

“El reto es construir juntos un mejor país para todos, con un Estado eficiente, un gobierno justo y transparente, y una sociedad inclusiva. Trabajar por la igualdad de oportunidades para todos y por una democracia que ofrezca resultados; ese es mi compromiso”.

Alejandro Toledo
Candidato Presidencial 2011

La atención de salud es un derecho

Plan Nacional de Salud 2011- 2016



SISTEMA PERUANO DE SALUD

- ▣ Órgano Rector: MINSA

- ▣ Componentes de acción:

- 1.- Intersectorial e intergubernamental
- 2.- Servicios de Salud

- ▣ Organización:

- 1.- Descentralizada (Regional, Local)
- 2.- Participativa

- ▣ Funciones:

Rectoría

- 1.- Financiamiento
- 2.- Atención integral

PRINCIPALES PROBLEMAS

I. Debilidades del Sistema Nacional de Salud:

1. AUS, SIS
2. Modelo de atención (Servicios de salud).
3. Financiamiento

II. Transformación epidemiológica:

1. Mayor años de vida perdidos AVISA

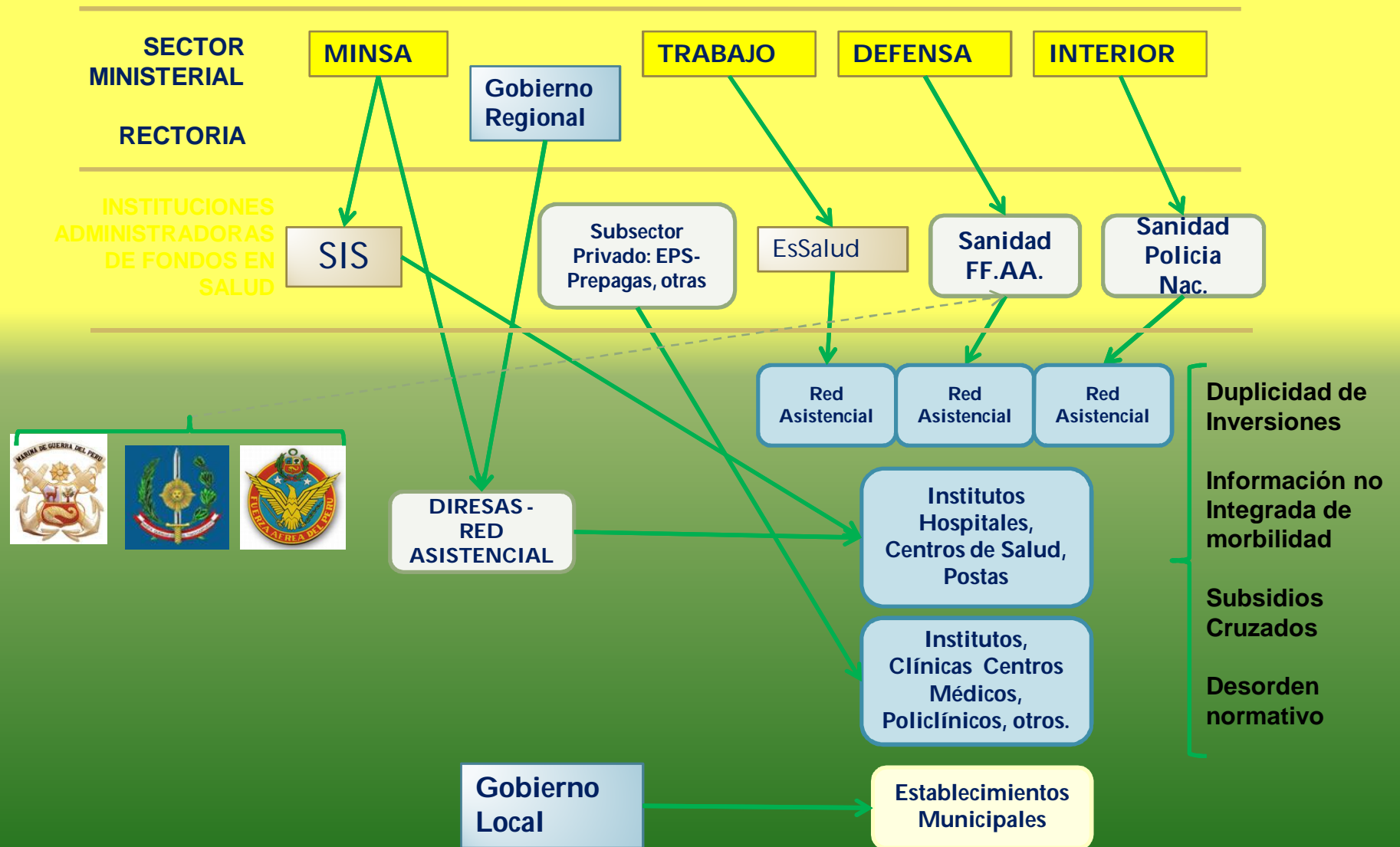
III. Baja disponibilidad de medicamentos

Inadecuado abastecimientos de medicamentos

IV. Financiamiento

I. Debilidades del Sistema Nacional de Salud

SISTEMA PERUANO DE SALUD FRAGMENTADO y DESARTICULADO – FALTA DE RECTORIA



SERVICIOS DE SALUD

1. Establecimientos de salud del I nivel de atención sin capacidad resolutive por:

- ▣ **-Carencia de Hospitales maternos en zonas rurales, urbano marginales.**
- ▣ **-Centralismo en la distribución de recursos humanos, faltan médicos especialistas, sin asignación de incentivos. Falta formar Profesionales Integrales; Carencia de formación en Cultura de la Calidad en Salud.**
- ▣ **-Escasez de equipos y material básico.**

2. Dificultad de acceso de atención a los servicios por problemas:

Económicos, transporte y cultural

II. Transformación Epidemiológica:

Transformación epidemiológica indicadores.

1. Persistencia: mortalidad materna (deficiente Control Prenatal y Parto en zonas rurales), mortalidad infantil, Desnutrición infantil.
2. Prevalencia de Enfermedades Trasmisibles TB MDR, VIH SIDA, Malaria, Dengue.
3. Aumento Enfermedades No Trasmisibles (Degenerativa-crónica- envejecimiento), con mayor incidencia: Enfermedades neuropsiquiatrías (mentales), Cáncer.
4. Falta control: Salud mental, salud dental, Discapacidad

Carga de enfermedad

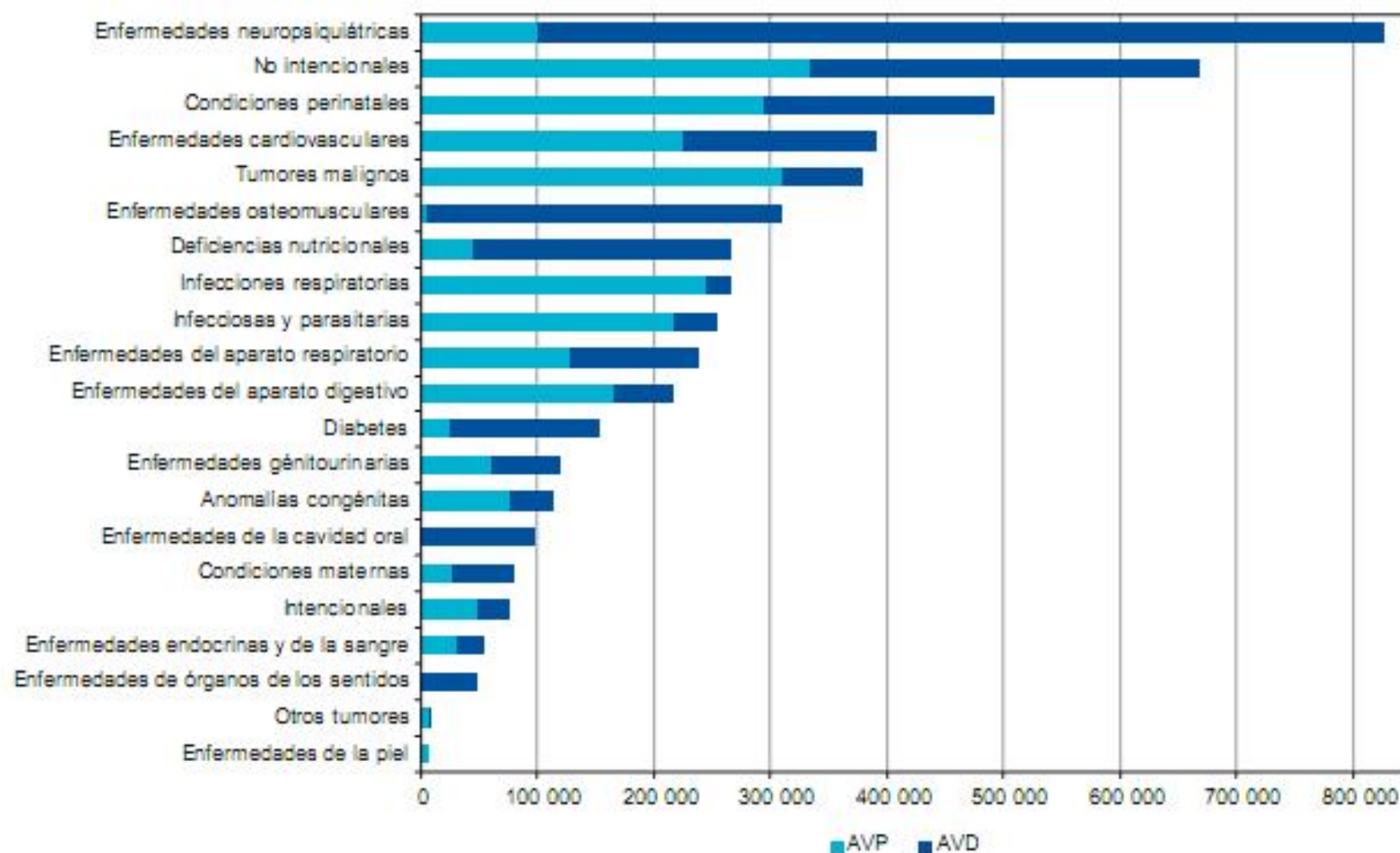


Figura 8. AVISA (AVP+AVD) de las 21 categorías de causa de carga de enfermedad, Perú 2004.

AVP: Años de vida perdidos por muerte prematura; AVD: Años vividos con discapacidad; AVISA: Años de vida saludable perdidos (AVP + AVD).

▣ Carga por Enfermedad

- ▣ Con 5'056,866 años de vidas saludables perdidos por enfermedad (AVISA),
- ▣ Enfermedades no transmisibles y lesiones por accidentes de tránsito producen mayor discapacidad :
 - ▣ -Enfermedades no transmisibles (58.5%)
 - Enfermedades transmisibles, maternas y perinatales (27.6%)
 - ▣ - Accidentes y lesiones (14.7%).

- III. Baja disponibilidad de medicamentos e insumos médicos

Principales Problemas en el Acceso de Medicamentos

Sector Público

- Baja disponibilidad de medicamentos e insumos médicos en las regiones

Sector Privado

- Débil garantía de la calidad, seguridad y eficacia de medicamentos e insumos médicos

Causas

Sector Público

- Financiamiento insuficiente
- Gestión de compras inadecuada
- Uso irracional

Sector Privado

- Regulación inadecuada
- Fiscalización y control pobre

- ▣ PROPUESTAS
- ▣ PLAN NACIONAL DE SALUD
 - ▣ 2011 - 2016

Implementar Políticas preventivo promocionales

Preferencia a Nivel local : Participación de la población en forma sostenible en:

Espacios : escuela, la familia, los barrios, organizaciones, instituciones, trabajos, escuelas saludables

Escuelas de promotoras de salud con visión al derecho de la salud y educación de los niños y jóvenes.

Mejoras a los municipios saludables, en la toma de decisiones sobre los servicios de salud.

MODELO DE ATENCION INTEGRAL

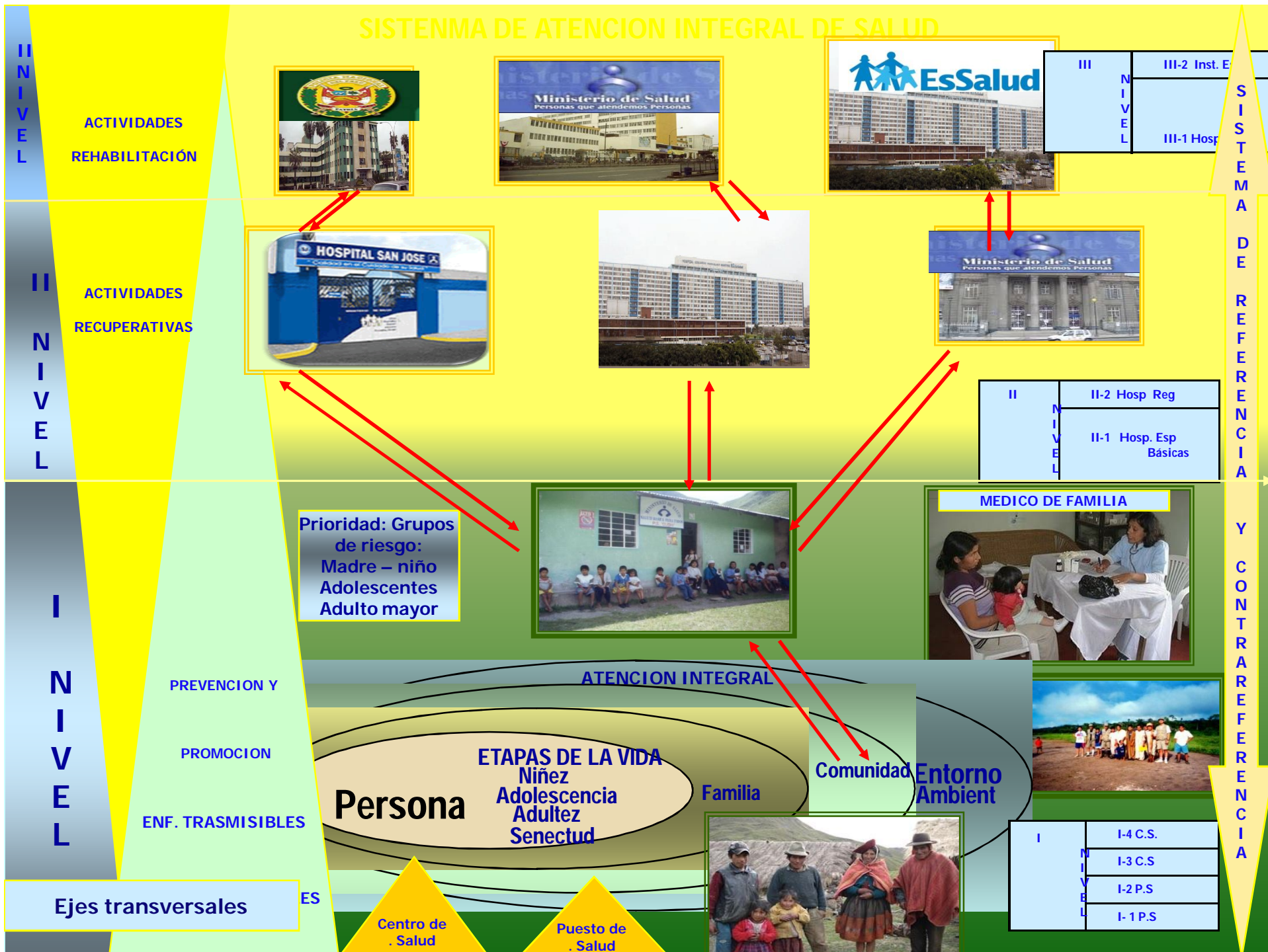
Reorganización:

1.- Servicios de Salud: 3 niveles de atención (articulados, integrados, complementarios) para garantizar una atención integral de calidad.

2.- En Redes de Salud.

3.- De los prestadores de servicios de Salud: Un solo = sistema, modelo de atención - con normas y guías de atención estandarizadas, tarifarios comunes y adecuado sistema de referencias y contra referencias.

SISTENMA DE ATENCION INTEGRAL DE SALUD



Categorizar 5,806 Puestos a Centros de Salud:
Proveer de infraestructura, equipamiento y
personal capacitado.



Accesibilidad a los servicios de salud en zonas de pobreza y extrema pobreza, con oferta móvil equipados.

(Contar con ambulancias terrestres, aéreas y fluviales).



Construcción de 16 Hospitales Maternos equipados, con Banco de sangre, en distritos de los Departamentos priorizados: Puno, Huancavelica, Ayacucho, Madre de Dios, Cajamarca, Amazonas, Huánuco, Apurímac.



Contrato de 5,000 profesionales de la salud en el Primer Nivel de Atención, con prioridad en zonas rurales.

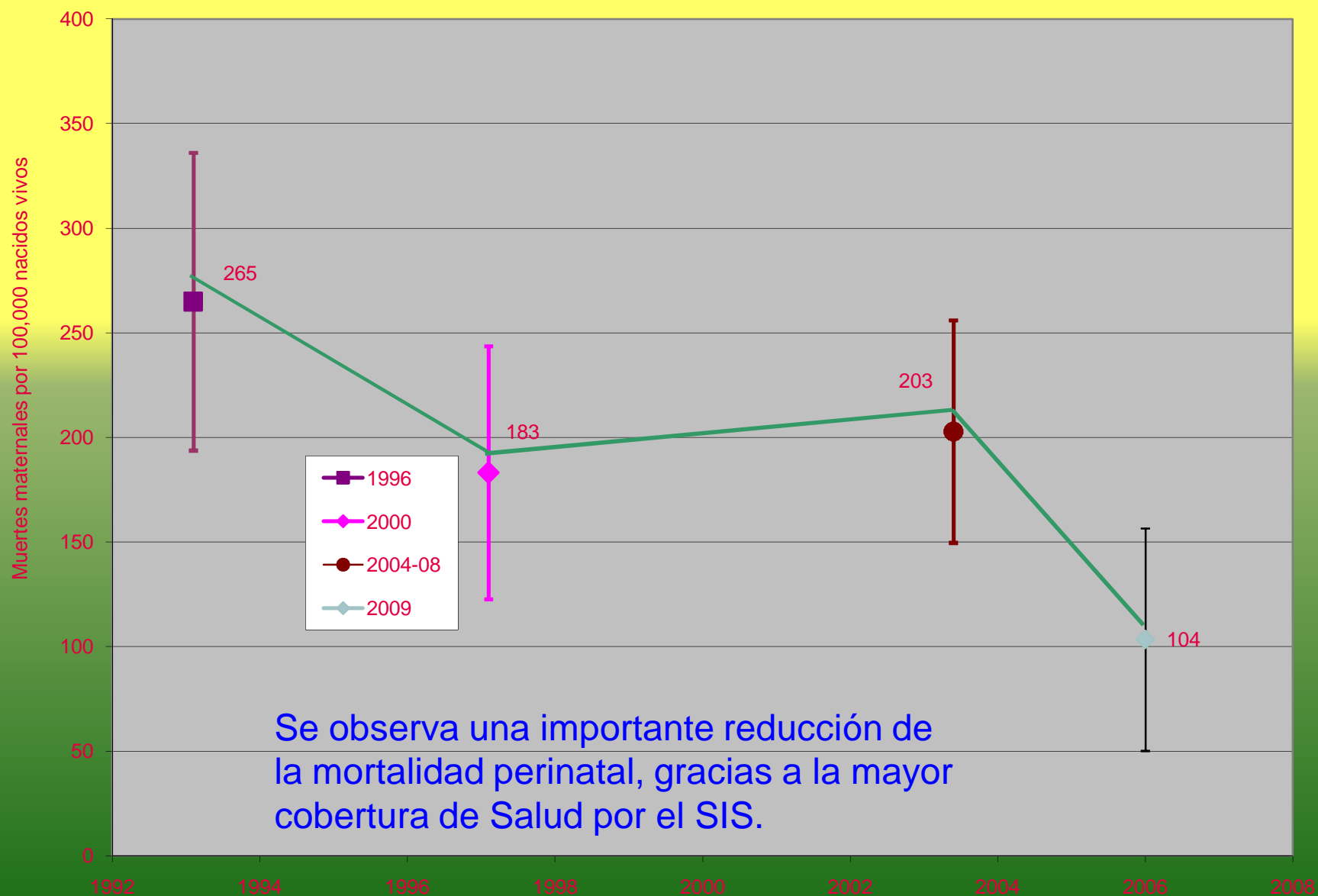
Incorporación de 7,400 Serums y trabajadores del CAS.



Reducir la mortalidad materna, de 104
x 100,000 NV, a 50 x 100,000 NV. al
2016.



Salud Materna: Mortalidad por 100 mil nacidos vivos (ENDES 2009)

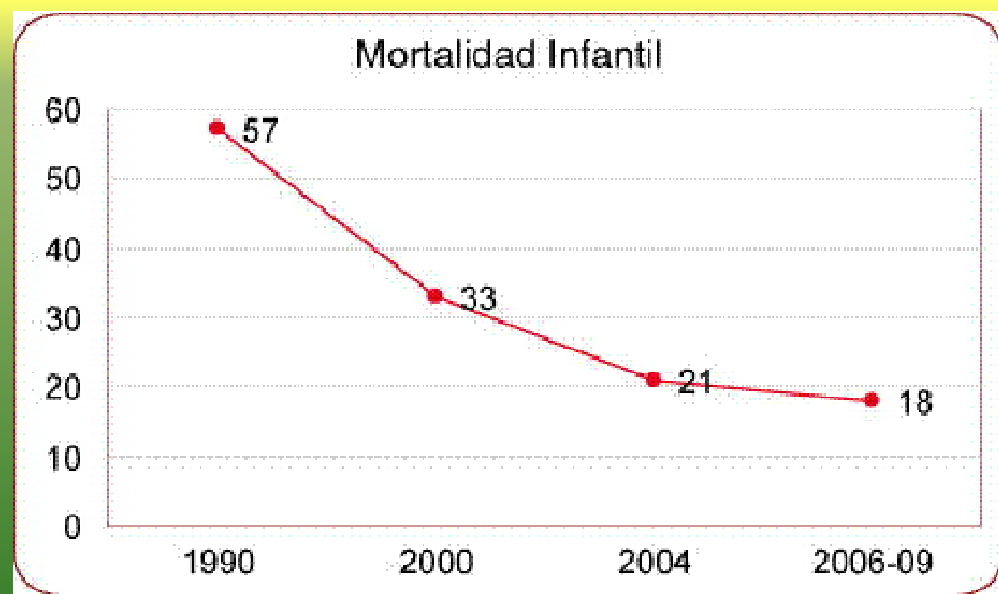


Incrementar en 90% el parto institucional con adecuación cultural en zonas priorizadas.

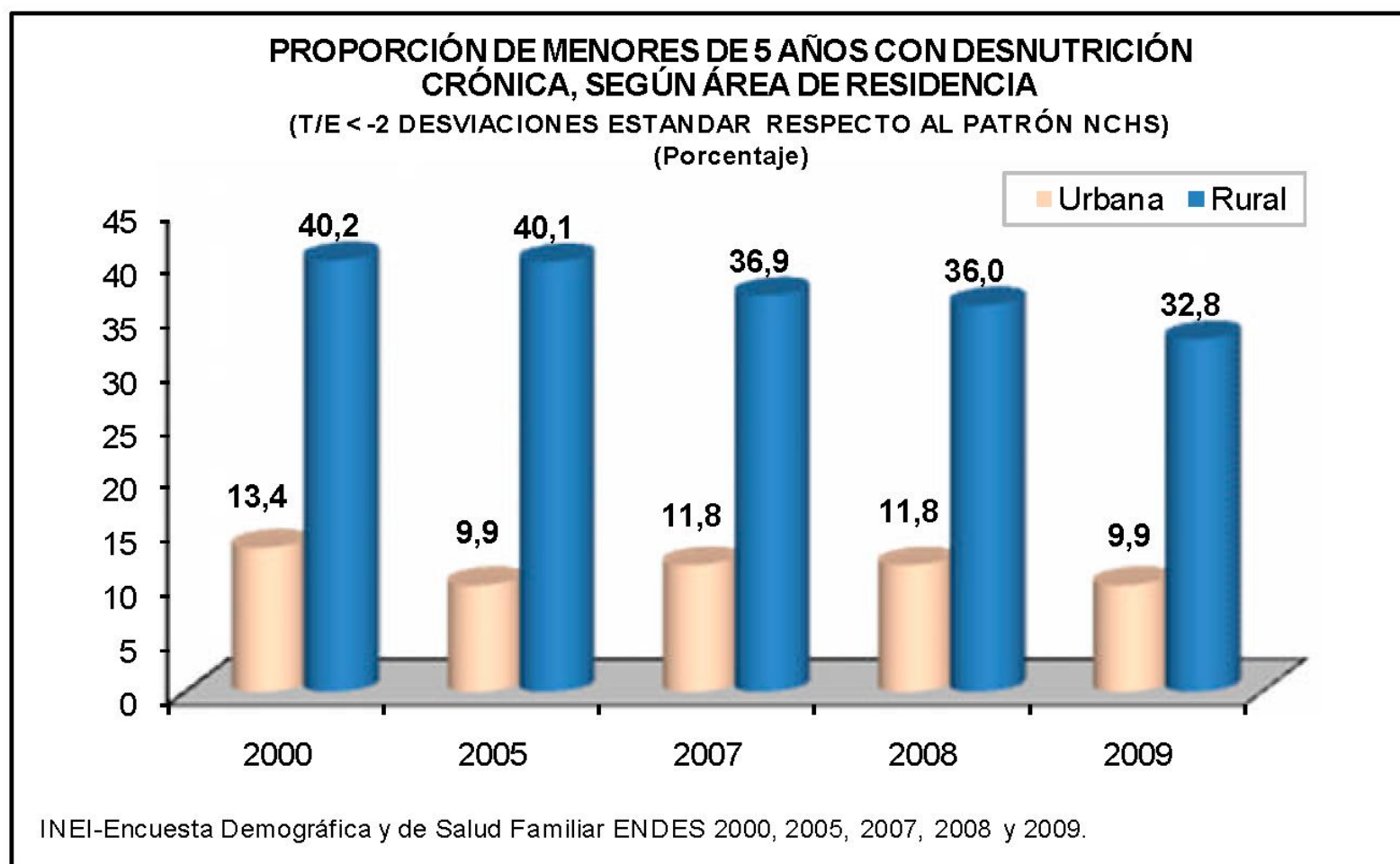
Adecuar, mas casas de espera en lugares de difícil acceso.



Reducir la mortalidad infantil, de 18 x 1,000 NV a 10 x 1,000 NV al final del gobierno.



Reducir la prevalencia de la desnutrición crónica infantil para el año 2016 a “cero”



Proveer a la Estrategia Sanitaria Nacional de inmunizaciones con biológicos en un 100%, priorizando protección de niños menores de 3 años

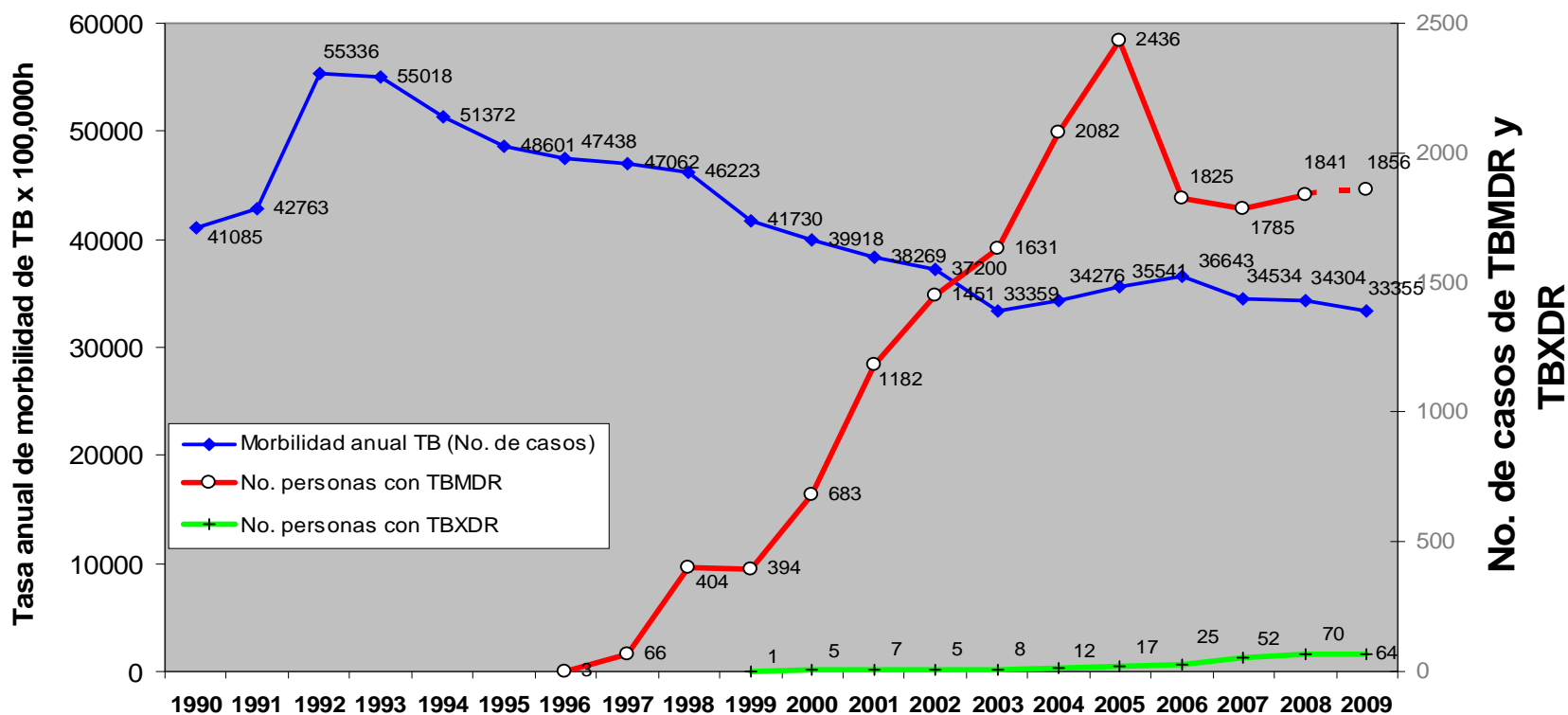


Priorizar prevención de enfermedades graves de la infancia: enfermedades Diarreicas Agudas e Infecciones Respiratorias Agudas.



13. Fortalecer estrategias: vigilancia, control y prevención de enfermedades transmisibles. Reducir casos de Tuberculosis y TB Resistente (TBMDR y TBXDR) Malaria, Dengue, Hepatitis B y VIH.

Morbilidad anual (todos los casos) de TB, No. de casos de TBMDR y No. de casos de TBXDR, según año. Perú 1990-2009



Aumento de casos de TBC resistente

TOTAL DE CASOS DE TUBERCULOS EN TODAS SUS FORMAS MORBILIDAD MINSA 2007-2009			
DEPARTAMENTO	2007	2008	2009
AMAZONAS	98	153	138
ANCASH	651	713	648
APURIMAC	135	100	110
AREQUIPA	918	897	823
AYACUCHO	437	477	316
CAJAMARCA	242	198	202
CALLAO	1277	1432	1422
CUSCO	752	773	729
HUANCAVELICA	115	113	91
HUANUCO	499	456	515
ICA	852	863	900
JUNIN	813	867	776
LA LIBERTAD	935	1327	1366
LAMBAYEQUE	629	763	777
LIMA	15060	15086	14719
LORETO	1009	677	1090
MADRE DE DIOS	199	244	205
MOQUEGUA	144	156	176
PASCO	104	81	67
PIURA	537	501	466
PUNO	461	425	412
SAN MARTIN	385	386	379
TACNA	391	403	410
TOTAL	26643	27091	26737

FUENTE: INFORMES OPERACIONALES / ESNPCT

Fecha de reporte: 03-08-10

En el Perú los casos de pacientes TB MDR constituyen el 5.3 de los pacientes tratados y diagnosticados.

Nº DE CASOS DE TB EN TRABAJADORES DE SALUD PERU 2000-2009	
AÑOS	Nº DE CASOS
2000	66
2001	56
2002	52
2003	58
2004	73
2005	93
2006	100
2007	144
2008	196
2009	202

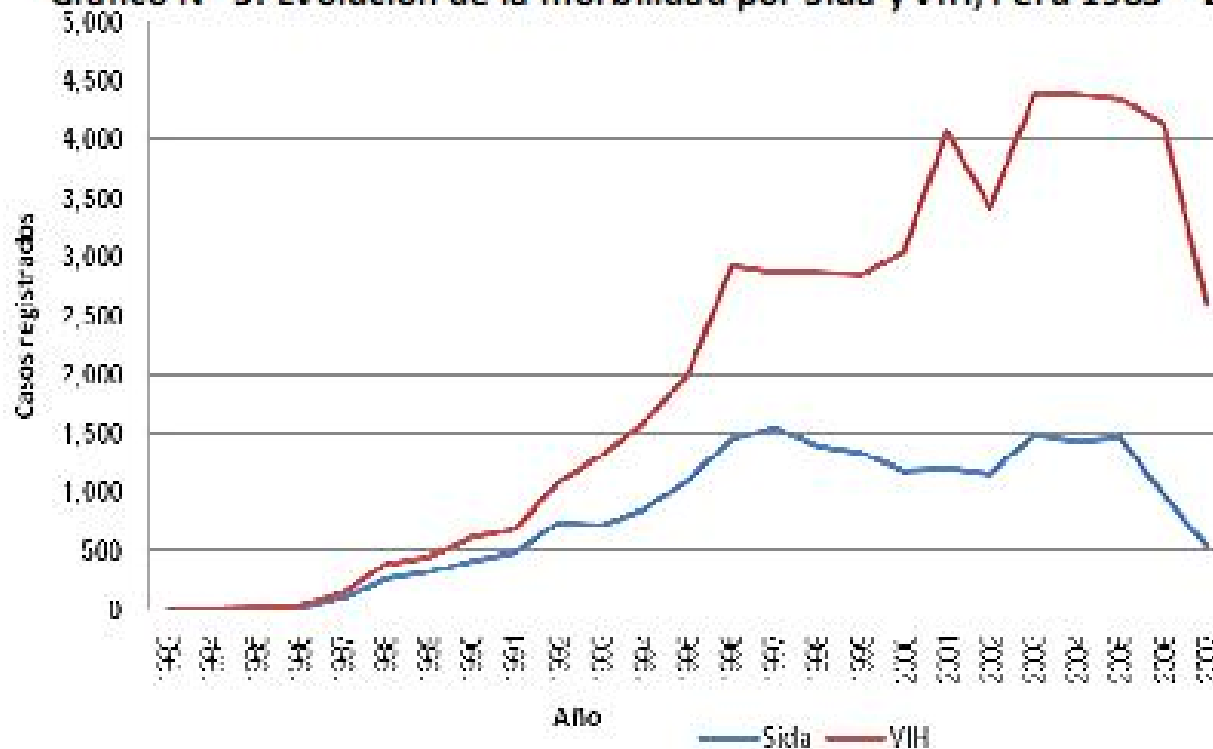
FUENTE ESN PCT

Tasa de TB MDR en trabajadores
a nivel Nacional 1.4 x 1000 trabajadores
En Lima y Callao 3 x 100 trabajadores

Estadísticas Hospitalaria 1999-2009
Técnicos de Enfermería: 21.4%
Médicos: 19.6%
Enfermeras: 12.9%

Morbilidad por enfermedades transmisibles: Sida y VIH

Gráfico N° 5: Evolución de la morbilidad por Sida y VIH; Perú 1983 – 2007.



Fuente: Ministerio d Salud /Dirección General de Epidemiología: Boletín epidemiológico, semana N° 53 – 2007.

Implementar vigilancia ciudadana en zonas endémicas y zonas de riesgo para Malaria y Dengue.

Casos de Malaria por especies y por años
comparado hasta la SE 46, 2007 - 2010

Tipo Dx	2,007	2,008	2,009	2,010
P. Vivax	40308	33196	30756	21952
P. Falciparum	7431	4142	3785	1977
M. Mixta	147	77	74	55

Educar a la población en prevención de enfermedades propias de su región, con énfasis a los mas vulnerables.



Reducir Enfermedades de la cavidad bucal en un 90% de la población, estrategia de prevención y promoción, considerando a las Poblaciones Excluidas y Dispersas AISPED



Reducir a un 30% la violencia física hacia las mujeres. Implementar las consultas de salud mental en el primer nivel de atención.



Abaratar el costo, con mayor disposición de medicinas para la población mas necesitada, vigilando la concertación de precios y medidas.

Aumentar a 800 items el Petitorio Nacional de Medicamentos a un 90% de los establecimientos de salud con vigilancia de la calidad.



■ ASEGURAMIENTO UNIVERSAL DE SALUD AUS

CONDICIÓN DE ASEGURAMIENTO	2000	2002	2003	2004	2005	2007	2008	2009
CON SEGURO	32.3	40.4	40.6	36.9	35.9	41.7	54.1	61.7
EsSalud	19.7	16.4	16.5	17.1	16.8	18.3	18.9	19.9
EPS	0.4	0.5	0.7	0.7	0.5	1.2	1.2	2.6
Sólo Seguro Privado	1.6	1.6	1.2	1.2	1.4	1.7	2.0	1.3
Fuerzas Armadas y Policiales	1.3	1.8	1.9	1.9	1.9	2.1	1.7	1.7
SIS (*)	9.3	20.1	20.3	16.0	15.3	18.4	30.3	36.2
Sin Seguro	67.7	59.6	59.4	63.1	64.1	58.3	45.9	38.3
TOTAL	100	100	100	100	100	100	100	100
Total Población (Millones)	25.7	26.9	27.3	27.6	28	28.3	28.8	30.1

Aumenta la proporción de personas con algún tipo de seguro, debido principalmente a ESSALUD y el SIS.

■ SITUACION ACTUAL

- 1. Presupuesto precario asignado a Salud
- 2. Retraso en su implementación.
- 3. Persiste un sistema fragmentado, debilitando el rol rector.
- 4. Retraso en aprobación del Reglamento de la Ley (un años después de promulgación)
- 5. Lanzamientos de pilotos sin financiamiento suficiente.
- 6. Deuda a hospitales del sector de 160 millones.
- 7. Incremento de población afiliada al SIS de 4 millones a 12 millones al 2010 (300%), incremento del presupuesto en el mismo periodo de 280 millones a 480 millones (72%).

En los procesos

- Profesionales de la salud en zonas piloto sin incentivos
- No es solidario, sino de dispersión de financiadores y prestadores.
- PEAS: Cáncer, Enfermedades crónicas, sólo cubiertas para diagnóstico
- Fortalece la discriminación y exclusión en el acceso a los servicios de salud. El ser pobre identidad que accede al régimen subsidiado.

PROPUESTA

1. Contará con financiamiento sostenible.
2. PEAS con Enf. Catastróficas – crónicas: mentales, cáncer, cardiovasculares, diabetes y accidentes de tránsito
3. SIS (Seguro Público) con amplia cobertura: población pobre, en extrema pobreza y a trabajadores informales sin cobertura.



- REVISION DEL PEAS
- TARIFARIO ESTANDARIZADO



Sistema del Aseguramiento Universal Salud

MINSA

SUPERINTENDENCIA

Supervisión y regulación orientada a la gestión administrativa y económica financiera

Registro y Supervisión orientada al proceso de producción del servicio de salud

PROTECCIÓN AL USUARIO E INFORMACIÓN

Asegurado

Uso correcto de los fondos, accesibilidad, oportunidad, calidad y protección financiera.

Accesibilidad, Oportunidad y Calidad en la Atención

PLAN DE SALUD

ATENCIÓN DE SALUD

ADMINISTRADORES DE FONDOS

INSTITUCIONES PRESTADORAS DE SERVICIOS DE SALUD

Auditoria Médica y Monitoreo

▣ FINANCIAMIENTO

Lineamientos Estratégicos para la conducción del financiamiento

**Plan Nacional de Recursos Humanos:
Cerrando brechas**

Replanteamiento de la organización del MINSA y su relación con los Gob. Regionales, Locales, Sector Privado y otros sectores.

Plan Nacional Multianual de Inversiones y Mantenimiento

Evaluación de una reforma Tributaria

***Asegura-
Miento
Universal***

Requerimientos financieros del (PEAS) para población pobre (extrema y no extrema): Año base*

	Prima Anual	Escenarios de cobertura del aseguramiento (población pobre)			
		100%	75%	50%	40%
I. Requer. financiero (Costo total)	S/. 342.23	4,324,325,536	3,243,243,895	2,162,162,597	1,729,730,009
II. Requer. financiero (Costos variable)	S/. 121.02	1,529,175,924	1,146,881,852	764,587,901	611,670,297
Disponibilidad actual de financiamiento SIS					
III. Presupuesto SIS actual 2/		447,568,134	447,568,134	447,568,134	447,568,134
Requerimiento financiero adicional					
IV. Déficit (respecto costo total) (I-III)		3,876,757,402	2,795,675,761	1,714,594,463	1,282,161,875
V. Déficit (respecto costo variable) (II-III)		1,081,607,790	699,313,718	317,019,767	164,102,163
<hr/>					
Población pobre cubierta (Número de personas)		12,635,729	9,476,796	6,317,864	5,054,291

* Valorizado de acuerdo a costos estándares

1/ Prima por persona

2/ Considerando el presupuesto 2008 del SIS menos 5% correspondiente a gastos de atenciones catastróficas.

Elaboración: PRAES



Propuesta

Aumento gradual del Presupuesto Nacional (8.77%) :

1. Para el 2012 a 10%
2. Para el 2016 a 13%



RECURSOS NECESARIOS

DETALLE DEL REQUERIMIENTO PRESUPUESTAL SALUD

(en nuevos soles) En millones de Nuevos Soles

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Presupuesto Nacional (1)	88.461	93.768	99.394	105.358	111.679	118.380
Presupuesto de Salud (2)	7.764	9.377	10.933	12.643	14.518	15.389
Variacion anual (3)	0	1.613	1.557	1.710	1.875	871
Gasto:		0	0	0	0	0
1. Personal (4)		117	117	117	117	117
2. Infraestructura y equipamiento (5)		400	500	500	500	400
3. Tratamiento TBC (6)		76	40	20	10	0
4. Mortalidad materna (7)		5	5	5	5	5
5. Mortalidad infantil (8)		5	5	5	5	5
6. Aseguramiento Univ (9)		905	850	1.000	1.000	800
7. Investigacion y Desarrollo		5	5	6	5	5
8. Deuda del SIS		100	0	0	0	0
		1.613	1.522	1.653	1.642	1.332
Saldo a fin de año:		0	35	57	233	-461

¿ Con qué recursos se podrá contar?

PIM 2010 A OCTUBRE EN RO

2,531,417,136

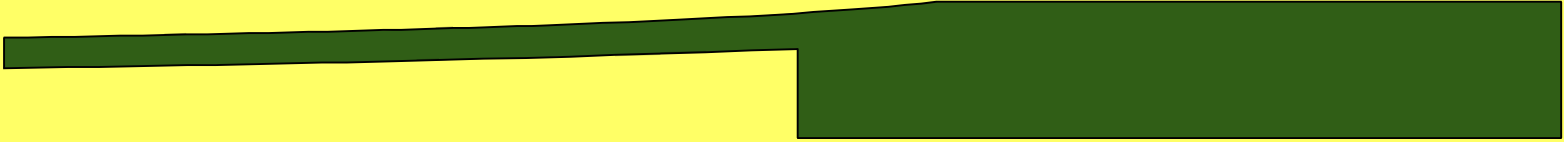
Genérica	PIA	PIM
5-21: PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	920,813,634	930,949,523
5-22: PENSIONES Y OTRAS PRESTACIONES SOCIALES	164,133,863	187,160,649
5-23: BIENES Y SERVICIOS	703,746,333	633,979,019
5-25: OTROS GASTOS	11,158,115	13,302,667
6-26: ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	480,531,717	505,394,070
TOTAL GASTO FIJO	2,280,383,662	2,270,785,928
PROYECCION DE GASTO FIJO		90%
DISPONIBLE PARA REORIENTAR		10%



Propuesta Estrategica

- 1.Eficiencia en el Gasto: Control presupuestal por resultados (acceso de población a servicios con resultados sanitarios).
- 2.Reducción de costos: Por compras corporativas-proveedores (medicamentos, equipos, insumos) y creación de incentivos al mejor desempeño.
- 4.Habilitación, categorización y acreditación de los establecimientos de Salud en todos los niveles.
- 5.Reestructuración (a través de procesos) de los sistemas administrativos para reducir costos de atención, tiempos de espera y desarrollar un Sistema de Atención, con indicadores de producción y calidad.

CONCLUSIONES



Mejor atención de Salud, prioridad grupos vulnerables: Madre-niño, discapacitados, tercera edad, comunidades nativas.

La Rectoría permitirá un sólo Sistema Integral de Atención de Salud, basado en: el médico de familia (con su equipo), tres niveles de atención, sistema de referencias y contrarreferencias, intercambio de servicios en base a un tarifario, historia clínica única, un Sistema de Gestión de la Calidad con indicadores de resultados y el financiamiento del Sistema por medio de la Ley de Aseguramiento Universal.



Promover mayor recursos con mayor y mejor servicio de Salud de calidad.

Captar asegurados del régimen semi-contributivo.

Incrementar la oferta de servicios de Salud, a través de Centros de Salud y Hospitales a través de inversión pública o Asociaciones Publicas – Privadas.

Creación:

"Fondo Intangible de Salud", financiar infraestructura y equipamiento .

“Fondo Solidario”, atender enfermedades catastróficas no cubiertas por PEAS, población sin recursos, utilizando instrumentos de financiamiento = Fideicomiso Público.

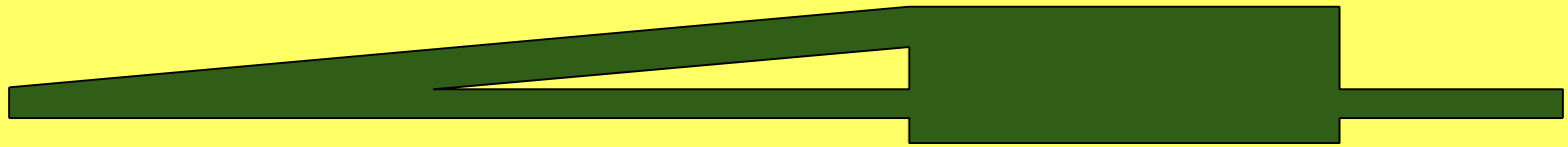


Atención de calidad a la Clase Media a través de ESSALUD y EPSs (Sistemas de control de calidad).

Uso racional de los recursos; Tercerizar gastos, en servicios informáticos y parte del equipamiento.

Implementar acciones legales y de gestión en apoyar a los Gobiernos Regionales para elevar su índice de ejecución de proyectos de Salud.

Proteger el presupuesto del Sector, a través de la modalidad de Presupuesto por Resultados.



Transparencia de Gestión y Rendición de cuentas.

Promover la eficiencia administrativa para reducir:

-Costos administrativos justificados.

-Duplicar responsabilidad administrativas, la improductividad, el “Presentismo” (presencia sin producir) = costoso para el Estado.

Prevención Promoción de la salud en el Primer Nivel de atención = reducir prevalencia de enfermedades transmisibles, no transmisibles, desnutrición, epidemias, mayor en la población más pobre.



Nuestra propuesta :

“... el cuidado de la salud es una inversión clave en el capital humano de una nación. Es difícil imaginarse una sociedad productiva que no es una sociedad saludable y es difícil imaginarse a los niños desnutridos y enfermos realizar su potencial para adquirir los conocimientos y habilidades necesarias para ser miembros de las sociedades del Siglo XXI.

- ▣ *Muchos de los grandes asesinos son las enfermedades de los pobres”*

“AGENDA SOCIAL PARA LA DEMOCRACIA EN LATINOAMÉRICA PARA LOS PRÓXIMOS VEINTE AÑOS”

(16 temas sociales formulados por 20 Ex – Presidentes Latinoamericanos y expertos académicos en desarrollo social).



SALUD

**LO QUE HICIMOS BIEN,
LO HAREMOS MEJOR**

**Alejandro Toledo
Candidato Presidencial 2011**





¡Con Toledo... al Perú no lo
para nadie!



Ejecución del Gasto en Salud

Al mes de Octubre 2010

En millones de Nuevos Soles

Función 20: SALUD	6,395,282,526	8,278,942,437	5,250,674,422	63.4
Genérica	PIA	PIM	Ejecución	Avance %
			Devengado	
E: GOBIERNO NACIONAL	3,670,952,342	3,853,422,461	2,713,757,894	70.4
M: GOBIERNOS LOCALES	134,276,076	376,168,065	205,639,818	54.7
R: GOBIERNOS REGIONALES	2,590,054,108	4,049,351,911	2,331,276,710	57.6

Ejecución del Gasto en Salud

Al mes de Octubre 2010

En millones de Nuevos Soles

Nivel de Gobierno E: GOBIERNO NACIONAL	3,670,952,342	3,853,422,461	2,713,757,894	70.4
Genérica	PIA	PIM	Ejecución	Avance %
			Devengado	
5-21: PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	1,359,319,022	1,206,548,497	957,818,282	79.4
5-22: PENSIONES Y OTRAS PRESTACIONES SOCIALES	10,504,066	28,069,693	24,924,381	88.8
5-23: BIENES Y SERVICIOS	1,339,862,524	1,364,088,764	1,029,048,822	75.4
5-24: DONACIONES Y TRANSFERENCIAS	439,792,193	459,616,609	342,605,967	74.5
5-25: OTROS GASTOS	2,747,171	106,146,980	86,454,959	81.4
6-26: ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	518,727,366	688,951,918	272,905,483	39.6

Ejecución del Gasto en Salud

Al mes de Octubre 2010

En millones de Nuevos Soles

Nivel de Gobierno M: GOBIERNOS LOCALES	134,276,076	376,168,065	205,639,818	54.7
Genérica	PIA	PIM	Ejecución	Avance %
			Devengado	
5-21: PERSONAL Y OBLIGACIONES	8,546,885	9,425,484	6,960,662	73.8
5-22: PENSIONES Y OTRAS	256,649	937,852	171,999	18.3
5-23: BIENES Y SERVICIOS	19,372,691	41,009,521	31,597,049	77.0
5-24: DONACIONES Y	33,400	251,783	94,000	37.3
5-25: OTROS GASTOS	313,044	579,313	449,189	77.5
6-25: OTROS GASTOS	521,245	180,953	32,896	18.2
6-26: ADQUISICION DE ACTIVOS NO	105,232,162	323,783,159	166,334,022	51.4

Ejecución del Gasto en Salud

Al mes de Octubre 2010

En millones de Nuevos Soles

Nivel de Gobierno R: GOBIERNOS REGIONALES	2,590,054,108	4,049,351,911	2,331,276,710	57.6
Genérica	PIA	PIM	Ejecución	Avance %
			Devengado	
5-21: PERSONAL Y OBLIGACIONES SOCIALES	1,364,242,127	1,449,141,822	1,156,786,677	79.8
5-22: PENSIONES Y OTRAS PRESTACIONES SOCIALES	591,483	1,298,304	753,774	58.1
5-23: BIENES Y SERVICIOS	732,480,383	1,077,383,108	740,626,268	68.7
5-24: DONACIONES Y TRANSFERENCIAS	0	252,184	202,349	80.2
5-25: OTROS GASTOS	61,332,090	144,732,734	115,898,210	80.1
6-24: DONACIONES Y TRANSFERENCIAS	0	57,513,933	57,367,504	99.7
6-25: OTROS GASTOS	0	127,953	0	0.0
6-26: ADQUISICION DE ACTIVOS NO FINANCIEROS	431,408,025	1,318,901,873	259,641,929	19.7

