



TRANSCRIPCIÓN WEBINAR:
USOS DEL PEAS EN EL MARCO DE LA
UNIVERSALIZACIÓN DE LA COBERTURA
UNIVERSAL EN EL PERÚ: AVANCES Y RETOS

Presentación de Midori de Habich. Mayo 2016

División de Protección Social y Salud
Banco Interamericano de Desarrollo
www.iadb.org/salud - scl-sph@iadb.org

Copyright © 2016 Banco Interamericano de Desarrollo. Esta obra se encuentra sujeta a una licencia Creative Commons IGO 3.0 Reconocimiento-NoComercial-SinObrasDerivadas (CC-IGO 3.0 BY-NC-ND) (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/igo/legalcode>) y puede ser reproducida para cualquier uso no-comercial otorgando el reconocimiento respectivo al BID. No se permiten obras derivadas.

Cualquier disputa relacionada con el uso de las obras del BID que no pueda resolverse amistosamente se someterá a arbitraje de conformidad con las reglas de la CNUDMI (UNCITRAL). El uso del nombre del BID para cualquier fin distinto al reconocimiento respectivo y el uso del logotipo del BID, no están autorizados por esta licencia CC-IGO y requieren de un acuerdo de licencia adicional.

Note que el enlace URL incluye términos y condiciones adicionales de esta licencia.

Las opiniones expresadas en esta publicación son de los autores y no necesariamente reflejan el punto de vista del Banco Interamericano de Desarrollo, de su Directorio Ejecutivo ni de los países que representa.



USOS DEL PEAS EN EL MARCO DE LA UNIVERSALIZACIÓN DE LA COBERTURA UNIVERSAL EN EL PERÚ: AVANCES Y RETOS

Mayo 4, 2016

Webinar realizado por el la ex ministra de Salud del Perú **Midori de Habich**, en el que presentó los avances y retos en la implementación del PEAS como un mecanismo para avanzar hacia la cobertura universal y de garantía de acceso a servicios de salud en el Perú.

ENCUENTRA EL WEBINAR EN REDCRITERIA.ORG

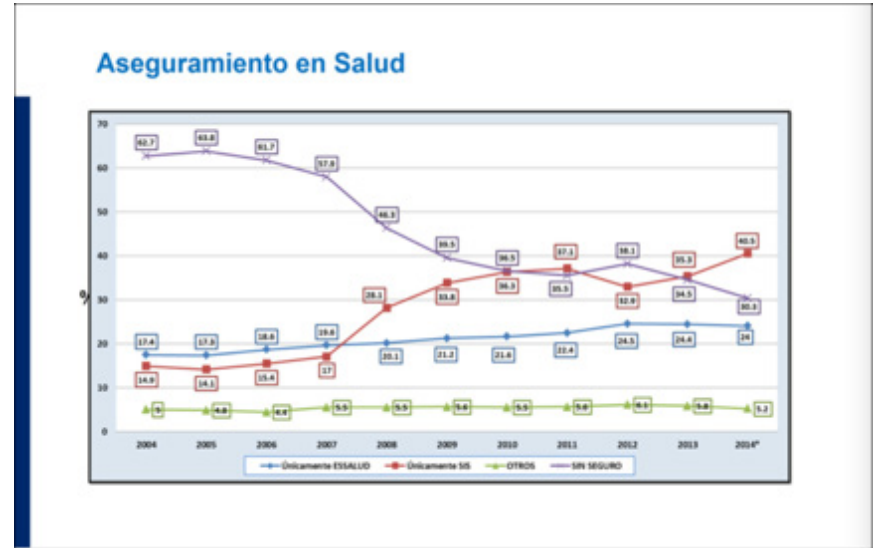


INTRODUCCIÓN

(Minuto 00:04:30)

Más que abordar los aspectos técnicos del PEAS en Perú, que es el “Plan Esencial de Aseguramiento en Salud”, me gustaría enfatizar los aspectos relacionados con el proceso de la reforma hacia la cobertura universal en el país, y el papel que ha jugado el PEAS en este contexto. Me gustaría hablar sobre sus luces, sus sombras, lo que se ha hecho y lo mucho que falta por hacer en este tema.

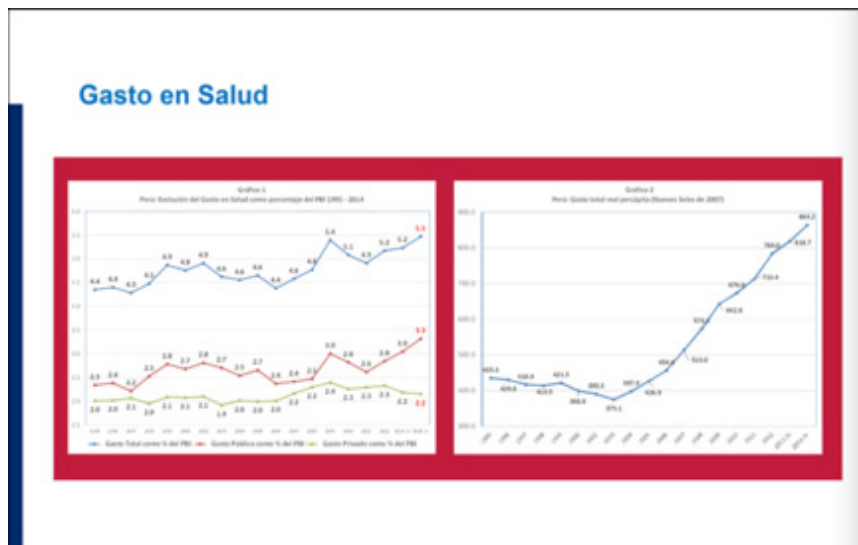
Estamos en el Perú en una etapa de reflexión sobre los avances y cómo seguir adelante en este propósito de la cobertura universal.



ASEGURAMIENTO EN SALUD

(Minuto 00:05:57)

Quiero brevemente darles algunas cifras. Los hechos dicen que el Perú arranca con las preocupaciones del aseguramiento con una proporción de asegurados del 30% de la población y el 70% sin ninguna cobertura formal de un seguro. A lo largo de una década y media, estamos ahora en el 80% de cobertura y 20% de la población que aún no tiene una cobertura formal. Hemos más que revertido en unos 10 a 15 años las proporciones que teníamos y eso ha sido un esfuerzo continuo de por lo menos cinco gobiernos, lo cual vale la pena destacar.

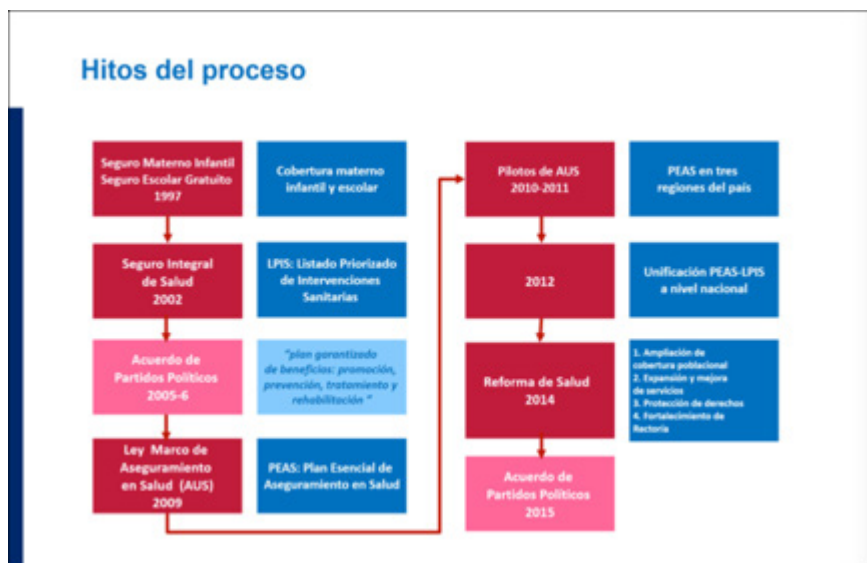


GASTO EN SALUD

(Minuto 00:06:51)

En este trayecto hemos visto un país que ha crecido en la última década en una forma bastante sostenida. Hemos tenido tasas de crecimiento por encima del 6 a 7% a lo largo de un periodo relativamente largo. Parte de este crecimiento económico se ha traducido en el gasto de salud creciente. En términos de PBI hemos ganado un punto. Estábamos en 4.4 de gasto de salud respecto al PBI, y ahora estamos en 5.5. Ha sido un incremento paulatino. A pesar de que vamos a tener menor crecimiento económico, se espera que vayamos a poder sostener el ritmo de crecimiento porque todavía estamos abajo del nivel de un financiamiento

más adecuado para las expectativas y el tamaño de la economía que tiene el Perú. Este impulso de un punto del PBI, ha venido fundamentalmente por el lado público, lo cual es una buena dirección, no obstante que aun el gasto de bolsillo en las familias es relativamente alto. Se ha comenzado a levantar la barrera del acceso al servicio por razones económicas sobre todo en las zonas rurales y en la población pobre. En términos reales ha habido una triplicación con lo cual también se refleja una mayor participación del gasto de salud dentro del presupuesto nacional que estaba más o menos en un 5-6% y que en los últimos años alcanza un 10%. Creció entonces el presupuesto en general pero también la proporción que tienen salud en este presupuesto. Eso nos ha permitido hacer unos cambios más fundamentales en el sistema de salud.



HITOS DEL PROCESO

(Minuto 00:09:22)

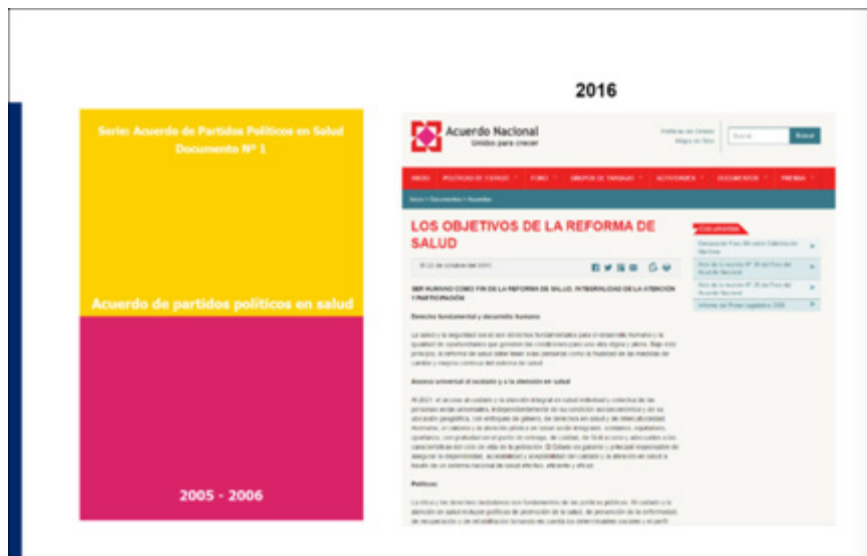
Quiero contarles cómo ha sido esta constante puesta en la agenda de política pública, este nuevo paradigma del aseguramiento universal en el país. Alrededor del 1997 teníamos dos seguros pequeños: el seguro materno-infantil y el seguro escolar gratuito. Ahí marcamos el inicio de esta tendencia, con coberturas específicas infantiles y escolares. En el 2002 estos dos seguros públicos se fusionan y se amplía la cobertura del Seguro Integral de Salud a un listado priorizado de intervenciones sanitarias que además incorpora a la población adulta. En el 2005 hubo un acuerdo de todos los partidos políticos en el país,

donde se hace la primera mención de un plan explícito, que es el plan garantizado de beneficios, promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. Es un hito importante en el cambio de paradigma que luego se va incorporando en la política de salud del país. La concreción de esta nueva idea es la "Ley Marco de Aseguramiento en Salud" (AUS) en el 2009, donde ya se hace una definición formal y legal del PAES como el plan de alcance sectorial, no solo del subsector público.

La Ley Marco se implementa a través de unos pilotos durante los años siguientes y el PEAS está solo vigente en tres regiones del país que son las zonas piloto. Luego se unifica con el LPIS (Listado Priorizado de Intervenciones Sanitarias) que era para el resto del país.

Los últimos acontecimientos en el sistema han sido el conjunto de normas, que se aprobaron hacia los finales del 2013 y en el 2014, y que se denomina la Reforma de Salud que buscan abordar cuatro grandes temas: 1) la ampliación de la cobertura poblacional, 2) la expansión y mejora de los servicios, 3) una mejor protección de los derechos y 4) el fortalecimiento de la Rectoría. Todos tienen una relación con el tema que hoy nos convoca que es la priorización explícita de beneficios.

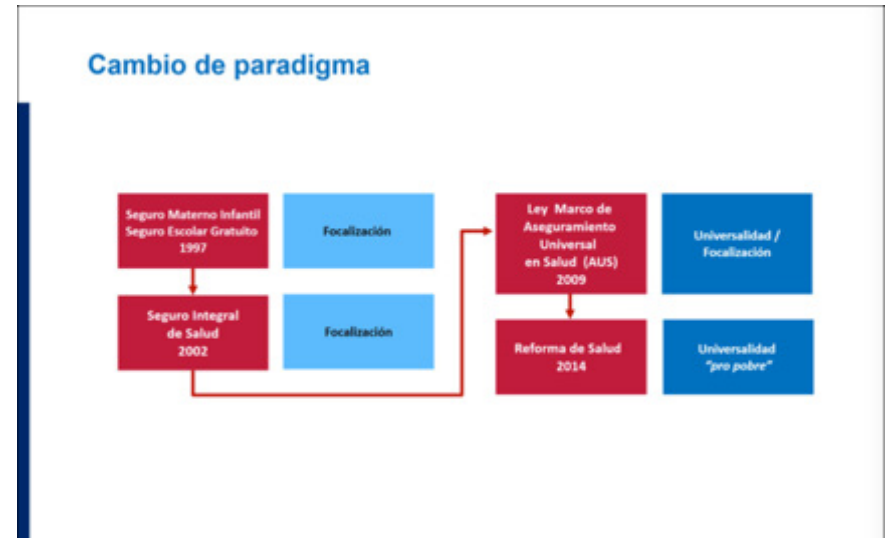
Finalmente, en octubre del 2015, los partidos políticos nuevamente obtienen un acuerdo de la orientación y los objetivos de esta reforma en salud, dando una ruta clara del futuro, en específico lo que debe lograrse hasta el 2021, el año en el que el Perú cumple el segundo bicentenario de la independencia de la Republica. Queremos cumplir algunas metas relacionadas al sistema de salud para seguir avanzando en la idea de la universalidad.



(Minuto 00:13:25)

Los dos hitos más políticos en este proceso son muy importantes. Fueron las concertaciones a nivel de los partidos políticos del país acerca de la orientación nacional del sistema que son fundamentales para mantener la política

a lo largo de los diferentes gobiernos en países donde todavía carecemos de una institucionalidad firme.



CAMBIO DE PARADIGMA

(Minuto 00:14:05)

El primer tema que me parece muy importante, es que en la primera parte del proceso tenemos un paradigma orientado a la focalización del gasto público. Son esfuerzos importantes para que a través de metodologías poder canalizar recursos hacia las poblaciones más pobres y hacia las zonas rurales. Con esto tenemos una asignación de gasto, por ejemplo del Seguro Integral de Salud que ha beneficiado en particular a

las zonas rurales y pobres. Las estadísticas están reflejando que las proporciones de cobertura de aseguramiento en estas condiciones son más altas. Esto me parece muy interesante para países que están pensando la conveniencia de una primera etapa donde los esfuerzos se enfocan particularmente en igualar oportunidades de zonas rurales y de poblaciones en pobreza.

A partir de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud (AUS) y reforzado por el paquete de reformas, estamos pasando a un paradigma de universalidad. Este es un momento de tensión porque estamos cambiando de focalización a cobertura universal y eso no solo tiene requerimientos financieros adicionales, sino también un conjunto de consecuencias de cómo nos organizamos en el Ministerio de Salud para lograr ese propósito.

No podemos perder de vista que la primera prioridad es mantener la orientación pro-pobre, que no se pierda en el esquema de universalidad. Es importante que no se pierda un propósito explícito de ser vigilantes en términos de lo que las poblaciones en menores condiciones económicas y en exclusión, están recibiendo del sistema, y cómo lo están recibiendo. Me permito hablar de universalidad pro-pobre, a pesar de que pueda ser contradictorio.



PROPÓSITO NORMATIVO

(Minuto 00:17:18)

Otro tema importante es mirar cómo se ha sistematizado el proceso a lo largo de los años. En estas tres etapas que hemos tenido de seguros específicos, pasando al LPIS y la primera etapa del Seguro Integral de Salud, estamos hablando de un alcance del sub-sector público, del Ministerio de Salud y los gobiernos regionales. También es importante el alcance de una definición y lógica de estos listados para ver qué servicios están demandados y ofrecidos, y una definición de qué servicios se pueden o no se pueden prestar.

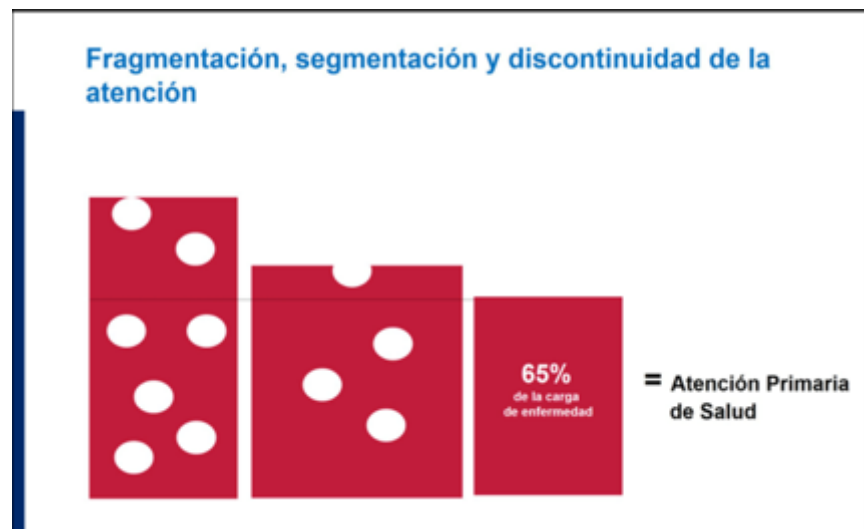
Cuando aparece la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud se define la necesidad de contar con un PEAS.

Hay dos cambios fundamentales que todavía siguen en proceso. Uno es cambiar el alcance a todo el sector, ya no es un instrumento solo para el sub-sector público, sino un instrumento orientador de la política de todo el sector y eso sigue siendo un reto.

El otro tema importante es pasar a la constitución de servicios que debemos prestar, no sólo lo que el sistema está ofreciendo y lo que los usuarios están utilizando sino una idea más normativa de los servicios que debe ofrecer el sistema de salud, qué cambios debemos hacer en los modelos de atención, para lograr lo que los partidos políticos acordaron hacer del plan garantizado de beneficios, promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.

Esta idea está ligada con la preocupación de la sostenibilidad de nuestros sistemas de salud. Desde el principio tenemos que integrar un proceso más integral y haciendo énfasis en prevención, y promoción y no solamente mirando tratamiento y rehabilitación. Es un reto grande pero estoy convencida que el tema de

sustentabilidad del sistema tiene que ver con el sistema de atención, con la capacidad de prevenir la enfermedad y contener los costos que trae la tecnología de punta que tenemos frente a nosotros. A veces nos olvidamos de eso. He estado en algunas reuniones donde volver a colocar el tema de prevención, y promoción no era tan evidente. También los temas de determinantes de la salud, como agua y saneamiento ambiental siguen siendo un reto importante en el país y tienen un impacto sobre la sustentabilidad del sistema de salud.



FRAGMENTACIÓN, SEGMENTACIÓN Y DISCONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

(Minuto 00:21:10)

Esta es una representación más simbólica, que de proporciones exactas. El sistema de salud en el Perú tiene los problemas conocidos de fragmentación, segmentación y discontinuidad de la atención. La primera barra representa al Instituto de Seguridad Social en Salud que tiene un paquete no explícito. Teóricamente da todo para todos sus afiliados pero obviamente tiene discontinuidades en la atención. Es un sistema que está más orientado a los niveles de atención de más complejidad con debilidades en la atención del primer nivel y en general lo que es promocional y preventivo.

En medio es la representación del Seguro Integral de Salud donde también tenemos discontinuidades de la atención y tenemos una base ancha de 16 millones de personas afiliadas. En comparación el PEAS pretende abordar el 65% de la carga de enfermedad en el país. Así fue diseñado inicialmente y es una definición del entendimiento que tiene el país de la atención primaria de la salud, rescatando

el antiguo concepto de atención primaria de salud, no de la atención del primer nivel, o sea la atención esencial de la salud a la cuál todo peruano o residente debería tener acceso. Éste aborda el primer nivel de atención, muy fuertemente un segundo nivel de atención y algunas intervenciones del tercer nivel. La idea del tener el PEAS es contar con un instrumento que nos dice qué es lo que consideramos esencial poner a la disposición de la población, alrededor del 65% de la carga de enfermedad, es la principal importancia que tienen la introducción del PEAS en la política pública.

Como el Seguro Integral ya había extendido su listado a lo que estaba disponible en el sistema aparece el PEAS como un paquete más pequeño teóricamente, respecto a lo que el Seguro Integral estaba dando y mucho menor de lo que está siendo previsto por el seguro social en salud. En el caso del SIS tenemos y lo adicional se denomina “planes complementarios” porque el PEAS no podía limitar los servicios que ya estaban ofrecidos a la población. Esta situación ha continuado.

PEAS

- Especificación de derechos
- Identificación de brechas de provisión y financiamiento
- Reforzamiento con "sub-planes" específicos asociados a ENT (Cáncer, hipertensión, etc.) como el Plan Esperanza.
- Planificación y ejecución de la expansión de servicios y el financiamiento priorizando el cambio en el modelo de atención
- La inversión como "motor" del cambio en el modelo de atención

PEAS

(Minuto 00:25:07)

Aunque el PEAS no es un limitador en servicios si tiene un rol importante en los términos de especificación de derechos. Hemos tenido una preocupación, mirando el caso colombiano, por ejemplo, y el efecto que puede tener el poder judicial en directamente o indirectamente ir modificando el conjunto de servicios que el sistema de salud está obligado a dar. En el Perú todavía no tenemos un fenómeno de esta naturaleza pero queremos anticiparnos a eso. Por lo tanto la especificación de los derechos de los servicios de salud, está limitado por el PEAS. Los "planes complementarios" son planes que el Seguro Integral pone a disposición pero no tiene la misma

connotación de derecho esencial. Es importante irlo revisando y hacer un trabajo con el poder judicial para un creciente entendimiento del rol del PEAS.

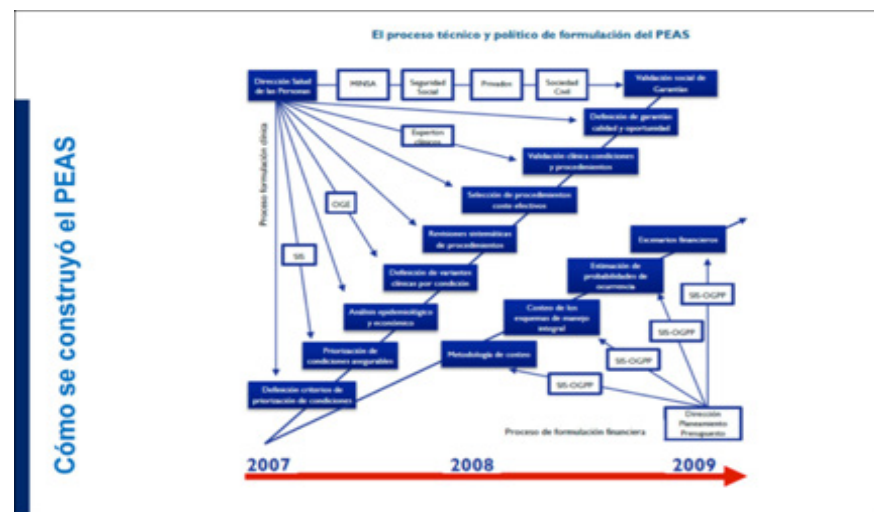
En segundo lugar el PEAS ha sido muy importante para identificar las brechas de provisión y financiamiento respecto al paquete esencial atado al concepto de atención primaria en salud. Eso nos ha permitido desarrollar una política de inversiones que está fundamentalmente asociada a cómo logramos consolidar esta atención primaria y reduciendo las discontinuidades en la atención, e ir ganando años de vida saludables. Idealmente eso se hace disminuyendo la carga de enfermedad que es prevenible y que, según los estudios en el Perú es una proporción alta de la carga de enfermedad en general. El enfoque de prevenir y detectar tempranamente nos ha llevado a tener sub-planes o segmentos del PEAS, por ejemplo el Plan Esperanza. Este plan tiene un sesgo muy fuerte hacia la prevención y la detección temprana de los cánceres más frecuentes en el Perú. Hemos desarrollado esos planes que se enfocan en la parte preventiva, de detección temprana, diagnósticos oportunos, las enfermedades no transmisibles y el tema de la salud escolar.

En el tema de la planificación y ejecución de la expansión de los servicios, el Perú ha tenido un déficit de inversión en salud durante muchos años, especialmente en la expansión de servicios, infraestructura, dotación de recursos humanos, y mayor capacidad de proveer servicio. Eso ha llevado al país, sobre todo después de un aumento de los ingresos de los hogares, a un desbalance fuerte entre oferta y demanda. Inclusive en el sector privado hay servicios que colapsan en términos de una demanda para la cual la oferta todavía no está suficientemente desarrollada. Cuando se toma la decisión de definir una política clara de inversiones en el país, se decide que esta tiene que estar basada en este cambio de modelo de atención que estamos buscando hacia la atención primaria. Entonces nos ha permitido hacer una política y un proceso progresivo de planificación de la expansión de los servicios basado en este listado explícito que está contenido en el PEAS.

Esto es importante en dos niveles. En el nivel de la planificación pero a lo largo del tiempo también nos ha permitido cambiar las normas y las directivas de inversión que en el pasado estaban muy orientadas a construir centros maternos-infantiles. Ahora tenemos un conjunto de nuevas directivas que amplía el alcance de la nueva inversión a elevar la capacidad resolutoria de los establecimientos,

particularmente las redes integradas más cercas a las personas y con capacidad de ser la contención de la tensión de mayor nivel, de segundo o tercer nivel, que es donde las personas siguen recurriendo ante la falta de una real capacidad resolutoria en el primer nivel.

En este sentido, la inversión impulsada por el PEAS está siendo un motor del cambio de modelo de atención. En la próxima década ese cambio va a hacer que el sistema sea bastante más sostenible en el largo plazo. Creemos que en el Perú estamos a tiempo de evitar y prevenir estas grandes epidemias que hay en el mundo de obesidad, enfermedades no transmisibles. Nuestra carga de enfermedad ya nos muestra que es un problema, pero estamos a tiempo para aprender de todas las cosas que otros países han transitado y que debemos evitar.



CÓMO SE CONSTRUYÓ EL PEAS

(Minuto 00:31:56)

Esta lámina refleja los procesos e involucramientos que hubo con una serie de actores en el sistema (del Ministerio de Salud, de Seguridad Social, de privados, de la sociedad civil, de expertos clínicos, expertos del Ministerio y fuera del Ministerio) para la construcción del PEAS. Este proceso se ha dado dos veces.

Se dio inicialmente en el 2007/2009 y luego había un proceso de revisión en el 2014. A pesar de estos procesos, el PEAS no ha sido suficientemente difundido y no es suficientemente conocido. Hay una lección aprendida muy importante.

N°	Grupo	Condición General	N° de Condiciones Asegurables (*)	N° de Variantes Clínicas
I	Población sana	Población sana	5	89
II	Condiciones obstétricas y ginecológicas	Condiciones obstétricas	28	205
		Condiciones ginecológicas	5	42
III	Condiciones pediátricas	Condiciones que afectan al recién nacido	12	87
		Condiciones que afectan al menor de 12 años	8	38
IV	Condiciones neoplásicas	Tumores del aparato genital femenino	3	127
		Otros tumores	4	32
V	Condiciones transmisibles	Infecciones del aparato respiratorio	6	48
		Infecciones del aparato genitourinario y de transmisión sexual	5	38
		Otras infecciones	23	160
VI	Condiciones no transmisibles	Condiciones mentales	4	31
		Condiciones crónicas y degenerativas de otros sistemas	15	208
		Condiciones agudas	22	212
		Total	140	1317

(*) Publicado en D.S. N° 016-2009-SA

CONDICIONES ASEGURABLES Y VARIANTES CLÍNICAS

(Minuto 00:32:59)

Este proceso nos ha llevado a tener un enfoque del PEAS en estos seis grupos de condiciones. Cada grupo tiene una descripción de las condiciones generales y cuántas condiciones son asegurables y el número de variantes clínicas. Tenemos un total de 140 condiciones asegurables que representan 1317 variantes clínicas. El primer grupo importante es el de la población sana.

La base de la construcción del PEAS fue la revisión de la historia natural de la enfermedad. Tiene un componente importante de promoción y prevención que nos permite recoger lecciones aprendidas también de otros países, que al entrar al tema del aseguramiento universal hicieron un enfoque en el tratamiento y la atención clínica y hospitalaria, y dejaron a un lado el tema de la prevención y promoción y hubo consecuencias.

Con relación a los procesos de actualización, hemos tenido un proceso inicial con la formulación y la aprobación del primer PEAS en 2009. Ha habido un proceso sostenido de revisión. Dentro de muy poco vamos a tener la segunda versión del PEAS. La ley establece que el PEAS se revise periódicamente. Esta revisión que se está haciendo que está por aprobarse no es una ampliación. Todavía no hemos entrado a validar un proceso de cómo se toman las decisiones para ampliar y ver qué incluir y qué no incluir en las futuras definiciones del PEAS.

Retos actuales

- Definir procesos y criterios estables para el monitoreo, revisión y redefinición del PEAS
- Fortalecimiento de la rectoría sectorial
 - Vice Ministerio de Aseguramiento y Prestación
 - Instituto de Evaluación de Tecnologías
 - Fortalecimiento de la Agencia Sanitaria
- Economía política

RETOS ACTUALES

(Minuto 00:35:39)

Tenemos muchos retos. Quiero resaltar tres. Primero no tenemos muy bien definidos los procesos y criterios que sean transparentes y estables para el monitoreo, la revisión y la redefinición del PEAS. Creo que estamos a tiempo para tener esta discusión. Eso tiene que ver con el segundo punto, el fortalecimiento de la rectoría sectorial. Durante la reforma del 2013 se puso mucho énfasis en la reorganización del Ministerio de Salud. Si bien la Ley de Aseguramiento Universal del 2009 ya planteaba retos a la organización que el Ministerio tenía, que no tenían los órganos competentes ni la estructura orgánica para hacer frente a muchos de los retos de regulación y de formulación de políticas que traía la Ley. Ha sido en los

años recientes que el Ministerio de Salud está en un proceso de reorganización y se ha conformado el Viceministerio de Aseguramiento y Prestación que tiene la responsabilidad de normar, conducir, liderar y facilitar estos procesos de la redefinición del PEAS.

Dentro de esta reforma organizacional del Ministerio, está también la necesidad de crear el Instituto de Evaluación de Tecnología. Las experiencias de los países que nos han antecedido en estos esfuerzos son muy valiosas para hacer lo mejor posible. En el Ministerio de Salud también estamos convencidos de la necesidad de fortalecer la Agencia Sanitaria que tenemos. Se está pensando en darle mayor autonomía respecto a la organización que tiene ahora.

Todos estos cambios conllevan consideraciones de economía política. Vistos desde el punto de vista técnico puede no haber mucha duda en términos de los derroteros y lineamientos que serían aconsejables seguir mirando la experiencia internacional. Sin embargo, hay esta dimensión de la economía política respecto de la necesidad de crear estas instituciones y las reglas así como tener los líderes con las capacidades para llevar a cabo estos procesos donde necesariamente alguien pierde. En muchos casos quien pierde son actores de mucho peso en el sistema.

Lecciones aprendidas

- Prepararse para un proceso largo: técnico y deliberativo
- Desarrollar una estrategia de comunicación –interna y externa-
- Adquirir nuevas capacidades
- Planear a mediano plazo, plan del plan
- Reforzar la relación MINSA-MEF
- Reformar los sistemas de información

- Habrá resistencia.

LECCIONES APRENDIDAS

(Minuto 00:38:53)

¿Qué hemos aprendido? En el caso del Perú los procesos son cambios de política corresponden a ciclos relativamente largos. No estoy segura si son más largos que en otros países, pero para países que quieren transitar esa ruta la recomendación es prepararse para un proceso largo, como una década o una década y media en el caso de Perú. Tiene una parte de desarrollo técnico para dejar mejor la parte del equilibrio entre los procesos técnicos y los procesos deliberativos. Asociado a eso, el desarrollo de una estrategia de comunicación interna y externa es fundamental.

Esa es una de las debilidades del proceso de aprobación e implementación del PEAS que todavía tenemos pendiente. Es fundamental que estos procesos desde el principio vengán acompañados de esfuerzos de comunicación.

La adquisición de nuevas capacidades institucionales es una necesidad crucial. Estas capacidades no surgen solas sino tiene que ser un propósito explícito y supone un cambio organizacional como está ocurriendo en el Perú en el Ministerio de Salud.

Nos ha costado mucho en el país tener un proceso de planificación primero que se traduzca en políticas de mediano y largo plazo. Lo estamos logrando progresivamente. Este año se ha logrado en relación con el Ministerio de Economía y Finanzas hacer un presupuesto de mediano plazo de tres años. Esto es muy importante para nosotros para darle cierta continuidad, particularmente cuando estamos hablando de una etapa de cambio gubernamental. Esta planeación a mediano plazo, requiere un “plan del plan”, es decir cómo vamos a lograr llegar a un plan a mediano plazo. Si hay países donde hay una mayor familiaridad y experiencia de planificación y de mirada a mediano y largo plazo, probablemente esta recomendación no es muy relevante, pero a nosotros nos ha costado pasar de la definición de temas de la coyuntura todavía que

agobian al sector a poder planear más a mediano plazo. Las relaciones entre el Ministerio de Economía y el Ministerio de Salud son siempre materia de reflexión. En nuestro caso es fundamental esa importante reforzar esa relación. Ha habido más espacio fiscal para salud en los últimos años, el Ministerio de Economía ha acompañado con recursos y con cambios de normativas las reformas que se han impulsado. Cuidar y reforzar esta relación es sumamente importante y tiene una serie de complejidades para ambos lados, ya que los Ministerios de Salud y Economía tienen funciones y lógicas diferentes.

Otro tema, que también es conocido, son los sistemas de información. En el Perú la reforma aún no ha logrado poner en el centro de la discusión lo que tenemos que hacer con los sistemas de información. El reto es enorme y las resistencias son grandes. Hay un costo que hay que transparentar para ser una XXX en los sistemas de información. Es indispensable contar con información oportuna y de calidad para guiar el proceso. Si otros países van a seguir esta ruta es esencial que piensen desde el principio en cómo mejorar el tema de la información que suele ser un problema asociado a la mala calidad, a la dispersión y a la duplicación de esfuerzos y al poco uso de la poca información que se logra tener.

Quisiera terminar con una advertencia. Habrá resistencia. Esa resistencia no es menor. Por lo tanto cuanto más se planifique, se gerencie, se tenga explícitamente una preocupación de tener un proceso de gestión del cambio, eso añade mucho a la viabilidad y la factibilidad de estos cambios que no son menores en nuestros sistemas.

PREGUNTAS Y RESPUESTAS:

(Minuto 00:45:38)

¿En qué sentido es importante pasar de una concepción de lo que podemos prestar a una que se enfoque en lo que debemos prestar? Y si no es consistente con los recursos que se tienen, cómo cubrir la brecha entre el “podemos” y el “debemos”?

Sí es una pregunta muy importante en el marco de esta concepción que quería compartir con ustedes. Ese pasar de ¿qué utilizan los usuarios?, ¿dónde lo utilizan? y tratar de garantizar que se puede continuar dando el patrón de utilización actual, es un enfoque razonable cuando vemos que esos patrones de utilización son consistentes con el objetivo de mejorar el estado de la salud, que tienen relación con la carga de enfermedad, que está dentro de los márgenes razonables de un sistema que es efectivo en preservar la salud.

En el caso del Perú el patrón de utilización no necesariamente se acerca a eso, y menos cuando se hicieron los estudios pre-PEAS. Cuando aparece el primer y tardío estudio de carga de enfermedad en el Perú nos damos cuenta que la política había estado durante muchos años y con mucha razón muy centrada en el tema de la salud materna-infantil. El ministerio estaba organizado básicamente alrededor de ese tema así como las normas de inversión también y nuestra carga de enfermedad nos estaba diciendo que la carga por enfermedades no transmisibles era 2.5 veces mayor que la carga por mortalidad infantil y enfermedades transmisibles. Eso nos hizo pensar, qué no estábamos ofreciendo en el sistema de prestaciones, nos va a ayudar a prevenir esta ola de enfermedades crónicas de muy alto costo para el sistema y las familias. Nos desnudó la falta de capacidad o ajuste en palme entre lo que teníamos del Ministerio de Salud y el aparato prestador en el sector público, con lo que las cifras nos estaban diciendo. La pregunta no solamente era de cómo logramos seguir prestando lo que estamos dando y viendo qué más se puede incorporar con cierto control de costos, sino principalmente como tenemos que mudar el sistema hacia la atención primaria. Hay que priorizar porque los recursos tienen que estar en línea con los cambios hacia lo que debemos prestar. Las líneas orientadoras pueden estar ahí pero sigue habiendo presión financiera por parte de hospitales,

como en el caso del Perú hospitales obsoletos que se construyeron hace mucho tiempo. Tenemos el reto de ver el tema hospitalario con mayor complejidad, pero pongamos un enfoque muy especial en las redes de atención en el esfuerzo de cambiar los modelos de atención, adaptando estas necesidades a los recursos que van a estar disponibles.

La ruta que se está siguiendo es que los hospitales estratégicos de segundo nivel que están vinculados al plan de inversión, se van a ir poniendo en operación progresivamente en el país. A la puesta en operación de un hospital de este nivel se redefine el modelo de gestión que abarca a toda la red, o sea ese hospital de nivel dos y a los de primer nivel, se cambia el modelo de gestión y de financiamiento. Este camino progresivo es fruto de un acuerdo muy favorable del Ministerio de Salud y el Ministerio de Economía.

La única forma que tenemos es hacerlo gradualmente y priorizando.

(Minuto 01:18:24)

Pregunta de Ana María:

¿Cómo ha sido la participación de los usuarios en el proceso de construcción y ajuste del PEAS?

Yo diría que muy insuficiente. Por muchas razones ha sido un proceso bastante técnico con los clínicos, los especialistas de cada una de estas condiciones con los especialistas del Ministerio. Además, la primera formulación del PEAS fue impulsada desde fuera del Ministerio. A lo largo del tiempo todavía el PEAS es casi como un cuerpo extraño con poca exposición al usuario. Tenemos ahora una oportunidad de cambiar eso. Tenemos una Superintendencia Nacional de Salud que se ha potenciado mucho y que está alcanzando otro nivel de relacionamiento con el usuario, la defensa de sus derechos, y la restitución de los mismos cuando es necesario. Además la Superintendencia ha creado juntas nacionales y regionales de usuarios, que a través de un método interesante de tratar al ciudadano/usuario a pie. Creo que podría ser un vehículo muy interesante para subsanar esa deficiencia que ha habido en el proceso.

(Minuto 00:53:10)

Pregunta de Úrsula Giedion:

Usted dice que hubo muy poca participación de usuarios, pero ¿cuáles han sido las consecuencias negativas de esta poca participación? ¿Por qué usted considera que hubieran salido las cosas aún mejor si los usuarios hubieran participado?

Creo que ahora que nos estamos moviendo hacia el cambio de modelo de atención, se pueden hacer los ajustes necesarios en el marco de necesidades más específicas

de cada uno de sus territorios. No creo que el PEAS vaya a cambiar esencialmente, pero creo que la validación es importante. Dado que el PEAS es la base del modelo de atención, es indispensable que al implementar este modelo, tengamos la retroalimentación y la participación activa de las personas de la red. Si bien la participación de la sociedad civil más representativa estuvo presente en la formulación más nacional, creo que ahora la participación de las familias y de las comunidades y del ciudadano de a pie es importante. Las preguntas son: cómo empezar, cómo implementar, a qué ponerle énfasis de los contenidos de PEAS en la atención integral de las redes, creo que podría ser un valor sumamente importante. Finalmente lo que queremos poner son las necesidades del usuario en el centro de la discusión y de los cambios organizacionales que estamos impulsando.

(Minuto 00:55:15)

¿Cuál es el status actual y los principales retos de la Agencia de Evaluación de Tecnología? ¿Cómo se incorporarán sus recomendaciones a la toma de decisiones en salud, entre otras, para el ajuste del PEAS?

Estamos llegando de alguna manera tarde a esta discusión con relación a los avances que ya hay en otros países y que están documentando ustedes en la red. Llegar tarde también tiene sus ventajas. Podemos hacer uso de toda esta experiencia anterior en otros países. Uno de los temas más macro, sobre los cuales valdría la pena conversar, es como

se puede actuar en este tema de evaluación e incorporación de tecnologías de una manera más regional. Me parece que hay muchas cosas que se están haciendo en la región que no necesariamente todos los países tenemos que recorrer. Podía haber economías de escala en algunos procesos.

En el Perú es un tema nuevo. Un primer reto es que tenga alcance sectorial, es decir que el Ministerio pueda organizar un arreglo institucional que tenga la legitimidad de poder proponer soluciones que no sean solo para el Ministerio de Salud y gobiernos regionales sino un avance sectorial. La necesidad está muy sentida en el Instituto de Seguridad Social en Salud que ha hecho su propia evaluación de tecnologías, que es un paso adelante. También el SIS siente esa necesidad particularmente con relación al listado de alto costo. Para nosotros es claro que el tema de los precios de los biológicos es un factor que nos puede impactar mucho en términos de la idea de ir progresivamente dirigiendo el sistema y sus recursos en una determinada dirección y nos puede sacar de cuadro rápidamente. Anécdotas de las presiones políticas y las presiones económicas son conocidas. Es un reto grande y todavía no está claramente definido. ¿Cómo vamos a tener una institución que sea legítima, que abarque sólo al sector público y, por lo tanto, que sea una institución abierta y que tenga la capacidad de legitimar sus decisiones?

No tengo una respuesta de cómo se va a hacer. Creo que es un reto enorme e inmediato.

(Minuto 00:58:40)

Comentario de Ursula Giedion:

Usted plantea una de las preguntas grandes que muchos países de la región nos deberíamos hacer y es: ¿Cómo lograr una institucionalidad trans-sectorial en sistemas de salud tan segmentados? Creo que la misma pregunta se la están haciendo en otros países como México, Costa Rica en Argentina y muchos más.

Creo que hay una dimensión a explorar de cuánto nos podemos beneficiar los países de acuerdos regionales, de intercambio de información regional, de estudios que se hayan realizado de costo-efectividad. En el Perú es un mercado pequeño. Entonces aliarnos y ser más, por ejemplo en el marco de la Alianza del Pacífico, y explorar arreglos regionales nos daría mucha más fuerza para este tema que es indispensable para que en el futuro no se nos desordenen nuestros sistemas por estas presiones comerciales y de costos tan altos.

En una posición de alta dirección uno se enfrenta a situaciones muy difíciles, por ejemplo de decirle “no” a una madre para el tratamiento de su hijo porque no tenemos la evidencia de que este tratamiento sea efectivo. Esto es una cosa en el papel, y otra cosa en la realidad. Necesitamos

las reglas, los arreglos institucionales, el intercambio de experiencia para que los Ministerios puedan -tomar estas decisiones con certeza y con respaldo moral.

(Minuto 01:01:08)

Usted hablaba entre la relación del MINSA y el MEF como uno de los retos. ¿En qué sentido ha sido un reto? ¿Nos podría dar algún ejemplo en el contexto del tema del PEAS? En su visión como ex-Ministra de Salud, ¿qué cree usted que se podría hacer para mejorar esta relación en el tema específico de lograr una alineación entre costo en PEAS y financiamiento en PEAS?

El reto que todavía tiene que seguirse trabajando en el país está alrededor de los mecanismos de financiamiento. No me refiero al volumen del financiamiento que siempre va a ser un tema de negociación y de generación de espacio fiscal para Salud. Este tema tiene su propia dinámica. En relación al PEAS quisiera enfocarme más en el tema de los mecanismos de pago. En el Perú conviven dos enfoques que todavía tenemos que conciliar y encontrar una manera de cómo aprovechar la fortaleza de ambos.

Por un lado tenemos los presupuestos por resultado, que es una iniciativa de ordenamiento de presupuesto en función a resultados y productos que se quieren alcanzar. Es un proceso liderado por el Ministerio de Economía. Sus mayores éxitos han sido, sobre todo los presupuestos

por resultados originales, como el de Salud en un sentido amplio, el articulado nutricional, el programa materno neonatal.

Por el otro lado tenemos la cápita en proceso, un pago capitado que hace el SIS para el primer nivel. No está muy bien definido cómo conviven estas dos cosas. Existen las dos y el prestador recibe por los dos lados, al menos con estos dos mecanismos y hay un reto pendiente de conversar entre Salud y MEF para ver cómo vemos hacia delante en términos de cuidar la preocupación que puede tener el Ministerio de Economía en cuanto a control, particularmente de la planilla, y la preocupación del Ministerio de Salud de ir intentando mecanismos de pago que le den más flexibilidad de gestión al prestador que pueda responder a incentivos para lograr una mejor calidad y eficiencia.

Estas dos lógicas están conviviendo peor con un equilibrio muy frágil que deberíamos poner sobre la mesa, y lo que refleja lo que está detrás de la idea de reforzar la relación MINSA-MEF, de crear un clima de confianza y de mejor entendimiento entre estas dos organizaciones. Siempre es un reto para los Ministerios de Salud.

(Minuto 01:05:21)

¿Existe alguna ruta de política pública para emparejar el PEAS con el Plan de facto que existe en Salud?

Estoy haciendo “advocacy” para que se pueda estudiar, ya no la idea que son montos y niveles de financiamiento diferentes, sino para bajar uno o dos escalones de detalle para saber exactamente cuáles son las diferencias que hay entre los que prestan la seguridad social y financian el SIS o el sistema público. La brecha se ha ido reduciendo con el incremento del gasto fiscal al SIS y en general al Ministerio. La brecha que teníamos antes era mucho mayor pero el mero número comparativo, cuanto se gasta per cápita en un lado y en otro, está escondiendo diferencias que son relevantes. Primero diferencias de precio. Las remuneraciones en un lugar en seguro social son mayores que las remuneraciones en el sub sector público con lo cual había que eliminar este efecto precio. Eliminar ese efecto precio, sería muy interesante ver qué se está prestando en cada lado respecto de un patrón de utilización que queremos que sea más integral. A partir de ahí deberíamos ver por dónde comenzamos a llenar los huecos. Cuando la Seguridad Social tiene un paquete mayor, indefinido sin techo o exclusiones, lo que no estamos diciendo es cuánta continuidad de atención tiene. Es importante ver cómo llenar el vacío entre ambos y no solamente subirle al PEAS, sino ver específicamente qué discontinuidades en la atención están afectando la

efectividad del sistema para tener un buen efecto sobre el mantenimiento de la salud.

La pregunta es compleja en este sentido. La respuesta simple es” hay que crearle 50% de financiamiento al PEAS”. Sin embargo creo que no es la respuesta correcta. La respuesta correcta requiere un análisis mucho más fino y creo que nos podemos encontrar con sorpresas.

(Minuto 01:08:31)

¿Se ha considerado en la política de inversiones el inicio de la implementación de las garantías explícitas? En caso de que así fuera, ¿cómo y cuándo se pondrá en marcha?

Sí, las garantías explícitas que fueron aprobadas, cuando se aprobó el PEAS en el 2010, en realidad nunca fueron implementadas realmente. No han sido miradas con más atención, durante estos años, por la preocupación en general de que era difícil de forzarlas sin haber hecho algunos otros arreglos previos a nuestro sistema de prestación. A pesar de que son garantías explícitas diferentes a las del AUGE. En el caso del Perú ustedes ven la normativa es de garantías explícitas de oportunidad y calidad de atención nuevamente corresponde ante la atención primaria. Al haber identificado las restricciones que tenemos para cumplir esas garantías explícitas y haberlas incorporado en nuestros planes de inversión y en los perfiles de los proyectos, que se están

comenzando a implementar, creemos que va a haber mucho mayores condiciones materiales para hacer de esto una verdadera exigencia. Quien estará encargado de hacer esta verificación, será la Superintendencia Nacional de Salud.

(Minuto 01:10:24)

¿Hubo una estrategia específica que logró convencer al MEF de aumentar el gasto público en salud a partir de los principios del 2000?

Creo que la aparición de los programas por presupuesto por resultado, fue un primer elemento que atrajo recursos y generar la disposición del Ministerio de Economía para atraer recursos al sector, vinculados con estos presupuestos por resultados. Luego, cuando se aprueba la Ley de Aseguramiento, tuvimos una respuesta muy lenta de recursos. En algún momento hay un desenganche entre el incremento de la afiliación al seguro, motivo de la Ley de Aseguramiento, y los recursos que estaban siendo designados para ello. Este desencuentro generó consecuencias muy graves para la credibilidad y para la institucionalidad del Seguro Integral de Salud. Porque lo que ocurrió se exacerbó además por un mal manejo inicial de la crisis del 2008. Inicialmente la reacción de la política económica fue más bien de ajuste. Finalmente después pudimos pasar a una política más anti-cíclica, pero ese primer ajuste redujo drásticamente los recursos del SIS y el SIS

apareció durante varios años como alguien quien no pagaba por los servicios. Eso costó muchísimo remontarlo. Yo entré a la gestión ya a los estertores de esa letanía que era: “el SIS no paga”. Felizmente esto ya se ha superado. Creo que esta experiencia también ha permitido conversar con el MEF respecto de lo que pasa con las instituciones cuando se toman esas decisiones macro económicas y de designación de gastos y que tienen consecuencias duraderas en el tiempo. Lo otro que yo señalaría también es que el Perú ha estado desarrollando, a pesar de que la mayoría de estos últimos años han sido de crecimiento y de superávit fiscales, cuando ha habido necesidad de contrarrestar shocks externos, hemos tenido la capacidad con base en nuestros ahorros hacer política anti-cíclica. Es decir, Salud ha seguido creciendo como proporción del presupuesto aún en los años donde ha habido shocks externos. Eso ha sido posible también por una decisión política del más alto nivel de proteger a Salud y Educación y eso tienen que continuar.

