



PERÚ

Ministerio
de Salud



Boletín Salud y Economía



Agosto 2013

BOLETÍN N° 1
Año 2013

Contenidos

Editorial.....	2
Para medir el impacto de las políticas en salud en la cohesión social	4
Reforma del Sector Salud.....	9
Nueva Política de Inversión en el Marco del Proceso de Reforma.....	13
Presupuesto por Resultados en el Sector Salud.....	16

Ministerio de Salud
Oficina General de Planeamiento y Presupuesto (OGPP) - Unidad Funcional de Estudios Económicos en Salud (UFEES)
Av. Salaverry # 801, Jesús María
Lima - Perú
Agosto 2013

Editorial

Actualmente, el Perú vive un escenario político, económico y social que hace favorable y viable la implementación por parte del Estado de un proceso de reforma del sector Salud que permite avanzar en la protección social en salud, reconociendo que la salud es un derecho fundamental y que el Estado garantiza la protección de la salud para todas las personas sin ninguna discriminación en todas las etapas de sus vidas.

La protección social en salud a la que aspira Perú es amplia y comprehensiva; busca velar por la buena salud de todos los peruanos fortaleciendo la Autoridad Sanitaria para ejercer una rectoría vigorosa de gobierno y conducción estratégica del sector. Asimismo, propone profundizar las acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades, y preparación para atender situaciones de desastre y mitigar sus potenciales daños.

Por otro lado, está la protección de las personas como individuos y sus familias, que busca extender la actual cobertura de aseguramiento hasta alcanzar la universalidad, para que toda la población esté comprendida en algunos de los regímenes de aseguramiento, y se mejore sustancialmente el acceso y la calidad de los servicios ofrecidos por distintos proveedores del sistema de salud, con la debida seguridad, garantía, oportunidad y efectividad.

Para cumplir con los objetivos y alcances de la reforma de salud en el país, es necesario establecer y conducir una política de inversión a nivel nacional con énfasis en la implementación de medidas preventivas y detección temprana de enfermedades; el fortalecimiento y mejoramiento de la atención primaria en salud y las atenciones de alta complejidad en los establecimientos de salud de los diferentes niveles de gobierno (Gobierno Central, Regionales y Locales), para lo cual se requiere disponer de nuevos instrumentos y mayores recursos públicos para implementar planes y proyectos de inversión en el marco de esta nueva política, cuya asignación presupuestal también sea consistente con los resultados alcanzados por el sector público en la provisión de servicios de salud de calidad a la población, en función de las necesidades de los diferentes grupos etáreos y zonas de residencia.

El primer Boletín de Salud y Economía, presenta cuatro artículos elaborados por especialistas de la Oficina General de Planeamiento y Presupuesto del Ministerio de Salud (Minsa). El primer artículo denominado “Para Medir el Impacto de las Políticas en Salud en la Cohesión social” expone el concepto de cohesión social, sus implicancias en el sector salud y propone un conjunto de indicadores para el seguimiento y medición de la protección

social en salud.

El segundo, “Reforma del Sector Salud”, presenta el proceso de reforma que se está desarrollando en el país, anteponiendo el derecho a la salud de los ciudadanos como el principio fundamental de este proceso, siendo la universalización de la protección de la salud uno de los desafíos más importantes para el sector.

El tercero, “Nueva Política de Inversión en el Marco del Proceso de Reforma de la Salud”, da cuenta de la nueva política de inversiones de salud en la que el gobierno central asume la orientación del proceso de inversión a nivel nacional identificando las principales necesidades de inversión a través de un planeamiento multianual de inversiones multisectorial e intergubernamental, involucrando y articulando diferentes sectores vinculados al sector Salud y agentes responsables de la prestación, promoción y vigilancia de la salud a nivel regional y local.

Finalmente, se considera el artículo: “Presupuesto por Resultados en el Sector Salud”, que presenta la nueva manera en que se asignan y distribuyen los recursos presupuestales del sector salud a través de programas presupuestales, buscando proveer servicios de calidad para lograr resultados específicos en la población objetivo.

Para medir el impacto de las políticas en salud en la cohesión social

Augusto Portocarrero Grados¹



La necesidad de que las políticas públicas tengan un impacto positivo en la construcción de la ciudadanía como camino para conseguir sociedades más inclusivas² y cohesionadas está cada vez más presente en la agenda de los gobiernos latinoamericanos. Esta preocupación tiene su expresión entre otras consideraciones, en el debate desarrollado por la CEPAL y los programas sociales implementados en algunos países de América Latina en los últimos años, como Bolsa Familia en Brasil y Solidaridad en República Dominicana en los últimos años³. Sin embargo, el contenido que se le ha dado no siempre es el mismo, por lo que haremos una rápida revisión conceptual antes de presentar el modelo de indicadores para evaluar el impacto de las políticas en salud en la cohesión social.

Aunque el concepto de cohesión social tiene origen europeo ha tenido en Latinoamérica redefiniciones desde su propia perspectiva, aquí asumimos la elaborada por la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL): “La cohesión social se define como la dialéctica entre mecanismos instituidos de inclusión y exclusión sociales y las respuestas, percepciones y disposiciones de la ciudadanía frente al modo en que ellos operan”. (CEPAL y AECID 2010; 22), es decir, la cohesión social hace referencia al efecto en la ciudadanía de los mecanismos para incluir o excluir, aplicados bajo algún grado de consenso.

En este concepto, que tiene la fuerza de ser medio y fin al mismo tiempo, se vinculan dimensiones que usualmente se

1 Director General de la Oficina General de Planificación y Presupuesto del Ministerio de Salud del Perú y ex presidente de la Comisión Andina de Salud y Economía. Economista y Magister en Ciencia Política y Gobierno.

2 El concepto de cohesión social también se encuentra asociado, pero no similar, al concepto de inclusión social, “La cohesión social vincularía causalmente los mecanismos de integración y bienestar con la plena pertenencia social de los individuos. Inclusión y pertenencia, o igualdad y pertenencia, son los ejes sobre los que ha girado la noción de cohesión social en sociedades ordenadas bajo la égida del Estado de bienestar”. (CEPAL 2007).

3 Buendía, H. (2012). “Equidad y sostenibilidad en el avance hacia los ODM”: Once ejemplos exitosos en América Latina y el Caribe.

plantean separadas: el del espacio real de las relaciones socioeconómicas y el de las percepciones y valores de los individuos y grupos sociales; además, no toma la cohesión social como un valor absoluto y la gran solución, pero sí reconoce su importancia en un análisis sistémico donde debe ser entendido al igual que los conceptos como el de ciudadanía y percepciones como el de pertenencia.

La cohesión social requiere el reconocimiento de uno al otro como un miembro del grupo o colectivo social con iguales derechos y obligaciones, con similar legitimidad, para que el consenso social permita la formulación e implementación de políticas públicas y facilite la articulación de los diferentes niveles de gobierno y la sociedad civil. También requiere estar acompañado de valores como el de solidaridad y de respeto a los derechos, esto es una condición indispensable para que tome un signo positivo y se convierta en un factor fundamental en la movilización de las fuerzas sociales en función a determinados objetivos generados por consenso.

Esta visión dialéctica de la inclusión lleva consigo un correlato práctico en materia de salud como lo señala Margarita Petrerá: "... Aquellos que promueven las políticas destinadas a combatir la exclusión sostienen que la protección social no debe restringirse a las formas tradicionales de apoyo a los ingresos, sino que debe comprender aspectos relativos a la inclusión social, ya que ésta, conjuntamente con la cohesión, la solidaridad y la estabilidad, son los resultados aspirados. Ello incluye también un enfoque orientado a los derechos sociales de la política social, así como una visión ampliada del capital social." (Petrera 2002; 97). Desde esta perspectiva, los mecanismos para la

inclusión no pueden ser considerados sólo como cierre de brechas o apoyo a los ingresos (Programa del Vaso de Leche, Comedores Populares, entre otros), debe ser el reconocimiento del derecho ciudadano a la salud con tres garantías básicas: calidad, oportunidad y protección financiera.

Reconocida la importancia de la ciudadanía para la construcción de la cohesión social es necesario resaltar las bases indispensables para que se pueda, en términos reales, considerar ciudadano a una persona, "...el fortalecimiento de la cohesión social requiere de políticas sociales fundadas en la garantía de los derechos sociales a sus destinatarios, y no simplemente en el reflejo del resultado contingente de esas políticas..." (Courtis, 2009; p. 59). Para lograr transitar este camino es necesario llevar el concepto socio-político de cohesión social a su expresión jurídica que restrinja la discrecionalidad de los gobernantes, obligue y garantice el financiamiento necesario para su adecuada provisión, sin perder de vista que este salto al terreno jurídico puede dejar algunos conceptos importantes de la cohesión social. La expresión jurídica, aunque no suficiente, es necesaria para que se encuentre bien definida, implementada y expresada en la normas, que los obligados y sus obligaciones puedan ser objeto de exigencia por parte del ciudadano y que este derecho sea exigible por todos sin exclusión y sea aceptado como tal por los diferentes niveles de gobierno. En materia de salud, esto implica que:

1. El listado de lo exigible debe ser explícito en un plan de beneficios que debe tender a ser universal en lo que atiende, con actividades de promoción, prevención y recuperación de la salud.

2. El listado debe tener las garantías mínimas de calidad y oportunidad que el listado o plan de beneficios reconoce sea quien sea el proveedor del servicio o quien sea el ciudadano o paciente que requiere servicios de salud. Los protocolos que se formulen para el listado de prestaciones deben reconocer e integrar la diversidad cultural de la población (costumbres, creencias, idiomas, zonas de residencia, entre otros), así como las diferentes necesidades de atención según género y grupos étnicos.
3. Una tercera garantía es clave para que la prestación no dependa de la discrecionalidad del gobierno de turno: la garantía financiera para su provisión.

En este sentido, siguiendo la línea desarrollada por la CEPAL para la construcción de indicadores, porque tiene como ventaja la posibilidad de convertir los conceptos en indicadores, CEPAL utiliza el cruce de dos conceptos para el desarrollo de los indicadores: arena y pilares. El cruce del concepto de pilares, arenas y sus dimensiones permite dar marco a la construcción de un conjunto de indicadores coherentemente estructurados. Por ello afirman que "... una medición sistémica de la cohesión social se puede lograr si se realizan dos movimientos: Primero, en los pilares propuestos por la CEPAL, se reconoce un momento dinámico de la construcción de la cohesión social (el cómo). Segundo, si los pilares se combinan con una noción de "arenas" en donde la cohesión social se

construye (el qué)" (CEPAL y AECID 2010; 18).

"Una arena es un espacio específico que, en una sociedad determinada, aparece como relevante [para] construir cohesión social. Estas arenas difieren entre sociedades: difieren en tanto que pueden o no ser parte de la cohesión social en una sociedad dada, o pueden serlo con diferentes pesos y relevancias". (CEPAL y AECID 2010; 29). Estas arenas pueden ser cuatro: el lazo social, la ciudadanía, el mercado, y la protección social. Es dentro de la arena de la protección social donde se identifica a la salud como elemento básico para tener una seguridad básica frente a la vulnerabilidad ante cualquier enfermedad⁴.

El desarrollo del concepto de pilares se desprende de la definición misma de cohesión social: "La dialéctica entre mecanismos instituidos [instituciones] de inclusión y exclusión sociales [brechas, resultados] y las respuestas, percepciones y disposiciones de la ciudadanía [subjetividad] frente al modo en que éstos operan". (CEPAL, 2007a:13).

Teniendo este marco de referencia y la ruta analítica planteada por CEPAL, el paso siguiente es construir e identificar los indicadores relevantes que mejor expresen la interrelación de los criterios señalados, los indicadores que se presentan en el siguiente cuadro buscan medir si la población a la que se dirige la política de inclusión es atendida en los mismos términos que el resto de la población, es decir si los percibe como iguales.

4 Portocarrero, A. (2013): Apurímac hacia el aseguramiento público en salud.

Cuadro: Pilares, arenas y dimensiones de la cohesión social*

Brechas / Resultados	Indicadores	Subjetividad
Sistema de indicadores de cohesión social de la CEPAL \1		
Tasa de mortalidad infantil; Esperanza de vida al nacer.	Gasto público en salud como porcentaje del PBI/ Gasto directo de los hogares como porcentaje del gasto total en salud.	Tasa de mortalidad por suicidios y lesiones autoinfligidas; Tasa de homicidios.
Indicadores de funcionamiento de las instituciones		
a) Porcentaje de personas con cobertura pública de salud; b) Porcentaje de personas con cobertura privada subsidiada.	c) Gasto promedio per cápita en el sector público; d) Gasto promedio per cápita en el sector subsidiado.	
Indicadores propuestos para la medición \2		
Población afiliada por tipos de seguro de salud.	Evolución del porcentaje de los ingresos por cobro de la atención, transferencia del Tesoro Público u otra fuente de financiamiento.	Procesos adecuados de información para la afiliación.
Porcentaje de uso de los servicios públicos cuando los beneficiarios de la política de inclusión lo requería.	Presupuesto de la función salud por toda fuente de financiamiento (sin incluir inversiones y pensiones) entre número de asegurados a la aseguradora pública.	Procesos adicionales de atención a los beneficiarios de la política de inclusión.
Razones por las cuales la población no acude a realizar consultas a un establecimiento de salud.	Transferencia de la aseguradora pública entre número de sus asegurados.	Percepción de espera de los beneficiarios de la política de inclusión y de los demás usuarios de los servicios públicos.
	Porcentaje de asegurados de la aseguradora pública que pagó por servicios que está en su plan.	Percepción del trato del profesional de los beneficiarios de la política de inclusión y de los demás usuarios de los servicios públicos.

\1 Indicadores primarios.

\2 Si bien en la última revisión de los indicadores que hace CEPAL ya no incluye indicadores para el pilar Subjetividad relacionada con las percepciones respecto a las posibilidades de ser atendido. Fuente: CEPAL y AECID 2010; p. 103, 180 y 198.

La práctica ha demostrado que muchas veces los programas sociales no solo no se convierten en instrumentos de inclusión social sino que introducen elementos para la exclusión. Este aparente contrasentido se pueda dar porque fueron concebidos solo como

programas de asistencia social o porque no se formuló adecuadamente sus instrumentos de aplicación, por ello es importante monitorear los efectos de la política o del programa que se está implementando, esta propuesta aspira a contribuir en ese sentido.

Bibliografía

CEPAL y AECID 2010 “Cohesión Social en América Latina. Una revisión de conceptos, marcos de referencia e indicadores”. Santiago de Chile. Naciones Unidas.

CEPAL 2007 “Cohesión Social, Inclusión y Sentido de Pertenencia en América Latina y el Caribe”. Santiago de Chile: Naciones Unidas.

Courtis, Christian 2009 “Cohesión Social, Políticas Sociales y Derechos Sociales. Ideas para una construcción garantista”. En: “Reformas para la cohesión social en América Latina. Panorama antes de la crisis”. Alicia Barcena y Narcís Serra editores. CEPAL, Santiago de Chile - Chile, Fundación CIDOB, Barcelona - España.

Petrera, Margarita 2002 “Financiamiento en Salud”. En: Arroyo, Juan (Editor) “La salud peruana en el siglo XXI. Retos y propuestas de política”. Lima: Consorcio de Investigación Económica y Social, DFID – Ministerio Británico para el Desarrollo Internacional, Proyecto Policy.

Reforma del Sector Salud

Edgardo Nepo Linares⁵



En el Perú, el estado de salud de la población ha mostrado un cambio favorable e importante en los últimos 50 años, que se evidencia en la mejora sustantiva de los principales indicadores sanitarios, como la esperanza de vida al nacer, las tasas de mortalidad materna e infantil y las de desnutrición crónica infantil. Sin embargo, la transición demográfica, los cambios en el perfil epidemiológico de la población, la persistencia de desigualdades significativas en el estado de salud entre los diferentes segmentos socioeconómicos, y las diferencias en salud existentes con países similares de la región hacen evidente la necesidad de una respuesta distinta del Estado en su conjunto para asegurar la protección de la salud a toda la población.

En el Ministerio de Salud hemos antepuesto el derecho que tiene toda la población de gozar de buen estado de salud y mantenemos el compromiso de seguir avanzando hacia un sistema más equitativo, trabajando para eliminar las barreras económicas, culturales y sociales que impiden el acceso de la población de menores recursos a los servicios de salud.

En ese sentido, La Ley N° 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, busca garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona a la seguridad social en salud⁶.

Efectivamente, la universalización de la protección en salud es uno de los desafíos más importantes del Estado Peruano, el cual se enmarca, a nivel internacional, en la corriente patrocinada por la Organización Mundial de la Salud para lograr la cobertura universal en salud, y, a nivel interno, en la política de inclusión social que impulsa el actual gobierno.

En el marco de universalización de la protección Social en Salud y para garantizar el derecho a la salud a toda la población, en el Ministerio de Salud asumimos la responsabilidad de implementar acciones en tres ejes complementarios.

El primer eje es el de la protección al ciudadano frente al riesgo de enfermedad, para lo cual, fortaleceremos las actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, vigilancia y control epidemiológico, gestión de riesgos y mitigación de daños.

⁵ Asesor de Despacho Ministerial (Ejecutivo Adjunto II), Médico.

⁶ La Ley Marco de Aseguramiento en Salud fue promulgada en abril de 2009.

El segundo eje comprende la protección al usuario para garantizar prestaciones seguras y efectivas a través de acciones regulatorias, de supervisión y de gestión de los recursos necesarios. El tercer eje corresponde a la protección financiera frente a las consecuencias económicas de las enfermedades y los accidentes, para lo cual, fortaleceremos el sistema de financiamiento para aminorar el gasto de bolsillo de la población.

Para cumplir con este propósito, requerimos implementar la reforma del sector salud que ayude en la construcción de un sistema de protección en salud universal, equitativo, solidario, organizado y articulado con las diversas entidades del subsector público y privado para elevar y proteger el estado de salud de la población.

Actualmente, en el Perú tenemos un escenario político, económico y social que hace favorable y viable la implementación por parte del Estado del proceso de reforma de la salud en el Perú.

Desde el punto de vista político, el gobierno nacional asume el reto de desencadenar los procesos para que todos los ciudadanos y ciudadanas puedan ejercer su derecho a la salud, independientemente de las circunstancias y el lugar en el que nacen o se desarrollan, y puedan aprovechar las oportunidades del crecimiento económico.

Desde el punto de vista económico, son auspiciosas las previsiones de crecimiento de la economía para los próximos años. Según el Marco Macroeconómico Multianual 2014 - 2016, el país crecerá a un ritmo anual de entre 6% y 6.5%, lo cual tendría implicancias en ampliar el espacio fiscal en salud. Ello

posibilitaría canalizar mayores recursos hacia el sector que redunden en una disminución de la carga financiera de la población.

Desde el punto de vista social, existe una expectativa creciente de la población por ver mejoras sustantivas en la prestación de los servicios, en términos de acceso, calidad y oportunidad de la provisión de los servicios.

Asimismo, para el proceso de reforma contamos con un marco jurídico y de políticas de estado que lo ampara, considerando en primer lugar a la Constitución Política del Perú que establece el Derecho a la Salud y establece que el Estado determina la política nacional de salud. De otro lado, la Ley General de Salud (Ley N° 26842) establece que la protección de la salud es de interés público y, por lo tanto, es responsabilidad del Estado regularla, vigilarla y promoverla.

Este conjunto de factores permite que aceleremos el proceso y realicemos los cambios necesarios para avanzar en la protección social en salud de toda la población y ofrecerle más y mejores servicios.

En cuanto a la naturaleza de este proceso, la reforma es de carácter multidimensional, pues aborda los diferentes factores que determinan el estado de la salud: integral, porque incorpora intervenciones comprehensivas que abarcan los aspectos de promoción, prevención del riesgo, recuperación y rehabilitación; multisectorial, ya que involucra y articula a los diferentes sectores vinculados a los determinantes de la salud; e intergubernamental, pues articula las políticas sanitarias con los agentes responsables de la prestación, promoción y vigilancia de la salud a nivel regional y local⁷.

⁷ De Habich, Midori. (2013) "Lineamientos para la Reforma del Sector Salud", en el Seminario Internacional: Hacia la Universalidad de la protección en salud en el Perú. 06 de junio 2013, Lima Perú

Es importante subrayar que la reforma de salud comprende el fortalecimiento institucional, la extensión de la cobertura poblacional de protección en salud, la mejora de la oferta de servicios de salud y la protección financiera a la población con énfasis en los grupos vulnerables frente a las consecuencias económicas de las enfermedades y accidentes.

Básicamente, buscamos que los ciudadanos estén asegurados y disminuya su gasto de bolsillo en salud; resuelvan sus necesidades de salud más frecuentes en redes integradas de salud más cercanas y con capacidad resolutoria; tengan acceso a medicamentos de calidad y bajo costo; accedan a las prestaciones que requieran independientemente de donde estén asegurados (intercambio de servicios); tengan cobertura de atención de las principales enfermedades catastróficas sin importar dónde viven o cuánto ganan; y ejerzan sus derechos en salud con el respaldo de una institución supervisora reconocida.

Para cumplir con este propósito, el Ministerio de Salud y el Ministerio de Trabajo han conseguido la aprobación por el Congreso de la República de la Ley N° 30073, que delega en el Poder Ejecutivo la facultad de legislar en materia de fortalecimiento del sistema nacional de salud.

Esta delegación comprende la facultad de legislar sobre las siguientes materias:

1. Reorganización del Ministerio de Salud y sus Organismos Públicos para el ejercicio y el fortalecimiento de la rectoría sectorial.
2. Modernización del Sistema Nacional de Salud para optimizar la oferta de servicios integrados que otorguen efectividad y oportunidad en las intervenciones, seguridad del paciente, calidad del servicio y capacidad de respuesta a las expectativas de los usuarios, así como mayor acceso a los medicamentos necesarios para la atención; incluyendo la mejora de la administración de los fondos de salud.
3. Modernización de la gestión de las inversiones públicas en salud, estableciendo las prioridades, los procedimientos y los mecanismos de planificación multianual, sectorial e intergubernamental, así como las de ESSALUD, para racionalizar la inversión pública en materia de salud.
4. Política integral de remuneraciones de los servidores médicos, profesionales y personal asistencial de la salud del sector público.
5. Extensión de la cobertura de protección financiera en salud asegurando las condiciones para un acceso universal a los servicios de salud, en forma continua, oportuna y de calidad.
6. Fortalecimiento del financiamiento de ESSALUD, a fin de garantizar la sostenibilidad del fondo de seguridad social y permitir el cierre de la brecha en infraestructura, recursos humanos, equipamiento, servicios y otros bienes.

Sin embargo, considero importante mencionar que ya hemos iniciado algunas

medidas para la implementación de la reforma, como la ejecución del Plan Esperanza, para el despistaje y tratamiento del cáncer; el intercambio prestacional de servicios entre el SIS y EsSalud; la puesta en operación del Fondo Intangible Solidario de

Salud - FISSAL, que financia enfermedades de alto costo y enfermedades raras y huérfanas; así como la inauguración del Registro Nacional de Donantes de Médula Ósea del Instituto Nacional de Salud del Niño⁸.

Bibliografía

Ministerio de Salud, Gobierno de Perú (2013) "Lineamientos y medidas de reforma del sector Salud". Documento de Políticas, julio 2013. Lima, Perú.

Nepo, Edgardo. (2013) "Memorias de la Reforma en Salud", julio 2013. Lima, Perú. Ley de Aseguramiento Universal de Salud (2009) Ministerio de Salud, abril 2009. Lima, Perú.

Ley N° 30073, Ley que delega en el Poder Ejecutivo la facultad de legislar en materia de fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Salud y Ministerio de Trabajo, julio 2013. Lima, Perú.

⁸ A la fecha más de 11 mil pacientes con cáncer han recibido tratamiento financiado por el SIS y se han realizado más de 10,000 despistajes de cáncer. El intercambio de servicios ya está funcionando en 13 regiones. El Fissal ha financiado el trasplante de médula ósea no emparentado a 3 niños en el Jackson Memorial Hospital y Children's Miami Hospital de Miami, por un monto de S/. 4 millones 200 mil nuevos soles.

Nueva Política de Inversión en el Marco del Proceso de Reforma de la Salud

Samín Vargas Villavicencio⁹



En el marco de la Ley N° 27783 – Ley de Bases de la Descentralización, se ha efectuado la transferencia de responsabilidades operativas, técnicas y administrativas del Gobierno Central a los Gobiernos Regionales con el fin de coordinar y efectivizar las acciones de salud integral en el ámbito regional y supervisar la ejecución de las políticas aprobadas por el sector Salud, así como formular, implementar, evaluar y administrar las políticas de salud de la región en concordancia con las políticas nacionales y los planes sectoriales.

Si bien es cierto que el proceso de descentralización en el sector Salud ha buscado acercar la provisión de servicios de salud a la población, a través de la transferencia ordenada de funciones y recursos; hasta el presente, desconcentrar la gestión de los servicios de salud y su desempeño en la prestación ha sido poco efectivo.

La naturaleza compartida del ejercicio de las funciones de salud pública por el Ministerio de Salud (Minsa) y los Gobiernos Regionales (GR) ha generado vacíos de responsabilidad y de gestión, conllevando, por ejemplo, al debilitamiento de las acciones de vigilancia, prevención y control de brotes epidémicos.

El inadecuado ejercicio compartido de las funciones de salud pública se ha vinculado, en la práctica, con una fragmentación del sistema en los diferentes niveles de gobierno, con múltiples actores que intervienen en la prestación de servicios sin actuar coordinadamente, duplicando el gasto y debilitando el impacto de las intervenciones; lo cual se refleja en la persistencia de déficits de infraestructura, equipamiento y personal en los servicios de atención primaria y en especial en servicios de alta especialización en las regiones del país, lo que finalmente limita el acceso a los

⁹ Jefe de la Unidad Funcional de Estudios Económicos en Salud. Economista y Master en Estudios de Desarrollo (ISS-Erasmus University Rotterdam).

servicios de salud y afecta la calidad de los mismos.

Consecuentemente, es clara la ausencia de planificación concertada indispensable para la definición de prioridades (nacionales – regionales - locales), por lo que el componente de inversión de los servicios de salud no tiene una orientación clara y deja a discrecionalidad las decisiones de inversión en los niveles de gobierno regionales y locales.

Más aún, los cuatro retos de la reforma de la salud como la extensión del cuidado de salud a toda la población; instauración de una cultura de prevención y protección de la salud en la sociedad; avance hacia un sistema al servicio de la población y alivio de la carga financiera; requieren de mejoras sustantivas de las capacidades institucionales y organizacionales en los

institucionales y organizacionales en los multisectoriales articuladas, bajo la rectoría del Ministerio de Salud.

Por las razones expuestas, se requiere que el Ministerio de Salud lidere una nueva política de inversiones con un enfoque territorial, en la que la oferta de servicios de salud de diversos prestadores públicos se integre funcionalmente como una red y se complemente la prestación de servicios entre prestadores, asumiendo las atenciones primarias de salud y las de alta complejidad de la población de un territorio asignado con un alcance integral, incorporando intervenciones comprehensivas que abarcan los aspectos de promoción, detección temprana de enfermedades y prevención del riesgo, de recuperación y rehabilitación; acorde con el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud¹⁰.

En el siguiente cuadro se presenta los cambios propuestos en la política de inversiones:

	Proceso Actual	Proceso Modificado
1. Orientación	Por Establecimiento	Territorial (Por Redes de Servicios)
2. Contenido / Alcance	Fragmentado por Programas	Integral y Acorde con el PEAS
3. Horizonte de Planeamiento	Anual	Multianual
4. Financiamiento	Histórico	Programado
	Desprotegido	Protegido
5. Toma de Decisiones	Discrecional e Independientes	Concertada
6. Unidad de Inversión	Por Categoría de Establecimiento	Por Servicios de Salud (UPSS)
7. Tiempo de Ejecución	6 - 7 Años	2 - 3 Años

Fuente: Lineamientos y Medidas de Reforma del Sector Salud en Inversiones en Salud Comité de Inversiones-Consejo Nacional de Salud, junio 2013.

¹⁰ Listado priorizado de condiciones asegurables e intervenciones que como mínimo son financiadas a todos los asegurados por las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud, sean estas públicas, privadas o mixtas, el mismo que está traducido en un plan de beneficios que contiene garantías explícitas de oportunidad y calidad para todos los beneficiarios. Expone de manera explícita más de 600 procedimientos médicos a los que tendrían derechos los asegurados.

En ese sentido, para instrumentalizar esta política de inversiones, se requiere un planeamiento de inversiones multisectorial e intergubernamental de mediano y largo plazo, contando con la participación del Ministerio de Salud, ente rector del sistema, los Gobiernos Regionales, EsSalud, las Sanidades de la Policía y las Fuerzas Armadas para definir concertadamente el nivel de inversión nacional requerido para ampliar y mejorar la capacidad resolutive de la red de atención primaria, secundaria y de alta complejidad, cerrando de esta manera las brechas de infraestructura y equipamiento. Asimismo, es importante mencionar que este nuevo planeamiento de inversiones contribuirá en la determinación de un portafolio de ideas de proyectos, iniciando de manera ordenada la gestión del ciclo de proyectos de inversión pública en el sector¹¹.

Sin embargo, es importante notar que la implementación de la nueva política de inversiones requerirá de un conjunto de arreglos institucionales entre los que se encuentran: el diseño de propuestas legislativas concordantes con los lineamientos establecidos por el Ministerio de Economía y Finanzas, a fin de articular y concertar las inversiones multisectorial e intergubernamentales.

Asimismo, se requerirá adecuar y actualizar la metodología del Planeamiento

Multianual de Inversiones (PMI) en la red, y aprobar los parámetros de servicios, infraestructura y equipamiento para todos los niveles de complejidad; instalar Comités Regionales Intergubernamentales de Inversión en Salud a nivel nacional para concertar las inversiones entre los tres niveles de gobierno; crear un Fondo de Inversiones en Salud en base a los requerimientos establecidos en el planeamiento multianual de inversiones concertado para dar continuidad al ciclo de proyectos de inversión pública y acortar los tiempos de ejecución; adecuar la estructura organizacional del Ministerio de Salud incorporando una Unidad Especializada en Inversiones para conducir, organizar y supervisar articuladamente el proceso de inversión con los diferentes niveles de gobierno, así como una Unidad de Desarrollo e Investigación de Tecnologías en Salud.

Igualmente, es necesario implementar el Observatorio de Recursos Físicos en Salud, así como la elaboración del catálogo único de equipamiento y mobiliario médico, para todos los sectores y en todos los niveles de gobierno; implementar un programa de generación de capacidades de gestión de inversiones y establecer mecanismos de monitoreo que garanticen la calidad de las obras, el adecuado equipamiento y los resultados de la inversión en salud¹².

Bibliografía

Ministerio de Salud, Gobierno de Perú (2013) Lineamientos y medidas de reforma del sector salud. Documento Preliminar, junio 2013. Lima, Perú.

Ñaccha, Manuel, (2013) Lineamientos y medidas de reforma del sector salud en inversiones, en el Seminario Internacional: Hacia la Universalidad de la Protección en Salud en el Perú. 06 de junio 2013. Lima, Perú.

¹¹ La Oficina de Proyectos de Inversión del Ministerio de Salud viene implementando un Planeamiento Multianual de Inversiones desde el 2012 (PMI), para cerrar las brechas de infraestructura y equipamiento del primer y segundo nivel de atención en establecimiento de salud estratégicos definidos entre el Ministerio de Salud y los Gobiernos Regionales. Estos son establecimientos de salud con capacidad resolutive de mediana complejidad que pueden atender las necesidades de servicios de salud más frecuentes en un radio de dos horas para la atención no quirúrgica y de cuatro horas para la atención quirúrgica.

¹² Tomado de la presentación del Comité de Inversiones en el Seminario Internacional: "Hacia la Universalidad de la Protección en Salud en el Perú". Lima, 06 de junio 2013.

Presupuesto por Resultados en el Sector Salud

Samín Vargas Villavicencio¹³



El Presupuesto por Resultados en el Perú estuvo normado inicialmente por la Ley N° 28927, Ley del Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2007¹⁴, habiéndose implementado a partir de 2008, con el diseño de 5 programas presupuestales estratégicos (PPE) pilotos vinculados a resultados prioritarios, entre los que destacan el Programa Articulado Nutricional y el Programa de Salud Materno Neonatal en el sector Salud¹⁵.

Adicionalmente, a través de las Leyes de Presupuesto entre el periodo 2007 - 2010, se crearon más de 25 PPE en el sector público. Específicamente, es con la Ley N° 29626, Ley del Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2011, que se incluyen 3 programas adicionales en salud:

Prevención y Control de TBC-VIH/SIDA, Enfermedades Metaxénicas, Zoonosis y Enfermedades No Transmisibles; mientras que la Ley N° 29812, Ley del Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2012, incluyó el programa presupuestal de Prevención y Control del Cáncer, con el cual se tiene un total de 6 programas presupuestales del sector Salud ligados a resultados hasta el momento¹⁶.

De estos programas presupuestales del sector Salud, son el Programa Articulado Nutricional (PAN) y el Programa de Salud Materno Neonatal, los que están siendo evaluados por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), en base a los indicadores de resultados obtenidos, a través de la Encuesta Demográfica y de Salud

13 Jefe de la Unidad Funcional de Estudios Económicos en Salud. Economista y Master en Estudios de Desarrollo (ISS-Erasmus University Rotterdam).

14 Específicamente en el Capítulo IV: Implementación del Presupuesto por Resultados. Lima, diciembre 2006.

15 Los otros programas estratégicos pilotos definidos en la ley fueron: Logros de aprendizaje al finalizar el III ciclo, Acceso de la población a la identidad y Acceso a servicios sociales básicos y a oportunidades del mercado.

16 Sin embargo, existen otros programas presupuestales donde el sector salud está involucrado: reducción de la vulnerabilidad frente a riesgos por desastre, reducción de la mortalidad por emergencias y urgencias médicas

Familiar (ENDES) en el marco de la implementación de la Estrategia Nacional de Presupuesto por Resultados.

En cuanto al primer programa, el PAN prioriza las intervenciones efectivas basadas en evidencias a favor de la primera infancia, tiene como resultado final reducir la desnutrición crónica en niños menores de 5 años, siendo algunos de sus productos la atención de infecciones respiratorias agudas (IRA y la atención de enfermedades diarreicas agudas (EDA)¹⁷.

De acuerdo con la ENDES, las estimaciones a 2012 señalan que el 14.6% de las niñas y niños menores de 3 años de edad a nivel nacional, tuvo una Infección Respiratoria Aguda en las dos semanas anteriores al día de la entrevista; proporción que evidencia una disminución de 3.7 puntos porcentuales con respecto a la estimación de 2010 (18.3%), habiéndose incrementado el nivel de ejecución presupuestal en 53% para el logro de este producto durante este periodo.

Asimismo, para 2012 se tiene que el 15.3% de niñas y niños menores de 3 años de edad tuvieron diarrea en las dos semanas anteriores al día de la entrevista; proporción que evidencia una disminución de 3.7 puntos porcentuales con respecto a la estimación de 2010 (19%), habiéndose incrementado el nivel de ejecución presupuestal en 141% para el logro de este producto.

Mientras que el Programa Salud Materno Neonatal, tiene como resultado final reducir la morbimortalidad materna y neonatal, siendo algunos de sus productos la atención prenatal reenfocada, atención del parto normal, atención del parto complicado no quirúrgico y atención del parto complicado quirúrgico¹⁸.

De acuerdo con la ENDES, se tiene que a 2012 el 75% de mujeres gestantes a nivel nacional recibió su primer control prenatal en su última gestación; proporción que refleja evidencia un incremento de 2 puntos porcentuales con respecto a la estimación de 2010 (73%), habiéndose incrementado la ejecución presupuestal en 185% para el logro de este producto.

Finalmente, si bien el Presupuesto por Resultados en el sector Salud ha evolucionado favorablemente en términos de la definición, monitoreo del Programa Articulado Nutricional y el Programa de Salud Materno Neonatal, y asignación de recursos presupuestales vinculados a productos y resultados finales, aún está pendiente la mejora de los mecanismos de coordinación y definición de las responsabilidades de los resultados alcanzados entre las diversas entidades de los diferentes niveles de gobierno.

¹⁷ El PAN tiene otros productos: niños con vacuna completa, niños con control de crecimiento y desarrollo completo según edad, gestantes con suplemento de Hierro y Ácido Fólico, niños con suplemento de Hierro y Vitamina A, Lactancia materna exclusiva y familias saludables con conocimientos para el cuidado infantil.

¹⁸ El Programa de Salud Materno Neonatal tiene otros productos: atención del recién nacido normal, atención del recién nacido con complicaciones, atención de la gestante con complicaciones y población accede a métodos de planificación familiar. ENDES mide control prenatal (atención prenatal pre enfocada) y el parto institucional como aquel parto atendido dentro del establecimiento de salud a cargo del personal de salud, que agrupa la atención del parto normal, atención del parto no quirúrgico y atención del parto complicado quirúrgico.

Bibliografía

Ministerio de Economía y Finanzas, Gobierno de Perú (2007) “Ley N° 28927, Ley de Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2007. Lima, Perú.

Ministerio de Economía y Finanzas, Gobierno de Perú (2008) “PpR Presupuesto por Resultados-Conceptos y Líneas de Acción. Documento de Trabajo. Lima, Perú.

Ministerio de Economía y Finanzas, Gobierno de Perú (2011) “Ley N° 29626, Ley del Presupuesto del Sector Público para el Año Fiscal 2011. Lima, Perú.

Ministerio de Salud, Gobierno de Perú (2013) “Base de datos de Cubos del Ministerio de Economía y Finanzas”. Trabajado por la Oficina de Planeamiento y Gestión Institucional-Ministerio de Salud.



Oficina General de Planeamiento y Presupuesto (OGPP)
Unidad Funcional de Estudios Económicos en Salud (UFEES)
Av. Salaverry # 801, Jesús María
Lima - Perú
www.minsa.gob.pe