

POLÍTICAS SOCIALES

Rafael Cortez: La salud pública en el Perú y su reforma urgente

20 julio, 2023

Autor

Comunicaciones CIUP

comunicacionesciup@up.edu.pe

Estamos de acuerdo en que la salud pública está en crisis, la evidencia salta a la vista. ¿Consideras que estamos ante un problema de ejecución presupuestal, de la falta de este o de capacidades de gestión?

El Perú es un país de ingresos medios que ha tenido un crecimiento sostenido del PBI en las últimas dos décadas, y con ello, ha generado presupuestos públicos de un volumen tal que podrías esperar que alcance resultados sanitarios equivalentes a países de ingresos per cápita similares. En el caso del sector Salud, para este año, el presupuesto es de casi 25 mil millones de soles (8% mayor a 2022), que representa el 12% del total del presupuesto nacional. Además, el sector ha triplicado el gasto público en salud en los últimos 15 años. El gasto per cápita subió de 84 dólares en el 2000 a 389 dólares en el 2020.

En lo que estamos fallando notoriamente es en la gestión del presupuesto y recursos disponibles, en términos asignativos y de eficiencia técnica. Los recursos financieros y físicos no se están asignando donde más se necesita, en términos geográficos en los distritos más pobres con mayores necesidades de salud, y, además los recursos asignados se administran con serias limitaciones dado que se observa corrupción, sobrepagos, compras de productos de baja calidad, y las medicinas no llegan a tiempo por dificultades logísticas y de distribución entre otros factores. La débil gestión de nuestros recursos impide llegar al punto óptimo de producción sanitaria que vaya acorde a nuestra disponibilidad de recursos. Por ejemplo, al iniciar la pandemia se hizo un estudio global que demostraba qué países estaban mejor preparados para enfrentarla, basado en la disposición de recursos financieros: el Perú tenía la inflación controlada, grandes reservas internacionales, un presupuesto público bastante equilibrado, reservas públicas para hacer uso del dinero, etc. En teoría, se consideraba de acuerdo con los indicadores macroeconómicos y disponibilidad financiera que el Perú iba a ser uno de los países que podía responder relativamente bien a los retos de la pandemia que se venía. Se pudo hacer mejor trabajo saliendo al mercado a comprar con muchísima anticipación, a comprar 5,000 camas UCI y millones de vacunas de calidad sin importar el sobre costo,

como hicieron Chile e Israel. Nosotros hicimos un mal proceso de compra de vacunas y mascarillas, que al llegar tarde elevó la mortalidad de nuestros médicos y enfermeras, y población en general en cifras muy por encima de lo que debió ser. No basta tener recursos financieros, sino saber usarlos bien, y a tiempo.

Por otro lado, si necesitamos movilizar más recursos en salud para invertir más en infraestructura, y equipos, y expandir la red de atención primaria, principalmente en zonas pobres y alejadas. Cuando comparamos el Perú, en términos de su PBI y de su gasto público en salud con otros países, terminamos siendo un país de medianos ingresos que gasta en salud en proporción a su PBI, como uno de bajos ingresos. Tenemos que movilizar más recursos a la salud, pero en simultaneo debemos mejorar nuestra capacidad de gasto y garantizar valor por salud. Tenemos que revertir la situación de niveles de mortalidad infantil, desnutrición crónica y mortalidad materna relativamente alta para ser un país de medianos ingresos. Hemos evolucionado de manera dramática, de ser un país, en los años 90, con 48% de enfermedades transmisibles, 16% no transmisibles y 16% lesiones; a ser, en la actualidad, un país con 11% lesiones y 66% de enfermedades no transmisibles. Nuestros retos en salud han cambiado y necesitamos una inversión y gestión diferente.

¿A qué corresponde esta evolución en la salud?

Las enfermedades no transmisibles, como cáncer, diabetes e hipertensión, tienen mucho que ver con hábitos de vida y alimentación, y han evolucionado en parte en un contexto de ausencia de prevención. La organización y financiamiento de nuestro sistema de salud no se ha ajustado a los cambios de la población de 1990 a 2020. Pasamos de un país joven a uno de mediana edad, con ciudadanos que tienen menos hijos que sus padres. Ahora hay meno niños menores de 10 años con respecto a la población total, comparados con los que había hace 30 años. Las enfermedades no transmisibles han aumentado, no solo en adultos sino también en jóvenes y niños. Por lo tanto, las prioridades del sistema de salud deben ajustarse a esta nueva realidad, y priorizar la prevención como sucedió en el resto del mundo con sistemas de salud exitosos.

Hoy hay grandes incidencias de cáncer, sobrepeso, hipertensión y diabetes, inclusive en población joven. El sistema siguió siendo uno donde el grueso del presupuesto público se invierte en grandes hospitales, dejando de lado la prevención. La forma en la que se asignó e invirtió el dinero tuvo mucho que ver en esto.

Pese a esta prevalencia de enfermedades no transmisibles, un gran flagelo para la salud pública en los últimos años han sido las enfermedades transmisibles como la COVID-19. Fuimos durante la pandemia el país con mayor cantidad de fallecidos por millón de habitantes; y ahora vemos como emerge de nuevo el dengue, con un número alarmante de infectados y fallecidos; y, ahora, con lo que se pueda venir otras enfermedades infecciosas como el síndrome de Guillain-Barre.

Tras epidemia que generó la COVID-19, tuvimos el terrible el saldo de más de 250 mil fallecidos (muchos de los ellos por falta de servicios) y 7 millones de infectados. Hay que tener en cuenta que hubo una gran cantidad de gente con hipertensión o cáncer, entre otras enfermedades no transmisibles, que tuvieron que paralizar sus tratamientos y que afectó su salud y también añadió a la mortalidad de la epidemia.

Estos son los efectos de un sistema de salud que no funciona. Cuando uno mira, en el mundo, los sistemas de salud que funcionaron efectivamente contra el virus y en general en un constante avance de mejora de la salud de las personas, tienen en común arreglos de organización con roles bien definidos y que cumplen con los mismos. Por ejemplo, en nuestro país, los principales roles del Ministerio de Salud son la rectoría y la vigilancia epidemiológica, pero durante la pandemia no los cumplieron. Hay otros roles, como el de la provisión, que el Minsa hace de manera parcial solo a establecimientos de la zona periférica de Lima ya que los centros de salud de Regiones están administrados por sus respectivas Direcciones Regionales de Salud. Por otro lado, el financiamiento del Minsa y de Essalud se sobrepone sobre una parte de la población, y la protección financiera todavía es un reto porque un tercio del gasto total de salud es gasto de bolsillo y en esto una parte importante ocurre con la población de bajos quintiles de ingreso. La inequidad en el gasto y en el acceso es todavía es un reto para resolver. Los pobres también pagan por servicios de salud y por medicamentos.

Tiene que haber agentes que financien, que compren servicios de salud y tengan como objetivo comprar la mayor cantidad de servicios, al menor precio y con la mejor calidad. En el Perú, estos agentes son el SIS (fondos públicos) y EsSalud (fondos proveídos por los empleadores). Los problemas que surgen aquí es que, para empezar, EsSalud no es un fondo separado, es una empresa que tiene sus propios prestadores. Con el SIS es más complejo porque tiene prestadores en Lima Metropolitana y en regiones. En vez de comprar servicios, transfieren recursos a sus propios prestadores y no hay un sistema de verificación exacto que se paga lo que se compra en servicios de salud. Esto difiere de la forma en la que operan los fondos privados, por ejemplo, las EPS, que sí tienen roles separados, comprando servicios a clínicas privadas y negociando precios, y con un proceso constante de auditoría y verificación de la producción de servicios que sea acorde a lo que se estableció y se paga.

EsSalud tiene dos casos que funcionan de esa manera, los hospitales Barton (Callao) y Kaelin (Villa María del Triunfo) ...

Eso fue parte de ese proceso de alianzas público privadas que se inició hace una década atrás y cuya idea era expandirlos pero que no ha avanzado a la velocidad adecuada. El sector público y privado pueden complementarse uno al otro. El sector público financia, y regula lo quiere, establece protocolos, normas y metas sanitarias al sector privado quien debe producir servicios, y asegurar calidad de estos dando satisfacción a los usuarios. Esa es la alianza pública privada que debemos fomentar y expandir. En el caso de Essalud, se avanzó en contratos con el sector privado, donde básicamente se le transfería S/ 1,000 por

persona anual (en el Callao y Villa María del Triunfo se cubre 250 mil asegurados en cada zona) y el contrato incluye de indicadores de desempeño por resultados. La empresa es responsable de administrar las redes, invertir en estas, y producir salud para los asegurados adscritos en la zona del contrato. Y funciona porque genera buenos resultados sanitarios a un costo sanitario razonable para Essalud. Lo interesante es que este sistema funciona mejor con los mismos médicos, y recursos, solo como resultado de un modelo de organización diferente. Son los arreglos de organización lo que marca la diferencia. Esto da un ejemplo interesante de cómo la separación de funciones permite eficiencia, rendición de cuentas y, si el sector privado no cumple sus metas, el financiador busca un mejor proveedor con otro contrato.

El SIS se creó bajo esa lógica de fondo público que iba a comprar servicios, tanto públicos como privados. Es decir, iba a hacer contratos con redes públicas y privadas, usando diversos mecanismos de pagos a prestadores, con indicadores y metas, con todo escrito en un contrato. La idea era que un fondo público que está asegurando personas haga contratos, como se hace en Corea del Sur o Inglaterra. Con una lógica así, el prestador se dedica a producir salud, por ejemplo, con más prevención y menos cirugías. Finalmente, el prestador debe producir salud y el financiador se asegura de que haya calidad en la prestación y que los costos unitarios estén controlados.

¿Y si es el financiador quien propone estos contratos hay prestadores públicos o privados que prefieren evitar suscribir contratos con el Estado?

El financiador es el que propone contratos en los términos que el Estado lo considere apropiado en cuanto metas y uso de recursos financieros, para ello utiliza mecanismos de pagos diversos, ya sea capitados o pagos por servicios u otros. Este proceso se hace más complejo en las regiones ya que se termina negociando con 24 gobiernos regionales, lo que politiza la gestión dependiendo del poder político de la región, mientras que los pacientes en las regiones piensan que los problemas de gestión de las redes regionales es responsabilidad del Ministerio de Salud, cuando no lo es.

En el caso del sector Salud, la descentralización se dio de una manera muy rápida. Cuando inició este proceso, los recursos llegaron a las regiones de manera muy rápida, logrando que algunos programas que tenían una administración centralizada en Lima no puedan transferir funciones y personal a las regiones para asegurar la continuidad de los programas en las regiones. Por ejemplo, así sucedió durante la vacunación de los años 90, que se dio de manera centralizada y las regiones eran entes descentralizados, logrando resultados de más del 95% de vacunación. Con la descentralización, la vacunación fue asumida por las regiones, con todo lo que esto significa, teniendo como resultado una reducción dramática en la cobertura. También, con la descentralización se perdieron economías de escalas en la vigilancia y otras funciones esenciales de salud.

El SIS se volvió un “cajero” que transfiere recursos para la salud a las redes regionales y perdió su aspecto importante de su rol de financiador, que es el de

ejercer rectoría gracias a esta transferencia de recursos a las regiones e inducir a cambios organizacionales de los prestadores. Se puede uniformizar con el accionar del SIS, por ejemplo, la prestación de servicios en todas las regiones. Esto se perdió cuando el SIS no ejerció su capacidad de organizar el sistema de salud con dinero en mano a través de contratos con las redes de salud. Por otro lado, cuando el financiamiento del SIS no estuvo asociado a la producción de servicios con mecanismos de pagos no se puede controlar los costos de producción de los prestadores ni su calidad. Fue una gran oportunidad perdida y un reto pendiente en la actualidad.

Una de las razones por la que esta separación de roles funciona en el mundo es porque el financiador, separado de los prestadores, incide en la organización sin involucrarse en ella. El financiador no va a decirle al prestador como organizar su recurso humano, distribuir sus equipos, entre otros; solo van a pagar por el mejor servicio. Nuevamente, el financiador paga al prestador por producir salud, y es el prestador quien debe hacer la reforma organizativa para responder con calidad y precios razonables.

¿Cuánto le cuesta al peruano atenderse, considerando las deficiencias del sistema de salud pública?

El gasto total promedio en salud fue en el 2020 de 389 dólares anuales, de los cuales 89 dólares correspondieron a gasto de bolsillo. El gasto en salud total es, más o menos, un 6.35% del PBI. De este, el 23% es gasto de bolsillo. Este gasto es interesante porque, cuando se analiza la Encuesta Nacional de Hogares, la gente de bajos ingresos (quintil inferior) paga gasto de bolsillo porcentualmente mayor en comparación a quienes tienen mayores ingresos (quintil superior). Por ejemplo, frente a una mala oferta de salud pública, una persona de quintil bajo va a un médico particular y paga sus medicamentos en una farmacia; esto responde a que la gente tiene la percepción que en el sector privado hay una mejor calidad que en el sector público, por la que está dispuesta a pagar, por mejor trato, menos colas, menos tiempos de espera, y otros atributos de los servicios que la gente aprecia como un buen servicio.

Es importante ver que, a pesar de que el sistema de salud pública es gratuito con servicios financiados por el Minsa con el SIS y por Essalud, en la práctica no lo es completamente porque hay otras maneras de trasladarle costos a la población: el costo de espera a la atención ambulatoria, lista de espera de cirugías, la falta de disponibilidad de todos los medicamentos recetados, etc. Cuando uno compara este costo con el ingreso promedio del quintil superior versus el inferior, según ENAHO, el gasto de bolsillo de los primeros puede ser 3.1% versus 15% - 20% de la población menos favorecida, lo cual resalta claramente un tema de equidad en el acceso y financiamiento en salud. Otro ejemplo es que, durante la pandemia, la gente pobre vendía todo lo que tenía para comprar oxígeno, medicamentos, o atención en clínicas a precios altísimos para sus familiares, asumiendo gastos catastróficos. Aquí es clave analizar cómo las pandemias, el COVID-19 o el mismo dengue, están generando gastos catastróficos en las familias, que los llevan a la pobreza.

Y, del otro lado, ¿cuánto pierde el Perú en PBI por la cantidad de personas que dejan de producir y trabajar durante un periodo de tiempo?

Nuestra esperanza de vida promedio se redujo de 76 años en el 2019 prepandemia a 72 años en el 2022. Esto ha sido un tremendo retroceso en el estado de la salud en el Perú. Tomando como referencia la pandemia de la COVID-19, haciendo un cálculo rápido, si consideramos el fallecimiento de más de 250 mil personas que podrían haber estado 20-40 más años en el mercado laboral, estamos hablando de 7-10 millones de años laborales perdidos. Primero, la vida no tiene valor, pero, en términos económicos es muchísimo el dinero que se dejara de generar en las próximas décadas. Además, de los efectos indirectos que son difíciles de medir, como el impacto de la pérdida de un padre o una madre en los hijos, la descapitalización del hogar por gastos catastróficos incurridos, la pérdida de oportunidades de estudio o entrenamiento por la reducción de ingresos del hogar, entre otros.

El otro tema es la productividad perdida al tener 7 millones de personas infectadas que salieron semanas del mercado laboral al estar enfermos. Muchos de estos tendrán efectos colaterales que afectarán en su vida productiva y en el sistema de salud en el futuro con mayores costos de curación.

Hablando del dengue, las cifras son alarmantes, ¿cuál es tu análisis sobre su evolución y gestión por parte de las autoridades de salud?

Recuerdo que a mediados de los 1980, el dengue era una enfermedad poco conocida en nuestro país, solo había una pequeña zona de prevalencia de casos en Tumbes y norte de Piura, dada su cercanía con Ecuador. Hoy en día, el dengue está en todos lados, inclusive en Lima Metropolitana, donde ya ha habido 4 fallecidos y más de 12 mil contagios. Hay zonas como el norte peruano, particularmente en Piura, donde el dengue es considerado endémico.

El dengue comenzó a estar en la preocupación del Estado a partir del 2019, donde los casos comenzaron a incrementar, se generó una epidemia de dengue y el número de fallecidos fue importante. Durante las epidemias del 2019, 2020 y 2022, la información oficial registra aproximadamente 150 mil contagios y 318 fallecidos (a la fecha de realizada esta entrevista, 13/07/2023). Es un tema serio de salud pública que refleja décadas de falta de vigilancia epidemiológica, prevención, educación, ausencia de fumigación en zonas de prevalencia de los vectores, y ausencia de servicios públicos adecuados como el agua y saneamiento. Es una sumatoria de pobre gobernanza y falta de gestión pública efectiva.

¿Hay riesgo de que el dengue siga creciendo en Lima? ¿Cómo ve la proyección a partir de la alerta sanitaria por el síndrome de Guillain-Barre?

Cuando uno mira el mapa, se registran casos de dengue en los distritos de Carabaylo, San Juan de Lurigancho, Ate, Chaclacayo y San Juan de Miraflores. Hay un tema de inequidad, donde las epidemias comienzan atacando a aquellos que tienen menos recursos. Así se dio con la COVID-19, tanto en el Perú como

en el resto del mundo. Es un tema muy serio que no se está tomando con la seriedad debida.

Usualmente las epidemias como el dengue o alertas por casos del síndrome de Guillain-Barre están atadas bajo las mismas causas: la falta de prevención, de atención primaria, medicación, cultura y educación en las escuelas, comunicación social, entre otros. Creo que ese es un gran problema, tiene que haber un liderazgo del Estado y actualmente no lo hay. No se ve que haya un sistema de comunicación masivo, que se enseñe sobre esto en las escuelas, un proceso de control químico masivo y de empoderamiento comunitario para que ellos mismos se autocontrolen. No hay una cultura comunitaria que contribuya a controlar estas nuevas enfermedades transmisibles que nos acechan.

¿Qué medidas propondría para fortalecer la salud pública?

En las últimas dos décadas logramos avances importantes de salud materna e infantil y cobertura de salud. La mortalidad materna se redujo de 113 por 100,000 nacidos vivos (1990) a 69 (2020); y la mortalidad infantil de 80 por mil nacidos vivos (1990) a 14 (2020). El gasto total en salud per cápita lo aumentamos casi cinco veces del 2000 al 2020, y la cobertura de servicios de salud llegó a más del 85% ([World Bank data](#)). Un avance importante, pero ahora tenemos el reto de mejorar la calidad de servicios, y generar valor por salud.

Ahora tenemos que fortalecer el nivel de atención primaria y construir confianza de la población hacia este. Técnicamente, 2/3 de las enfermedades se deben resolver en este nivel de atención. Lo que pasa en el Perú es que no hay un aparato de clínicas y postas adecuadamente surtidas en términos de insumos, médicos y enfermeras que resuelvan los problemas de salud y que den confianza a las personas que asisten a estas. Si un paciente asiste a una posta y no siente confianza en el médico, no encuentra la medicina que le suscriben y, finalmente, no le resuelven el problema de salud como espera, no vuelve más y busca una opción en la que sí perciban que pueden encontrar salud especialmente en hospitales y clínicas de mejor capacidad de resolución. Ahora bien, alrededor de los hospitales en Perú se ha armado una red informal de atención primaria privada: farmacias, consultorios privados, imágenes, laboratorios y todo lo que el Estado debería dar a tiempo y no ofrece con calidad. Esto también es un problema ya que esta red informal privada no necesariamente está correctamente supervisada y regulada por el Estado para asegurar productos y servicios de calidad.

Es clave reformar el sistema de salud pública. Los sectores privado y público, de manera independiente, no pueden resolver nuestros retos de salud por sí solos. El rol más importante del sector privado debería ser el de prestador, pero regulado, donde el Estado ejerza rectoría. Por ahora, los servicios de calidad del sector privado son de acceso en su mayor parte de población no pobre con seguros privados o capacidad adquisitiva. Mientras que los sectores de bajos ingresos tienen que acceder a servicios de salud de menor calidad financiados por el SIS o por sus propios gastos de bolsillo. Esto no es equitativo, es injusto que el SIS sea visto como un “seguro para pobres”, que otorga servicios que no

son comparables en calidad a los que oferta el sector privado o Essalud, más aún cuando el SIS maneja casi los mismos montos que EsSalud, en términos per cápita. Tenemos que construir un sistema público de salud con calidad, no solo con más recursos sino con mejor uso de estos. En el Perú se discute cada cierto tiempo de que ambos fondos, el del SIS y el de Esalud se junten en uno, lo cual puede ser un objetivo de mediano plazo, pero antes ambos fondos deben tener un valor per cápita de la misma magnitud asignado por asegurado, y usar mecanismos de pago y estándares de servicios similares. Por ejemplo, el modelo coreano maneja un fondo único en el que ingresa dinero de los empleadores (contribuciones como porcentaje de los salarios del sector formal) y del Estado (transferencias) a la vez, de tal forma que el fondo da salud a toda la población y compra servicios de salud al sector privado, bajo contratos, con objetivos e indicadores. En Corea se ha logrado cobertura universal y control de costos unitarios en 15 años de implementación.

En esta línea, un sistema de salud funciona bien no solo por contar los recursos financieros, sino por tener una gestión eficiente que requiere un buen sistema de información unificado. Sin este, estamos a ciegas, no sabemos cómo la gente se está enfermando, en qué se está gastando, las prescripciones de los médicos, no puedes tener logística de medicamentos, ni en qué se puede gastar a futuro. Un sistema de información permite verificar que se esta pagando lo que espera se produzca de servicios de salud y entrega de medicamentos, e invertir acorde a la evolución de las necesidades de salud.

La salud de las personas es un pilar básico que garantiza la productividad laboral y ahora más que nunca debe ser prioridad del Estado hacer las reformas que nos conduzcan a generar salud. En el Perú se ha logrado un nivel alto de cobertura, cercano al 90%. Ahora es tiempo de preocuparnos en la calidad y ser más eficientes en la producción de servicios de salud, esto no será posible sin una reforma de los arreglos institucionales que incluya una separación de roles del financiamiento y provisión, y que fortalezca la capacidad de rectoría y regulación del Minsa y Susalud. De iniciarse estas reformas, que cuestan en lo financiero y en lo político, pronto como parte de una política de Estado, podríamos en una década con más recursos mejorar la gestión y nuestros resultados sanitarios con equidad y de manera sostenible.