
RESULTADOS PRIORITARIOS Y DESEMPEÑO DE LA INTERVENCIÓN PÚBLICA: Salud materna e infantil

RESUMEN EJECUTIVO

- El objetivo del informe es presentar un balance de los logros y problemática en relación a la salud materna e infantil, resultados identificados como prioritarios tanto por el sector salud, como por organismos internacionales especializados. Específicamente, se hará un seguimiento a los resultados y productos (resultados intermedios) de las principales intervenciones sanitarias que han demostrado mayor efectividad, así como un análisis de la distribución regional del presupuesto desde una perspectiva de equidad y priorización del gasto. El seguimiento al presupuesto público de salud, desde una lógica de resultados, tiene como objetivo avanzar de un análisis inercial del gasto público a uno basado en logros o resultados, lo que posteriormente, con el uso y desarrollo de mejores herramientas de gestión y administración de recursos públicos, mejorará la calidad de la asignación presupuestal y planificación de las prioridades sectoriales y nacionales. Es decir, tendrá como objetivo mejorar la calidad del gasto público.
- Los indicadores de impacto (o resultado) del estado de la salud materno infantil en el Perú, seleccionados en coordinación con el Sector Salud, son la mortalidad materna y morbi-mortalidad infantil. A pesar que la responsabilidad de la reducción de estos indicadores abarca más allá de las intervenciones sanitarias implementadas por el Sector Salud, los determinantes efectivos de su reducción sí son competencia de los lineamientos dados por éste. Diversos estudios demuestran que el acceso oportuno a una atención médica adecuada en establecimientos de salud, respetando estándares, es el factor decisivo para enfrentar exitosamente las causas directas que derivan en muerte materna o muerte infantil.
- En este sentido, no obstante la fuerte ampliación de la infraestructura sanitaria observada durante la década de los noventa, no se lograron los resultados esperados en relación al uso de los servicios médicos ni una mejora significativa de los principales indicadores del estado de la salud de las personas, desde una perspectiva de equidad. Sin embargo, cabe mencionar que el indicador de mortalidad infantil presenta grandes mejoras e inclusive un desempeño superior al promedio de América Latina. En cuanto a los niveles alcanzados luego de esta reducción significativa, el Perú sigue teniendo niveles relativamente elevados en comparación a otros países de la región.
- Debido al insuficiente éxito de las políticas implementadas, a partir del año 2000 se realizaron dos cambios significativos en el tipo de intervenciones de salud. Por un lado se modificó el modelo de atención en salud, de uno de daños o epidemiológico a uno integral y por grupos etáreos, y por otro, en el año 2002 se implementó el Seguro Integral de Salud. El objetivo de esta última estrategia fue eliminar la barrera económica que dificultaba e impedía el uso de los servicios médicos de los grupos más vulnerables, grupos en los que están focalizados los principales problemas de salud de la población.

- El balance de los principales resultados al año 2005 muestra que han habido mejoras significativas en los niveles de cobertura de los servicios materno infantiles, lo que se explica principalmente por la existencia del SIS desde el año 2002. Sin embargo, también existe evidencia de retrasos en la adopción del Modelo de Atención Integrada de la Salud (MAIS) en las diferentes regiones, lo que contrarresta en parte los avances logrados con el SIS. Los principales resultados en este sentido son: incremento en la cobertura de partos institucionales, sobretodo en las zonas más pobres del Perú (Huancavelica ha incrementado su cobertura de 17% en el 2000 a 55% en el 2004); incremento de la cobertura mínima de controles prenatales (es decir, seis controles).
- En cuanto a los resultados de la estrategia preventiva, los resultados de sus principales indicadores no son tan alentadores. La estrategia sanitaria nacional de inmunizaciones presenta serios problemas, los cuales quedan evidenciados en los niveles de cobertura de vacunación. Los datos al 2005 muestran que tanto los niveles de cobertura de vacunación (Antipolio; Difteria, Pertusis y Tétano; BCG y la Antisarampión) en niños menores de 1 un año y de un año cumplido se han reducido en relación al año 2000. Asimismo, la cobertura de Controles de Crecimiento y Desarrollo-CRED en los niños menores de un año ha tenido un comportamiento errático durante todo este periodo. Los factores más importantes, determinantes de estos resultados son: los problemas del Ministerio de Salud en su rol rector para comprometer a las regiones en el cumplimiento de las acciones identificadas como prioridades nacionales; el cambio en el esquema de vacunación, de uno triple a un único esquema nacional; problemas de gestión acentuados por la descentralización regional (tanto funcional como presupuestal); problemas logísticos al interior de las DISAS debido a la elevada rotación de personal; los rezagos en la implementación nacional del modelo de atención integral de salud-MAIS; y la desigual asignación regional del presupuesto público.
- El análisis del presupuesto público de salud, desde una perspectiva de priorización, equidad en la asignación de recursos públicos y eficacia de la gestión financiera de las instituciones públicas, revela que existe evidencia que el Estado ha privilegiado una estrategia curativa o rehabilitativa de la salud en lugar de una preventiva, y que la asignación regional de los recursos sigue beneficiando a quiénes más recursos tienen. El primer análisis muestra que el Estado ha invertido sistemáticamente mayor cantidad de recursos en servicios de atención curativa (salud individual), y menos recursos en los servicios de salud preventiva (salud colectiva). Cabe mencionar que el Modelo de Atención Integral de la Salud, que presupuestalmente se encuentra registrado en las atenciones individuales o curativas, incorpora servicios de salud preventiva, lo que contrarrestaría en parte la aparente preferencia por las atenciones curativas. No obstante, en las regiones todavía no asumen a cabalidad el modelo integral de atención, lo que finalmente se refleja en las reducciones de las coberturas de vacunación.
- A manera de recomendación, se sugiere: (i) fortalecer la estrategia preventiva del sector incorporando las inspecciones sanitarias de la calidad del agua utilizada para el consumo humano, dado el estrecho vínculo existente entre el agua potable y la morbilidad infantil por concepto de enfermedades diarreicas; (ii) estudiar la estrategia de sostenibilidad financiera del Sector, sobretodo en relación a los recursos destinados al SIS y (iii) la estrategia de supervisión y cumplimiento regional de los principales resultados prioritarios en el actual contexto de descentralización.

- En relación al primer punto se sugiere trabajar coordinadamente con los gobiernos regionales y locales para lograr la universalización de las inspecciones sanitarias de control de agua en las poblaciones de menos de 2000 habitantes, dispersas y poco accesibles; específicamente podría constituir una meta en los Acuerdos de Gestión para las regiones con daños regionales vinculados a la morbilidad infantil. En cuanto a la estrategia de sostenibilidad financiera, se sugiere evaluar la política tarifaria del sector y los instrumentos de focalización utilizados y el nivel de los subsidios cruzados con el Ministerio de Salud. Finalmente, en cuanto a la estrategia de seguimiento y supervisión de metas nacionales a nivel regional, el uso de los Acuerdos de Gestión han permitido, por un lado, sensibilizar a los responsables de la implementación de la política sanitaria regional (Directores Regionales, de DISAS) en la necesidad de un seguimiento al cumplimiento de las metas de prioridades nacionales y por otro, apostar por una estrategia de lucha contra un problema específico. Por ejemplo, en el caso de la muerte materna, actualmente existe un consenso a nivel de las DISAS del ámbito de intervención del PARSALUD, que la forma más efectiva de enfrentar este problema es incrementando la atención de parto institucional con oxitocina, el número de establecimientos que realizan las Funciones Obstétricas Básicas y las Especializadas, entre otros. La tarea pendiente en relación a este tema sería vincular los Acuerdos de Gestión a esquemas de incentivos, ya sea monetarios o administrativos (i.e flexibilización del manejo de los techos presupuestales).
- Los insumos de información utilizados en el presente documento son: (i) información de gasto provista por la Dirección Nacional de Presupuesto Público-DNPP del MEF y el Sistema Integrado de Administración Financiera- SIAF; (ii) información de indicadores sanitarios provista por la Oficina General de Estadística del MINSA; (iii) información de indicadores de población asegurada del SIS, y (iv) estadísticas macro del INEI e información de la Encuesta Nacional de Hogares. La información financiera ha sido expresada en soles constantes del 2003 con la finalidad de hacer comparables las series.

Resultados de impacto vinculados a la salud materno infantil			
Mortalidad Materna e infantil: 1990 vs 2000			
	1990	2000	Var%
Razón de Mortalidad Materna (x 100 mil NV)	234.5	173.2	-26.1%
	1990-1995	2000-2005	Var%
Tasa de Mortalidad Infantil (x 1000 NV)	48.8	33.4	-31.6%

Nota:
1/ Las ODM exigían, para el periodo 1990-2015, una reducción de 50% del indicador de muerte materna y una reducción de 72% para el de muerte infantil.
Fuente: UNICEF; MINSA-ENDES; CELADE

Principales resultados intermedios vinculados a la salud materno-infantil

Cobertura de Partos Institucionales de Vacunación ASA y de controles CRED en el Perú y en las DISAS más pobres del país.

Perú / DISAS	Cobertura PIN		% Var	Cobertura ASA (1 año cumplido)		% Var	Cobertura CRED (< 1 año)		% Var
	2000	2004		2000*	2004		2000	2004	
Perú	43%	62%	45%	97%	89%	-8%	73%	63%	-13%
Huancavelica	17%	54%	217%	92%	94%	2%	73%	57%	-22%
Amazonas	30%	42%	39%	81%	70%	-13%	61%	71%	16%
Ayacucho	57%	86%	49%	100%	100%	0%	86%	82%	-4%
	Número de Partos Institucionales			Número de niños vacunados			Número de niños controlados CRED		
Perú	262,252	383,844	46%	550,091	536,606	-2%	429,059	370,611	-14%
Huancavelica	2,544	6,455	154%	11,520	11,631	1%	9,767	7,625	-22%
Amazonas	1,250	2,005	60%	3,605	3,240	-10%	2,647	3,061	16%
Ayacucho	8,593	12,298	43%	13,972	14,276	2%	11,781	10,988	-7%

Nota:

(*) Los datos de cobertura ASA corresponden al 2000 mientras que los de "número de niños vacunados" corresponden al 2002.

Fuente: OEI-MINSA

Gasto per capita público en salud en el Perú y en las regiones con mayores niveles de pobreza: 2000 vs 2004

Perú / región o departamento	GPC público en salud (soles 2003)		
	2000	2004	% Var
Perú	64	101	57%
Lima	109	174	60%
M.Dios	104	163	57%
Huancavelica	64	83	30%
Ayacucho	80	99	23%

Nota: El gasto en salud corresponde al presupuesto ejecutado en los programas salud individual (atenciones curativas - rehabilitativas y salud colectiva (atenciones preventivas)

Fuente: MEF: DNP-SIAF; INEI