el organismo supervisor del MINSA, como ya se ha propuesto.

Si el MINSA se centrara en su papel regulador y asignara responsabilidades a otros niveles sería posible una mayor separación de funciones, que en otros países ha mejorado la rendición de cuentas (véase el recuadro 1). En este nuevo escenario se publicarían los objetivos de cada región supervisados por el MINSA, y los avances se darían a conocer cada trimestre. Finalmente, con la separación de funciones el papel del SIS como intermediario de financiamiento se debería convertir en el de comprador de servicios (como meta intermedia) con unas finanzas y una capacidad adecuadas para llevar a cabo esta tarea. Posteriormente el SIS se transformaría en una aseguradora con la capacidad y el financiamiento adecuados para administrar riesgos en el largo plazo. La aclaración de estas responsabilidades y la separación de estas funciones constituirán un paso importante para mejorar los procesos y los canales de rendición de cuentas del sistema.

Recuadro 1. La experiencia internacional en la separación de las funciones de salud sugiere una mayor rendición de cuentas

Uno de los enfoques más reconocidos para operar los sistemas de salud en la década de 1990 proponía una separación de funciones. Desarrollado inicialmente en el Reino Unido, este enfoque se extendió a distintos países como Colombia, los Países Bajos, Nueva Zelanda y España. Esta visión sugiere que los sistemas de atención a la salud se pueden mejorar si están claras las principales funciones que el sistema ha de desempeñar. El enfoque en la separación de funciones reconoce tres papeles principales en el sistema de salud: financiamiento/compra, provisión/prestación y regulación. El objetivo de estas reformas en todos estos países era aumentar la rendición de cuentas respecto de las acciones y proporcionar incentivos, incluyendo los financieros, para reorientar el desempeño hacia las metas del sistema, incluyendo equidad, eficiencia, calidad y sensibilidad. La función esencial de cualquier sistema de asistencia médica es la de provisión, es decir, su capacidad para proporcionar asistencia a través de hospitales, laboratorios, clínicas, centros de diagnóstico, etcétera. Se creó la compra o financiamiento de estos servicios como una función independiente. La separación de las funciones de compra y proveedor tenía como objetivo motivar a los proveedores a cambiar su desempeño para responder a las necesidades de los usuarios/beneficiarios que están cubiertos por los financistas. Dentro de este marco también se creó una función reguladora para establecer las normas de las interacciones y proporcionar supervisión. Así, pues, el fin de este papel regulador es establecer las normas, supervisar y evaluar las actividades y desempeño del sector.

Corto a mediano plazo. Empoderamiento de los usuarios

Una pieza clave para garantizar una mayor rendición de cuentas en el sistema y para mejorar el desempeño, la calidad y el acceso es el empoderamiento de los usuarios. Una parte importante consiste en compartir información con ellos sobre cuáles son las metas y estándares, a qué tienen derecho y qué deberían esperar, cuál es el desempeño del sistema y quién es responsable. Por ejemplo, los beneficiarios del SIS deberían disponer de información clara sobre quién tiene derecho a esta cobertura y qué se cubrirá. Se debería desarrollar un medio de divulgación y un medio para que los usuarios expresaran su opinión al canal de rendición de cuentas.

Además, el modelo CLAS ha sido importante para empoderar a los usuarios, ya que posee canales eficaces para la rendición de cuentas que se traducen en una mayor satisfacción de los usuarios, un mayor acceso de la población asignada al centro, más actividades intramurales y externas, un horario de atención más amplio y un personal más productivo (cualidad medida por el número de visitas al día). Este modelo se debería utilizar como ejemplo, especialmente sus canales. El éxito del modelo CLAS ha residido en su capacidad para trabajar con flexibilidad con un plan de salud local como estándar que considera las metas de producto que se esperan de un establecimiento de salud. La mayor flexibilidad de su capacidad para gestionar sus propios recursos, incluyendo los humanos, le permitió ser más sensible a las necesidades de la comunidad. Este modelo debería evolucionar de forma que siga incorporando un enfoque más flexible hacia la gestión de los recursos humanos y financieros.

Financiamiento

Con el fin de complementar las estrategias reguladoras y de descentralización ya mencionadas son necesarias modificaciones adicionales al financiamiento.

- ***Corto plazo. Mantener un presupuesto protegido e independiente para los programas de salud pública con metas de población, sobre todo las inmunizaciones.*** El Perú ha logrado una mayor cobertura de las inmunizaciones, pero el recorte de los presupuestos también ha implicado una reducción de la cobertura. Así, pues, se deberían proteger los presupuestos para inmunizaciones y otras actividades claves de salud pública mediante un presupuesto independiente, lejos de presiones de otras áreas presupuestarias.
- ***Corto plazo. Implementar una política nacional de tarifas para los hospitales públicos.*** Es necesario regular las tarifas aplicadas a los usuarios de los hospitales y de los puestos y centros de salud. Estas entidades han de contar con sistemas que proporcionen una identificación socioeconómica de los pacientes para aumentar la equidad y la eficiencia del acceso a hospitales y a la atención primaria. Esta iniciativa generará transparencia en el uso de los fondos. La información sobre tarifas debería estar ampliamente disponible, incluyendo carteles colocados junto a la caja de los establecimientos.

- **Mediano plazo. Desarrollar y financiar un plan garantizado mediante el SIS.** Para ello resulta esencial asegurar que: (i) la legislación garantice la existencia de un plan, cuyo costo per cápita se conocerá y establecerá mediante un estudio actuarial de los servicios y beneficiarios que recibirán cobertura; (ii) exista un presupuesto que permita el financiamiento de un plan garantizado para todos los beneficiarios identificados y su cobertura correspondiente; (iii) se establezca un fondo adicional a través del SIS para cubrir algunas enfermedades catastróficas definidas, mediante el cual los beneficiarios de otras zonas recibirían tratamiento en los hospitales especializados de Lima. La elaboración de un plan generará un poderoso instrumento regulador para el MINSA, que ayudará a que las prioridades nacionales y regionales sean compatibles.

Capacidad

Finalmente, es necesaria cierta inversión en la creación o fortalecimiento de capacidades. Parte de ella está relacionada con los cambios en los papeles y las funciones sugeridos en este capítulo.

- **Corto plazo. Asignación de recursos humanos** El reciente nombramiento de personal contratado en las zonas rurales y la eliminación del acceso a residencias especializadas proporcionado por los SERUM conllevará una pérdida considerable de personal en las zonas rurales y pobres. Esto pone de manifiesto la urgencia de desarrollar nuevos mecanismos y fórmulas que atraigan a personal médico a zonas pobres y aisladas. Cualquier iniciativa en este sentido ha de contemplar incentivos económicos en el largo plazo, como la reestructuración de parte de los mecanismos para la residencia médica (por ejemplo, la concesión de más puntos y privilegios a los médicos de los SERUM que trabajen en zonas alejadas de las residencias médicas). Se espera que los gobiernos regionales sean capaces de gestionar mejor políticas de este tipo. Sin embargo, las normas y reglas han de ser promulgadas a escala nacional y auditadas por la Superintendencia con el fin de evitar la interferencia política.
- **Mediano plazo. Fortalecer la capacidad del MINSA en su nuevo papel como regulador del sistema.** El fortalecimiento de la capacidad del MINSA en esta área debería incluir su capacidad de gestión, monitoreo y evaluación en el seguimiento del sistema. También podría incluir una capacidad adicional en infraestructura y recursos humanos. Asimismo, el aumento de la capacidad para gestionar el proceso regulador y crear canales para la difusión y la recepción de opiniones será igualmente importante para el proceso de rendición de cuentas.
- **Mediano a largo plazo. Fortalecer al SIS institucionalmente, en primer lugar en cuanto a su capacidad de financiamiento/compra, y posteriormente como asegurador:** El papel del SIS podría evolucionar desde intermediario financiero para sus beneficiarios hasta comprador activo. El SIS podría seguir siendo financiado por el MINSA y por las primas abonadas por algunos beneficiarios. Sin embargo, se debería orientar hacia un papel más activo como comprador en vez de efectuar

sencillamente pagos retroactivos en nombre de sus beneficiarios. Esto también debería mejorar la calidad de la asistencia que reciben sus beneficiarios. Para que esto ocurra el SIS precisará apoyo adicional con el fin de crear esta función. Además, esta evolución del SIS se debería llevar a cabo para que se convierta en el largo plazo en una entidad aseguradora con capacidad para gestionar riesgos.

- **Mediano a largo plazo. Inversión adicional en infraestructura de atención primaria y obstétrica.** Aunque se han realizado importantes inversiones en esta área, cierta capacidad adicional podría mejorar aún más los resultados de salud: (i) fortalecer la atención primaria en zonas donde todavía es escasa, sobre todo en áreas rurales y pobres; y (ii) fortalecer la prestación de asistencia obstétrica de emergencia y de atención de emergencia en hospitales ubicados en las regiones más pobres.

Bibliografía

- Altobelli, Laura. 2004. ***Estudio de costo eficiencia de las asociaciones CLAS***. Lima: Futuras Generaciones/Fundación Milagro/USAID.
- Altobelli, Laura. 1998. «Comparative Analysis of Primary Health Care Facilities with Participation of Civil Society in Venezuela and Peru». Ponencia presentada en el Seminario «Social Programs, Poverty and Citizenship Participation» del Banco Interamericano de Desarrollo (BID). State and Civil Society Division. Washington D. C.
- Alvarado, Betty. 2002. «Focalización de los recursos públicos en salud». En Juan Arroyo, editor. ***La salud peruana en el siglo XXI. Retos y propuestas de política***. Lima: Consorcio de Investigación Económica y Social/DFID, pp. 41-85.
- Banco Mundial. 2003. ***Making Services Work for the Poor People. World Development Report 2004***. Washington D. C.: Banco Mundial.
- Banco Mundial. 2000. ***The Challenge of Health Reform: Reaching the Poor; «Shared Administration Program and Local Health Administration (CLAS) in Peru»***. Washington D. C.: Banco Mundial.
- Banco Mundial. 1999. «Peru, Improving Health Care for the Poor». Informe 18549-PE. Departamento de Desarrollo Humano, Unidad de Gestión de País para Bolivia, Paraguay y Perú, Región de América Latina y el Caribe. Washington D. C.: Banco Mundial.
- Banco Mundial. Varios años. ***Peru DHS Fact Sheet***. Washington D. C.: Banco Mundial.
- Bardález, Carlos. 2001. «Salud de la población». En Pedro Francke, editor. ***Políticas de salud 2001-2006***. Lima: Consorcio de Investigación Económica y Social, pp. 165-201.
- Beltrán, Arlette, Juan Castro, Enrique Vásquez, Gustavo Yamada y otros. 2004. «Armando un rompecabezas pro-pobre para el Perú del 2015». Lima: Universidad del Pacífico.
- Casavalete, Óscar y Danilo Fernández, supervisor. 2005. ***El derecho a la salud en establecimientos de salud con administración compartida***. Lima: Defensoría del Pueblo/DFID.

- Cortez, Rafael. 1998. *Equidad y calidad de servicios de salud: El caso de los CLAS*. Documento de Trabajo n.º 33, Lima: Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico.
- EsSalud. 2004. *Memoria anual del Seguro Social de Salud-EsSalud*. Lima: EsSalud.
- EsSalud. 2003. *Boletín de estadísticas 2001, 2002 y 2003*. Lima: Oficina Central de Planificación y Desarrollo, Gerencia de Planeamiento Corporativo, Subgerencia de Información Gerencial.
- Francke, Pedro. 2001. «Lineamientos de políticas en salud, 2001-2006». En Pedro Francke, editor. *Políticas de salud 2001-2006*. Lima: Consorcio de Investigación Económica y Social, pp. 21-24.
- Francke, Pedro. 1999. *El cobro de tarifas y la equidad en la distribución del subsidio público en salud en el Perú*. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú. Véase <www.pucp.edu.pe/economia/pdf/DDD163.pdf>.
- Francke, Pedro. 1998. «Focalización del gasto público en salud en el Perú: Situación y alternativas». Informe sobre investigación aplicada secundaria n.º 1. Bethesda: Partnership for Health Reform.
- Griffin, Charles. 1988. «User Charges for Health Care in Principle and Practice». Seminar Paper, 37.
- Grupo Propuesta Ciudadana. 2004. «Vigila Perú, Sistema de Vigilancia Ciudadana de la Descentralización». *Reporte Nacional* n.º 4. Lima: Grupo Propuesta Ciudadana, enero-abril.
- Guzmán, Alfredo. 2003. *Análisis comparativo de modelos de aseguramiento público y propuesta de un sistema solidario de seguridad social en el Perú*. Lima: Foro Salud/ Consorcio de Investigación Económica y Social.
- Guzmán, Alfredo. 2002. «Para mejorar la salud reproductiva». En Juan Arroyo, editor. *La salud peruana en el siglo XXI. Retos y propuestas de política*. Lima: Consorcio de Investigación Económica y Social/DFID, pp. 185- 238.
- Harding, April y Betty Alvarado. 2005. Peru, Primary Health Care and the CLAS in Peru. Background paper for Recurso Study. Washington D. C.: Banco Mundial.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). 2005. «Informe preliminar de Encuesta Nacional de Demografía y Salud, ENDES Continua 2004». Lima: INEI.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). 2003. Encuesta Nacional de Hogares 2003. Sección Salud (400), preguntas de la 400 a la 420. Lima: INEI.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). 2002. Encuesta Nacional de Hogares 2002. Sección Salud (400), preguntas de la 400 a la 420. Lima: INEI.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). 2001a. Encuesta Nacional de Hogares 2001. Sección Salud (400), preguntas de la 400 a la 420. Lima: INEI.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). 2001b. «Perú: Estimaciones y proyecciones de población 1950-2050, Urbana-Rural 1970-2025». *Boletín de Análisis Demográfico* n.º 35. Dirección Técnica de Demografía e Indicadores Sociales. Lima: INEI.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). 2000. «Mortalidad infantil, pobreza y condiciones de vida». Lima: INEI.

- Johnson, Jaime. 2001. «Reestructuración institucional del sector Salud». En Pedro Francke, editor. **Políticas de salud 2001-2006**. Lima: Consorcio de Investigación Económica y Social, pp. 95-132.
- Lenz, Rony y Betty Alvarado. 2006. «Políticas Pro pobre en el sector público de salud del Perú». En Daniel Cotlear, editor. **Un nuevo contrato para el Perú ¿Cómo lograr un país más educado saludable y solidario?** Lima: Banco Mundial.
- Londoño, Juan Luis y Julio Frenk. 1997. **Pluralismo estructurado: Hacia un modelo innovador para la reforma a los sistemas de salud de América Latina**. Documento de Trabajo n.º 353. Washington D. C.: BID.
- Madueño, Miguel, Jorge Alarcón y César Sanabria. 2004. **Análisis de brechas oferta-demanda de servicios de salud para la programación de inversión sectorial de mediano plazo**. Lima: PHR Plus.
- Madueño, Miguel, Midori de Habich y Manuel Jumpa. 2004. Disposición a pagar por seguros de salud en los segmentos no asalariados de medianos y altos ingresos. ¿Existe una demanda potencial en Lima Metropolitana? Lima (mimeo).
- Ministerio de Economía y Finanzas. 2005a. Sistema Integrado de Administración Financiera. En <www.mef.gob.pe>.
- Ministerio de Economía y Finanzas. 2005b. Presupuesto Público. Sistema de Información de la Dirección Nacional de Presupuesto Público. En <www.mef.gob.pe>.
- Ministerio de Salud. 2005a. Base de datos del Health Information System (HIS) 2003, 2004. Oficina de Estadística e Informática. Lima: MINSA.
- Ministerio de Salud. 2005b. Base de datos del Master of Personnel, 2003, 2004. Oficina de Estadística e Informática. Lima: MINSA.
- Ministerio de Salud. 2005c. Base de datos del SISPAAG. Programa de Acuerdos de Gestión. Lima: MINSA.
- Ministerio de Salud. 2004. **Análisis de la situación de salud del Perú 2003**. Oficina General de Epidemiología. Lima: MINSA.
- Ministerio de Salud. 2003a. **La mortalidad materna en el Perú**. Oficina General de Epidemiología. Lima: MINSA.
- Ministerio de Salud. 2003b. **Análisis de la situación de salud del Perú 2003**. Oficina General de Epidemiología. Lima: MINSA.
- Ministerio de Salud del Perú. 2003c. **Boletín epidemiológico de VIH-SIDA**. Oficina General de Epidemiología. Lima: MINSA, diciembre.
- Ministerio de Salud. 2002. **Bases para el análisis de la situación de salud**. Lima: MINSA.
- Miranda, Jaime y Alicia Ely Yamin. 2004. «Reproductive Health without Rights in Peru», *Lancet* 363: 68-69.
- Muñoz, F., O. Arteaga, S. Muñoz y M. Tarride. 2004. «The Potential Impact of Health Reform on Immunization Programs: Opinions from the Health Sector». En C. de Quadros, editor. **Vaccines Preventing Disease, Protecting Health**. Washington D. C.: PAHO/WHO.
- OMS. 2004. **Informe sobre la salud en el mundo 2004**. Anexo estadístico. Washington D. C.: OMS.

- OMS. 1997. *European Health Care Reform: Analysis of Current Strategies* Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud, Publicaciones Regionales de la OMS. Serie de Europa n.º 72. Copenhague: OMS.
- OPS/Dirección General de Salud de las Personas-MINSA. 2003. «Análisis y tendencias en la utilización de servicios de salud. Perú 1985-2002». Lima: MINSA.
- OPS/MINSA. 2004. «Cuentas Nacionales en Salud. Perú 1995-2000». Lima: MINSA.
- Palomino, José. 2001. «Los servicios hospitalarios en el Perú». En Pedro Francke, editor. *Políticas de salud 2001-2006*. Lima: Consorcio de Investigación Económica y Social, pp. 95-132.
- Petrea, Margarita. 2002. «Financiamiento en salud». En Juan Arroyo, editor. *La salud peruana en el siglo XXI. Retos y propuestas de política*. Lima: Consorcio de Investigación Económica y Social/DFID, pp. 86-139.
- PHR Plus. 2004a. «Perspectiva del mercado de servicios privados de salud en el Perú». Informe preparado por Jorge Alania Vera. Lima, agosto.
- PHR Plus. 2004b. «Sistemas de referencia y contrarreferencia en los servicios de salud. Cartillas de políticas». Resumen ejecutivo. Lima, agosto.
- Seguro Integral de Salud. 2004a. «Estadísticas a agosto 2004». Documento de Trabajo. Oficina de Informática y Estadística. Lima: SIS, septiembre.
- Seguro Integral de Salud 2004b. «Estadísticas a diciembre 2002, 2003, 2004». Oficina de Informática y Estadística. Lima: SIS.
- Sistema de Información de Administración Financiera, SIAF. 1999-2004. «PIA y ejecución de la función salud 1999 a 2004». Lima: MEF.
- Sobrevilla A., L. Loo, A. Telyukov y M. Garavito. 2002. *Tools and Guidelines for Implementing New Payment Mechanisms for Ambulatory Care in the Ministry of Health Provider System of Peru*. Partners for Health Reformplus. Washington D. C.: PHR Plus.
- Ugarte, Óscar. 2003. «Descentralización en salud: Un balance inicial». Lima: PHR Plus.
- Ugarte, Óscar y Verónica Zavala. 2005. «Marco legal de la descentralización en salud». Lima: PHR Plus.
- Universidad del Pacífico. 2003. «Consultoría Seguro Integral de Salud. Asistencia técnica y monitoreo PARSALUD para la modernización institucional». Lima: Universidad del Pacífico.
- Valdivia, Martín. 2002. «Sensibilidad de la demanda por servicios de salud ante un sistema de tarifas en el Perú: ¿Precio o calidad?». *Economía y Sociedad* n.º 44, Lima: Consorcio de Investigación Económica y Social, pp. 11-16.
- Waters, H. 1998. *Productivity in Ministry of Health Facilities in Peru*. Washington D. C.: Banco Mundial. Mimeo.
- Younger, Stephen. 2000. «The Incidence of Public Services and Subsidies in Peru, Evidence from Household Surveys». Versión preliminar presentada al Consorcio de Investigación Económica y Social.