

Equidad y reforma en el sector salud

Oscar Ugarte

José Antonio Monje

I. La reforma del sector salud

La actual reforma del sector salud en el país surge en el marco de las reformas estructurales iniciadas en 1990. El plan neoliberal de ajuste estructural y los cambios ministeriales ocurridos durante 1991 y 1992, abrieron camino a propuestas de reforma del sector estrechamente vinculadas a las orientaciones de organismos multilaterales como el Banco Mundial o el Banco Interamericano de Desarrollo (BID). Dichas orientaciones vienen influyendo de manera determinante en la forma cómo el presente gobierno ejecuta todo el gasto social, sobre todo el gasto en salud.

1.1 Objetivos de la reforma

Los objetivos propuestos por la reforma sectorial son tres¹:

- a) Un nuevo sistema de cuidado de la salud colectiva, replanteado bajo nuevos enfoques de organización y presupuesto que optimicen la asignación de recursos y vigoren la acción del Estado para controlar y disminuir los riesgos a la salud.
- b) Un nuevo sistema de cuidado de la salud individual, cuyo objetivo central es alcanzar servicios de atención de la salud a toda la población, garantizando su acceso progresivo mediante planes de salud individual, concebidos en función de las prioridades sectoriales, como son el grupo materno infantil, niñez y adolescencia, y la intervención para el control de enfermedades transmisibles.
- c) Un nuevo sistema de gestión de los servicios de salud, que corra en forma paralela y que sea consistente con los cambios

1. Presentación del ministro de Salud, Dr. Marino Costa Bauer, en la Comisión de Salud, Población y Familia del Congreso de la República, Lima: 30 de setiembre de 1998.

en la asignación de recursos y con los nuevos modos de financiar los factores de producción. Los nuevos modos de gestión de establecimientos no sólo deben responder a oportunidades de mayor autonomía, de incentivos a la calidad y a la productividad, de flexibilidad para motivación y organización del servicio, y de mejor focalización del gasto público en aquellos usuarios que más lo necesitan; sino también a nuevas condiciones que ya están en curso y que significan mayores exigencias de acreditación, certificación, libre elección, fiscalización y auditorías.

1.2 Contenido de la reforma

Los promotores de la reforma en salud sostienen que el principal problema en el sector es la irracionalidad con la que se desarrolla el sistema de prestaciones, debido principalmente a dos elementos: la existencia de un gasto excesivo por parte del Estado y la orientación de la atención hacia sectores sociales no prioritarios. En un intento por revertir una dinámica poco eficiente, se formuló la reforma tomando los siguientes ejes centrales:

- a) Los ciudadanos tienen derecho a la prevención y promoción de la salud, pero no a la atención de salud, como lo establece la Ley General de Salud promulgada en julio de 1997².
- b) Como consecuencia, el Estado está obligado únicamente a financiar los programas preventivo-promocionales, mas no la atención médica individual, la misma que deberá ser financiada por cada persona o familia. Cualquier programa de atención médica individualizada que financie el Estado formará parte de una decisión política del gobierno, pero no será reconocida como un derecho adquirido de los ciudadanos. Esta posición adoptada por el Estado frente a la legitimidad del derecho de atención, es la que marca la diferencia fundamental entre la denominada salud colectiva y la salud individual³.

2. Ley General de Salud No. 26842, *El Peruano*, Lima: 20 de julio de 1997.

3. *Ibid.*, Artículo IV del Título Preliminar.

- c) Se hace la diferenciación entre las funciones de gobierno, de financiamiento y de prestación de los servicios de salud. El Ministerio de Salud (MINSA) se encarga sólo de la función de gobierno y del financiamiento de las acciones de salud pública, pero no se responsabiliza de la prestación o producción directa de los servicios, sean éstos de salud pública o de atención médica. De esta forma, el MINSA transfiere los hospitales y establecimientos de primer nivel a entidades privadas con personería jurídica propia. De acuerdo con los planteamientos de la reforma, esta transferencia, que tiene el objetivo principal de reducir significativamente los gastos del Estado, estimulará la competencia y mejorará la eficiencia y calidad de los servicios.
- d) Además de las atenciones de salud colectiva de contenido preventivo-promocional, el Estado se compromete a financiar únicamente aquellos seguros concedidos por condición de pobreza, previa calificación de los beneficiarios mediante un "Sistema de Identificación de Beneficiarios", registro que los hará acreedores a un "paquete básico" de atenciones de salud⁴. La idea fuerza de la reforma en este aspecto es que el Estado dejará de financiar la oferta de servicios y dará prioridad al financiamiento de la demanda de atención a través de seguros estatales. Uno de los ejemplos vigentes de estos seguros financiados por el Estado es el Seguro Escolar Gratuito (SEG), decidido por el gobierno en agosto de 1997. Cautosamente, el SEG no establece un "paquete básico" ni un sistema de calificación de beneficiarios⁵, lo que lo convierte en un seguro de atención extensiva. Otra forma de seguro estatal seña el anunciado Seguro Materno Infantil para sectores de bajos recursos, el cual se pondría en funcionamiento desde el próximo año.
- e) El resto de la atención médica para sectores pobres, así como toda la atención médica de los considerados no pobres, se delega a los agentes privados del sector salud o a las nuevas entidades que administrarán los servicios del MINSA y del Ins-

4. *Ibid.*, Artículo VIII del Título Preliminar.

5. Ministerio de Salud (MINSA), *Directivas del MINSA sobre el Seguro Escolar Gratuito (SEG)*, Lima: agosto de 1997.

título Peruano de Seguridad Social (IPSS)⁶. La consecuencia directa de esta medida es que el grueso de la atención médica nacional quedará regida por la oferta y la demanda, de acuerdo con las leyes del mercado.

f) Como parte de esta orientación que privilegia el rol del mercado en la atención de los problemas de salud, se ha dado la denominada Ley de Modernización del IPSS. Dicha ley autoriza a transferir el 25% de las aportaciones de los asegurados a empresas privadas de servicios de salud, para que sean éstas las encargadas de la prestación directa o de la intermediación de dicha prestación⁷. Además, autoriza al IPSS a otorgar seguros potestativos (antes denominados facultativos) con diferentes tipos de cobertura según el monto del aporte, autorización que modifica los principios de solidaridad y equidad de la seguridad social.

Este conjunto de medidas conduce a diferenciar las responsabilidades del Estado frente a aquellas que se delegan a la sociedad civil y al individuo con relación a las funciones de gobierno, financiamiento y prestación de los servicios de salud (ver el Cuadro No. 1).

Cuadro No. 1

FUNCIONES EN EL SECTOR SALUD: LEY No. 26842

Funciones	Salud pública o colectiva	Salud individual
Gobierno: * Regulación * Asignación * Supervisión y control * Plan Estratégico sectorial	MINSA	MINSA
Financiamiento	MINSA	Individuos, sociedad y secundariamente MINSA
Prestación	Servicios ex MINSA, IPSS y privados	Servicios ex MINSA, IPSS y privados

6. Ley General de Salud No. 26842, Artículo VII del Título Preliminar.

7. Ley de Modernización del IPSS No. 26790, Lima: mayo de 1997.

1.3 Etapas de la reforma

En el proceso de reforma vigente es posible distinguir tres grandes etapas. La primera, que se inicia en 1991-92, dio prioridad a la recuperación de costos de los hospitales y establecimientos de primer nivel, mediante la elevación de las tarifas de atención; desarrolló programas y proyectos orientados a formular propuestas básicas; diseñó las bases legales de la reforma; impulsó la capacitación profesional, técnica y gerencial de los recursos humanos del MINSA, el equipamiento y ampliación de los establecimientos de primer nivel, la organización de las redes de establecimientos y la personería jurídica de los prestadores que administrarán los servicios del ministerio.

Los proyectos y programas impulsados en esta primera etapa son cuatro: el Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud (PFSS), surgido de un convenio de financiamiento con el BID; el Proyecto de Salud y Nutrición Básica (PSNB), en convenio con el Banco Mundial; el Proyecto 2000, en convenio con AID; y el Programa de Salud Básica para Todos (PSBT), con recursos del Tesoro público (ver el Cuadro No. 2).

Cuadro No. 2

PROGRAMAS Y PROYECTOS DEL MINSA: 1994-2000
(Millones de dólares americanos)

Programas y Proyectos	Ámbito	Duración	Costo total	Financiamiento
Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud (PFSS)	Nacional	4 años	98	TP 10 BID 68 OECF 20
Programa de Salud y Nutrición Básica (PSNB)	Cajamarca, Cusco, S.J.L., Piura	6 años	44	TP 10 BM 34
Proyecto 2000	Nacional	7 años	60	TP 30 AID 30
Programa de Focalización	Nacional	1 año (renovable)	88	TP 88
TOTAL			290	TP 138 BID 68 OECF 20 AID 30 BM 34

AID: Agencia Interamericana de Desarrollo; BID: Banco Interamericano de Desarrollo; BM: Banco Mundial; OECF: Fondo de Cooperación Económica de Ultramar de Japón; TP: Tesoro público.

Como resultado de esta primera etapa surgió el primer documento oficial sobre la reforma en salud, publicado por el MINSA en 1995 con el título de *Lineamientos de Política 1995-2000*, donde se hace un diagnóstico de la situación de salud del país y se definen los principios y objetivos de la reforma⁸. Además de numerosos estudios y acciones de capacitación y fortalecimiento de establecimientos, se emitieron dos instrumentos legales clave del proceso: la Ley de Modernización del IPSS, en mayo de 1997 y la Ley General de Salud, en julio de 1997.

La segunda etapa, desde mediados de 1997 y todo 1998, consiste en la aplicación de acciones iniciales de la reforma en cinco regiones o sub-regiones de salud: Piura, San Martín, Arequipa, Tacna y Lima-Sur. Para ello se han definido redes de establecimientos de servicios, equipos de gerencia, poblaciones beneficiarias, programas de salud colectiva y de salud individual, así como Acuerdos de Gestión de servicios entre el MINSA y los equipos de gerencia en cada una de las redes⁹. Paralelo a ello, desde el segundo semestre de 1997, se inició el Seguro Escolar Gratuito (SEG) para estudiantes de colegios estatales entre 3 y 17 años, como uno de los programas de atención médica subsidiada por el Estado para los sectores de bajos recursos.

La tercera etapa, de aplicación generalizada, se supone se desarrollará a partir del año 1999. Es probable que conjuntamente se inicie el Seguro Materno Infantil, como otro programa de subsidios a los sectores de bajos recursos; y se ponga en marcha la transferencia de financiamiento al sector privado, prevista en la Ley de Modernización del IPSS.

II. Análisis del proceso de formulación de la política de salud

Las propuestas de política han surgido de los núcleos técnico-profesionales del MINSA, en particular de los proyectos y programas

8. Ministerio de Salud (MINSA), *Lineamientos de Política 1995-2000*, Lima: MINSA, diciembre de 1995.

9. *El Peruano*, Resolución Ministerial No. 534-97-SAVDM, Lima: 30 de noviembre de 1997.

que se iniciaron en 1994, dentro del marco de las reformas sanitarias propiciadas por los organismos multilaterales de cooperación y en proceso de aplicación en la mayoría de países de América Latina desde principios de la década de los ochenta.

El común denominador de las reformas sanitarias en América Latina ha sido la retracción de la participación del Estado en el financiamiento y la producción de servicios de salud, propiciando su remplazo por parte del sector privado, de acuerdo con las leyes del mercado¹⁰. Sin embargo, esto no es fácil de lograr sin reducir la cobertura de atención a un amplio sector de la población carente de recursos para poder pagar precios de mercado, y que en la lógica de la reforma no deben ser subsidiados por el Estado. Esta constatación lleva al dilema de si la reforma es un instrumento de las políticas de ajuste, donde la prioridad es el funcionamiento macroeconómico, o si es un instrumento para buscar la equidad en salud y en las políticas sociales.

Dar prioridad a la economía en desmedro de la satisfacción de las necesidades de la población tiene el grave riesgo de la impopularidad, lo cual puede ser olvidado por los técnicos pero no por el gobierno. Esto explica el curso seguido por la reforma en el país hasta el momento. Las propuestas elaboradas por los técnicos no han sido asumidas en la forma y en los plazos requeridos, convirtiéndose en lo que algunos investigadores han denominado la "reforma silenciosa".

La explicación de las dificultades que tiene actualmente la reforma en salud impulsada por el MINSA puede encontrarse en la forma cómo se llevó a cabo su proceso de gestación y diseño, el cual valdría la pena examinar detalladamente.

Para entender mejor el proceso de la reforma, puede ser útil recurrir al esquema de análisis de David Easton¹¹. Tomando como base un enfoque sistémico, Easton afirma que las políticas sociales son diseñadas teniendo como punto de partida las necesidades de la población en situación de pobreza y pobreza extrema, cuando

10. Choksi, Armeane, "Reforma en el sector salud: los retos de hoy y mañana", en Ministerio de Salud (MINSA), *Seminario internacional reforma del sector salud 1995*, Lima: MINSA, 1997, pp. 10-17.

11. Easton, David, *Esquema para el análisis político*, Buenos Aires: Editorial Amorrortu, 1969.

son canalizadas como demandas a través de una serie de interacciones con distintas instancias sociales representativas. Dicho proceso se desarrolla atendiendo las siguientes fases:

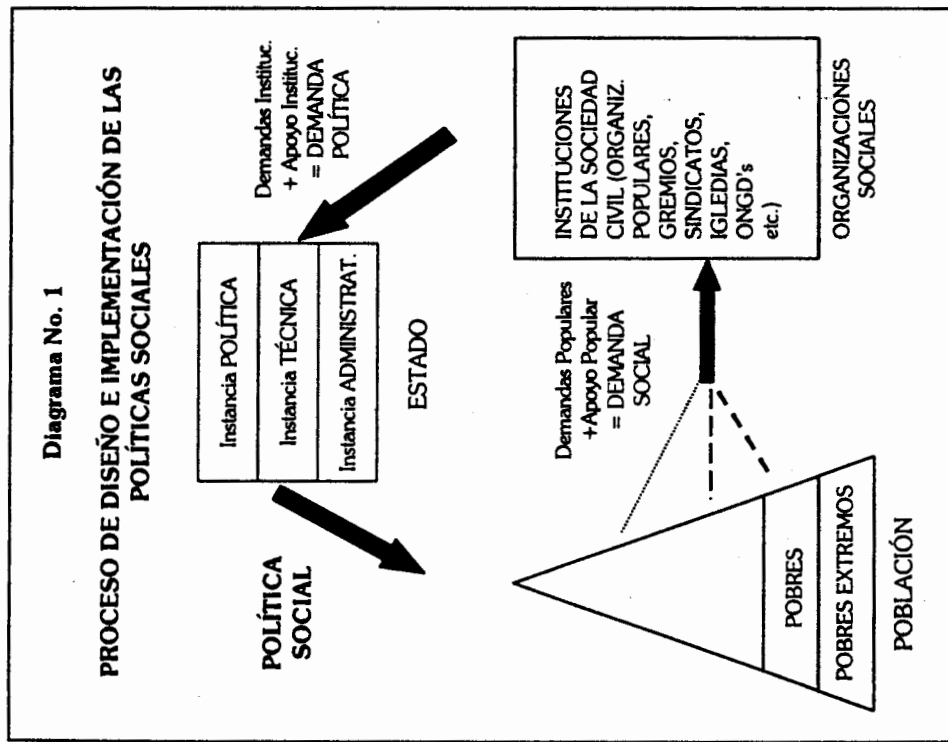
- a) La población o una parte de ella- identifica y expresa una necesidad fuertemente sentida, transformándola en *demanda social*. Este imprescindible factor, punto de partida de toda política social, ingresa al sistema de diseño en calidad de *input*.
- b) Esta demanda social es, a su vez, identificada y asumida por las instituciones sociales representativas de la sociedad civil (organizaciones populares, gremios, sindicatos, partidos, iglesias, ONGs, etc.) con el objetivo principal de darle mayor peso específico. De inmediato es canalizada hacia las respectivas instancias de gobierno, dependiendo de la naturaleza de la necesidad expuesta, transformándola en *demanda política*.
- c) Al interior de la estructura gubernamental, dicha demanda también debe ser identificada para poder ser discutida y obtener una solución adecuada. Toda estructura estatal presenta tres instancias internas principales (administrativa, técnica y política), a través de las cuales debe plantearse la decisión que dará respuesta a la necesidad de la base de la sociedad. La coordinación entre estas tres instancias es fundamental para dar consistencia a las decisiones tomadas por el Estado. La *decisión política*, formulada como política social, tendrá categoría de *output* en el sistema de diseño.
- d) El componente de *demanda*, tanto social como política, junto con el de *apoyo*, constituyen los *insumos* principales para la formulación de políticas sociales. Gracias al componente de apoyo presente en la población demandante y en las organizaciones representativas, el Estado cuenta con la facultad de comprometerlas de manera efectiva en la ejecución de su *decisión política*, generando una dinámica participativa tanto en la elaboración de la política social como en su implementación.

Además de los agentes protagonistas de la dinámica *intrasocietal*, es necesario tomar en cuenta el rol decisivo que desempeña el ámbito *extrasocietal* en el proceso de diseño, sobre todo en sociedades tan globalizadas como las nuestras. La participación de organismos multilaterales de cooperación, expresada a través de sus directrices, asesoría técnica, financiamiento y misiones evaluadoras, es el factor que otorga el contexto al proceso de diseño, subordinando el supuesto carácter autónomo de la decisión política estatal.

El complejo proceso de transformación de los *inputs* en *outputs* presenta una dinámica circular o de *retroalimentación*, a través de la cual las modificaciones del entorno originadas por la intervención de los *outputs* (productos o decisiones políticas) modifican a su vez los siguientes *inputs* (demandas sociales). Easton denomina a este movimiento circular de retroalimentación como *feedback*, en cuya virtud el funcionamiento y mejoramiento progresivo del sistema depende de sus propios productos.

Cuando los productos del sistema político, las políticas sociales, no satisfacen las demandas sociales y políticas se produce el conflicto. Por su parte, los insumos (demanda y apoyo) sirven de variables sintéticas que concentran y reflejan todo lo que en el entorno *intrasocietal* es significativo en el origen de la tensión política.

La identificación de insumos y productos junto con la de las funciones específicas que desempeñan los distintos agentes en la vinculación de un sistema con su entorno *intrasocietal*, *extrasocietal* y con sus fuentes de tensión, nos permiten redefinir las condiciones futuras en las que se deben dar las interacciones entre dichos agentes sociales. Por tanto, no basta sólo con conocer las demandas populares, canalizarlas adecuadamente a través de sus organizaciones representativas y coordinar la toma de decisión entre las tres instancias gubernamentales, y conocer los lineamientos de política de los organismos internacionales para elaborar políticas sociales exitosas. Además de esto, es fundamental conocer a cabalidad cuál es la dinámica que se presenta entre todos estos agentes a lo largo de todo el proceso de diseño (ver el Diagrama No. 1).



A partir del esquema anterior es posible analizar el proceso de formulación de la reforma en salud en el Perú, y explicamos algunos nudos críticos presentados:

a) Demostrando inconsistencia al interior de la estructura gubernamental, las propuestas elaboradas desde la instancia técnica no se han transformado en decisión política en la forma y en los tiempos requeridos:

Equidad y reforma en el sector salud

- Porque no son consecuencia una demanda política previalmente de las reflexiones internacionales de las reformmodelos elaborados en el exterior
 - Porque tienen el riesgo de una posible exclusión de la misma que obliga al gobierno salud un rol subordinado de sus consecuencias electorales:
- b) Las decisiones políticas no son de ejiplicitud necesarias:
- Porque en el nivel del propio necesidad de un liderazgo evidente todo el perfil de la reforma
 - Porque una buena parte de MINSA no se siente comprometido y formulado principalmente surgidas con los proyectos y el financiamiento externo; esferan espacios y recursos.
- c) El compromiso social con la reforma
- Porque el proceso carece de un público desconoce la propio proceso en curso.
 - Porque las instituciones representativas en particular las del Sector Salud (colegios profesionales), sienten amenaza y no como una opción que no han sido convocadas y no encuentran reflejados sus

- d) Las condiciones del mercado, elemento *intrasocietal* de fundamental importancia, no permiten que se cumplan los postulados de la reforma:
- Porque amplios sectores de la población no acceden al mercado de la salud por falta de recursos económicos.
 - Porque los agentes privados no asumen la propuesta de reemplazar al Estado en la producción de los servicios en gran parte del país, por la poca rentabilidad de esa inversión.

III. Análisis del marco político institucional

En teoría, el marco político institucional que debiera corresponder a una reforma de corte liberal que postula una restricción del papel del Estado y un crecimiento de las fuerzas del mercado, sería un Ministerio de Salud pequeño, descentralizado y eficiente, encargado de funciones normativas y financieras; y un sector privado que se organiza libremente para competir en el nuevo espacio de prestación de los servicios de salud. Sin embargo, lo que se observa es la tendencia a fortalecer un Ministerio de Salud centralista que no sólo ejerce funciones normativas, sino que interviene en el mercado condicionando las formas institucionales y modalidades de participación de los agentes de la sociedad civil.

Esta situación se expresa tanto en el nivel del MINSA como en el resto del sector salud.

3.1 En el nivel del MINSA

Aunque todavía no se ha aprobado una nueva Ley Orgánica del Ministerio de Salud, el marco político institucional que se viene configurando es el que se presenta a continuación.

- a) Para la función de gobierno:
- La Alta Dirección del MINSA (ministro, viceministro, direcciones generales o gerencias centrales): concentra

las funciones normativa, reguladora, de supervisión, de planeamiento estratégico sectorial¹² y de asignación financiera¹³. De acuerdo con esta última función, decide a quién asignar los recursos para que administren los hospitales y establecimientos de servicios del MINSA. Por lo tanto, la administración de dichos servicios y el uso del financiamiento respectivo no se ofertan abiertamente en el mercado. Se calcula que este monto equivale actualmente a 2,400 millones de soles (aproximadamente 800 millones de dólares)¹⁴.

Las Direcciones Departamentales de Salud: que reemplazan a las Direcciones Regionales o Sub-Regionales, tienen una función normativa limitada y de supervisión, pero no participan en la asignación de los recursos financieros del Estado.

- b) Para la función de administración financiera:

La Administradora Nacional de Seguros y Servicios de Salud: cuya función será administrar los recursos financieros del Estado destinados a salud, mediante la calificación de los proveedores del servicio y la compra de dicho servicio. En el caso de los hospitales nacionales, lo hará directamente contratando con el Patronato de Servicios Hospitalarios de cada nosocomio. Y en el caso de las redes de establecimientos de primer nivel del país, lo hará a través de una Gerencia Territorial.

Gerencia Territorial: cuya función será contratar los servicios de administración de las Asociaciones de Prestadores de Salud (APS), que se encargarán de las redes de establecimientos de primer nivel.

12. El Peruano, Ley General de Salud, Artículo 123 del Título V: De la Autoridad de Salud.

13. Resolución Ministerial No. 534-97-SADM, artículo 3.

14. Exposición de Raúl Torres, Presidente de la Comisión de Monitoreo del IPSS, en el Colegio Médico del Perú, Lima, 21 de agosto de 1998.

c) Para la función de producción de servicios:

El Patronato de Servicios Hospitalarios: entidad encargada de administrar un hospital del MINSA, que tendrá la responsabilidad de contratar el Acuerdo de Gestión que establece las responsabilidades de producción de los servicios de salud colectiva financiados por el Estado y los servicios de atención médica cubiertos por los seguros del Estado para poblaciones específicas. Todo el resto de servicios de atención médica no cubiertos por el Estado serán vendidos al usuario a precios del mercado.

La Asociación de Prestadores de Salud: entidad encargada de administrar una red de centros y puestos de salud del MINSA en una localidad determinada; la cual tendrá la responsabilidad del Acuerdo de Gestión, similar a lo señalado para el caso de los hospitales, en su respectivo ámbito.

3.2 En el nivel del resto del sector salud

a) Para la función de financiamiento: se mantienen dos modalidades, la del financiamiento obligatorio (es el caso del Instituto Peruano de Seguridad Social) y la del financiamiento facultativo o potestativo (sea con el IPSS o con seguros privados).

El IPSS en el nuevo contexto debería ser una entidad independiente del Estado, en la medida en que el financiamiento proviene de las empresas bajo la forma de un salario diferido de cada trabajador. Sin embargo, con la reforma se mantiene el antiguo régimen de control estatal, pues el gobierno central designa a los principales directivos de la institución y, a través de ellos, administra un fondo financiero estimado en 2 mil millones de soles (aproximadamente 660 millones de dólares)¹⁵. Una clara expresión de este control estatal sobre el IPSS es la Ley de Modernización del IPSS, que obliga a dicha institución a transferir hasta el 25% de los aportes recibidos ha-

15. *Ibid.*

cia empresas privadas de servicios de salud, poniendo en riesgo su propio financiamiento.

Los seguros privados controlan sólo una pequeña parte del financiamiento de las prestaciones de salud. Se estima que los gastos anuales de las familias no cubiertas por el MINSA o por el IPSS ascienden a 1,700 millones de soles (aproximadamente 535 millones de dólares)¹⁶, de los cuales, menos de la cuarta parte -400 millones de soles, aproximadamente 130 millones de dólares- es a través de seguros privados.

b) Para la función de prestación:

Todas las instituciones prestadoras de servicios de salud, tanto del MINSA, IPSS o del sector privado, deberán ser acreditadas para ese fin. Esto será realizado por empresas calificadas y supervisado por la Superintendencia de Servicios de Salud.

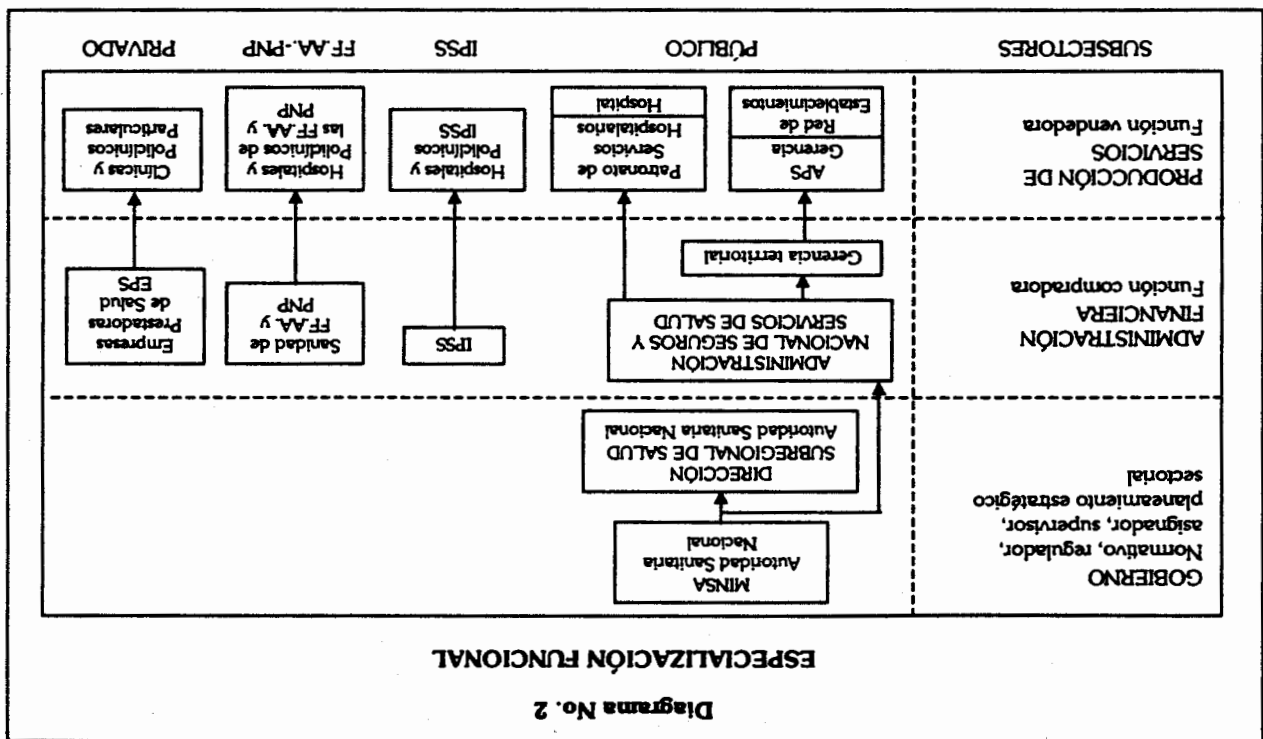
Sin embargo, a las instituciones prestadoras que realicen contratos con el IPSS para la administración del 25% permitido por la Ley de Modernización del IPSS, denominadas Entidades Prestadoras de Servicios de Salud (EPSS), se les exige que sean a la vez instituciones financieras. De otro lado, se permite que subcontraten con otras entidades prestadoras de salud, todo lo cual contribuye a deformar el mercado y a encarecerlo.

La relación entre estas instancias y sus respectivas funciones se puede ver en el Diagrama No. 2.

IV. Análisis de la gestión en el proceso de la reforma en salud

Los aspectos relevantes en el análisis de la gestión en la reforma son: el manejo de los recursos humanos, los sistemas de información y comunicación, los mecanismos de seguimiento y monitoreo, y la toma de decisiones.

16. *Ibid.*



4.1 Manejo de los recursos humanos

El problema de gestión más importante que tiene la reforma es el referente a los recursos humanos. La clave de toda política social no son los procedimientos, metodologías y sistemas operativos, sino el capital humano que sea capaz de formularlos y ejecutarlos. En este terreno, la reforma no ha tenido una propuesta clara desde un principio. Por defecto ha oscilado entre una propuesta liberal a ultranza, de licenciamiento de una gran cantidad de recursos humanos del MINSA y la contratación flexible de personal en el mercado de trabajo, y otra propuesta de reconversión de los recursos humanos existentes mediante la capacitación y selección en el propio trabajo.

Una expresión muy clara de ello ha sido la incorporación de 10,806 trabajadores (médicos, profesionales no médicos y técnicos) en el Programa de Salud Básica para Todos entre 1994 y 1997¹⁷, para trabajar en los establecimientos de primer nivel por contratos renovables de 90 días, sin derecho a vacaciones ni beneficios sociales. Esto significa que aproximadamente la sexta parte de los recursos humanos del MINSA ya se encuentra dentro de un régimen de flexibilidad laboral extrema.

En realidad, como ha sido exhaustivamente analizado en la Reunión de la OPS sobre Recursos Humanos en marzo de 1998¹⁸, todas las experiencias de reforma sanitaria en curso en los diversos países del continente no tienen una propuesta coherente sobre el tema de los recursos humanos. La propuesta implícita habría sido que el mercado proveería de los cuadros necesarios para el proceso, pero no ha sucedido así. Al contrario, ahora se advierten los enormes riesgos de tal propuesta, como lo dice una de las resoluciones de dicha reunión de la OPS:

"La flexibilización es un elemento insoslayable del escenario de las reformas sectoriales. Tiene posibilidades y también riesgos. Pareciera que su introducción acrítica y vertical entrañara más

17. Ministerio de Salud (MINSA), Programa Salud Básica para Todos. Memoria 1994-1997, Lima: MINSA, 1998.

18. Organización Panamericana de la Salud (OPS), Recursos humanos: un factor crítico de la reforma sectorial en Salud, Reunión Regional de la OPS, Costa Rica, marzo 1998.

riesgos que beneficios. En un escenario sectorial como el de la Región, que en muchos casos no ha podido superar defectos y limitaciones estructurales, la flexibilidad externa con su secuela de inestabilidad laboral, precarización del trabajo y deterioro de condiciones básicas para el desempeño, no contribuirá a los cambios positivos en los servicios, pudiendo, por el contrario, agravar los problemas ya existentes¹⁹.

Por ello, recién después de varios años de aplicación de formas, ahora se aborda el tema de los recursos humanos como de urgente solución.

En el caso peruano, pareciera que la razón por la cual no se ha procedido a un licenciamiento masivo es más bien por falta de financiamiento para la compra de renuncias. Por ello, se ha optado por dar prioridad a la reconversión de los recursos humanos a través de la capacitación, con dos orientaciones:

- a) Capacitación en gestión de la reforma: que constituye lo nuevo, orientado principalmente al personal de conducción de las Direcciones Regionales o Sub-Regionales, directivos de hospitales y representantes de redes de establecimientos de primer nivel. Se toma como prioridad el conocimiento de los objetivos de la reforma y la administración de las instancias operativas del proceso. Este nivel de capacitación ha estado organizado e impulsado por los programas de cooperación externa como el Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud y el Programa de Salud y Nutrición Básica. Sin embargo, la ejecución ha estado a cargo de terceros, previo concurso, como la Universidad Cayetano Heredia, la Universidad de San Marcos, la Universidad del Pacífico, la Escuela de Administración de Negocios (ESAN) y otros.
- b) Capacitación en programas del PSBT: forma parte de lo que ya existía desde años anteriores, orientado a personal profesional y técnico que tiene a su cargo la 'operativización' de los programas preventivo-promocionales del Programa de Salud Básica para Todos, como son: planificación familiar, materno-infantil, crecimiento y desarrollo, enfermedad diarreica aguda, infección respiratoria aguda, salud del escolar y

19. *Ibid.*, p. 13.

adolescente, salud bucal, TBC, malaria, enfermedades de transmisión sexual y SIDA, y otros. La prioridad es el manejo adecuado de los programas para prevenir la aparición de casos en las diferentes enfermedades o situaciones referidas. Este nivel de capacitación es impulsado por el PSBT, que depende de la Dirección General de Salud de las personas. La ejecución está a cargo del propio personal de los respectivos programas.

Queda pendiente una definición global de la orientación de la reforma con relación a los recursos humanos que, como lo afirma la reunión de OPS²⁰, debieran basarse en los principios de: a) promoción por sistema de méritos; b) remuneraciones idóneas; y c) fomento de la solidaridad en el desempeño y en la organización.

4.2 Sistemas de información y comunicación

- a) En el nivel interno: el MINSA está desarrollando un esfuerzo por mejorar los sistemas de información epidemiológica, administrativo-financiera y de gestión. En el plano epidemiológico, está en evaluación el programa HIS (Health Information System) instalado hace algunos años y de muy poca utilidad práctica. En el plano administrativo-financiero, se están uni-formizando programas informáticos nacionales. Y en el plano de gestión, se están trabajando indicadores que permitan tener información permanente de la marcha de la reforma. Sin embargo, desde el punto de vista de la comunicación, hay un déficit importante. Esto se expresa en el desconocimiento de muchos aspectos de los actuales cambios por parte del personal de niveles intermedios y operativos. Uno de los ejemplos más notorios de ello ha sido lo sucedido con el Seguro Escolar Gratuito, que luego de seis meses de iniciado aún era desconocido por gran parte del personal encargado de ejecutarlo en los establecimientos de primer nivel.
- b) En el nivel externo: no existen mecanismos de información establecidos entre el MINSA, el IPSS, la Sanidad de las Fuer-

20. *Ibid.*, p. 5.

zas Armadas, la Sanidad de la Policía Nacional, el sector no gubernamental y el sector privado lucrativo. Las estadísticas de cobertura que posee el MINSA son básicamente de su propia institución, pero no realmente nacionales. Por lo tanto, no tiene forma de ejercer una función realmente de gobierno en todo el sector salud.

De otro lado, tampoco tiene mecanismos de comunicación fluida con las instancias señaladas, salvo para casos coyunturales. La prueba de ello es que ninguno ha tenido posibilidad de participar en el diseño y formulación de las actuales políticas.

La carencia de comunicación más notoria es con los ciudadanos, quienes no tienen mecanismos para ejercer el derecho a la información establecido por la Ley General de Salud.

4.3 Seguimiento, monitoreo y evaluación

Estas funciones de gestión también deben ser analizadas en el nivel interno del MINSA y en el nivel de todo el sector salud.

- a) En el nivel interno: la reforma está introduciendo un cambio fundamental al reemplazar los clásicos indicadores de proceso por indicadores de resultado, previstos en los Acuerdos de Gestión con los equipos de gerencia de los hospitales y las redes de establecimientos de primer nivel, como por ejemplo el valor bruto de producción. Esto debe permitir un mejor seguimiento, monitoreo y evaluación de la gestión. Sin embargo, no se está desarrollando un mecanismo básico de seguimiento como es la participación de los usuarios, para garantizar la veracidad de la información proporcionada por los prestadores del servicio.
- b) En el nivel externo: el MINSA no tiene mecanismos de monitoreo y menos de evaluación del cumplimiento de la normatividad o de las acciones de los otros prestadores de servicios en el sector salud. Hasta el momento, no queda claro cuáles son los mecanismos que propone la reforma para poder ejercer una efectiva función de gobierno en este campo.

4.4 Toma de decisiones

La modalidad adoptada por la reforma para la toma de decisiones es su centralización en la Alta Dirección del MINSA. Se ha incrementado la responsabilidad del nivel central, reduciendo de manera importante la participación de los niveles regionales. En este sentido, hay un claro retroceso de la tendencia hacia la descentralización ocurrida durante la década del ochenta.

Las regiones y subregiones de salud desaparecen para dar paso a las Direcciones Departamentales, con funciones básicamente de supervisión y escasa capacidad ejecutiva.

Sin embargo, esta capacidad de decisión centralizada se ve mediatizada por diversos factores, que llevan a que el proceso sea lento y a veces errático. Estos factores son:

- a) Relativa autonomía de los Programas y Proyectos de la Cooperación Externa, que funcionan sobre la base de planes y compromisos previamente establecidos, con equipos profesionales altamente calificados y recursos suficientes, que a veces imponen ritmos y prioridades propios.
- b) Subordinación de la política de salud a la política económica del gobierno, lo cual fija límites objetivos al proceso de reforma. Un claro ejemplo de ello fue la iniciativa de comprar las renuncias de un sector importante de los trabajadores del MINSA, para poder readecuar la administración de los servicios antes de aplicar los Acuerdos de Gestión, pero que fue rechazada por Economía y Finanzas por el gasto que significaba. Subordinación de la política de salud a las iniciativas presidenciales, como ha sido por ejemplo en los casos siguientes:
 - Declaración presidencial dando prioridad al programa de planificación familiar, incluidos los métodos de Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria (AQV), que llevaron al MINSA a dedicar tiempo y recursos a enfrentar las reacciones sociales habidas en los últimos dos años sobre el tema.
 - Promulgación de la Ley de Modernización del IPSS, que no formaba parte de las acciones de la reforma en salud, por lo menos en esta etapa.

Lanzamiento del Seguro Escolar Gratuito, con una cobertura de atención médica bastante amplia para los escolares de colegios estatales entre 3 y 17 años de edad, que echa por tierra las propuestas de "paquete básico de atención" y "sistema de identificación de beneficiarios" que la reforma venía trabajando, como mecanismos más selectivos para el financiamiento estatal de la demanda en salud.

V. Resultados

5.1 Con relación a la eficacia

Como ya hemos visto, desde mediados del año pasado, nos encontramos en la segunda etapa de implementación de la reforma y, aunque puede apreciarse un incremento en la cobertura de los servicios de salud del sector público, no necesariamente la población beneficiaria está constituida por la población de menores cursos.

Para constatar la tendencia de la intervención de la reforma en el mejoramiento de las condiciones de salud de la población en el país, veremos cuatro aspectos: análisis de la demanda en salud, la cobertura de atención por financiamiento de la oferta, la cobertura de atención por financiamiento de la demanda y la cobertura de atención por reestructuración de la gestión de los servicios de salud.

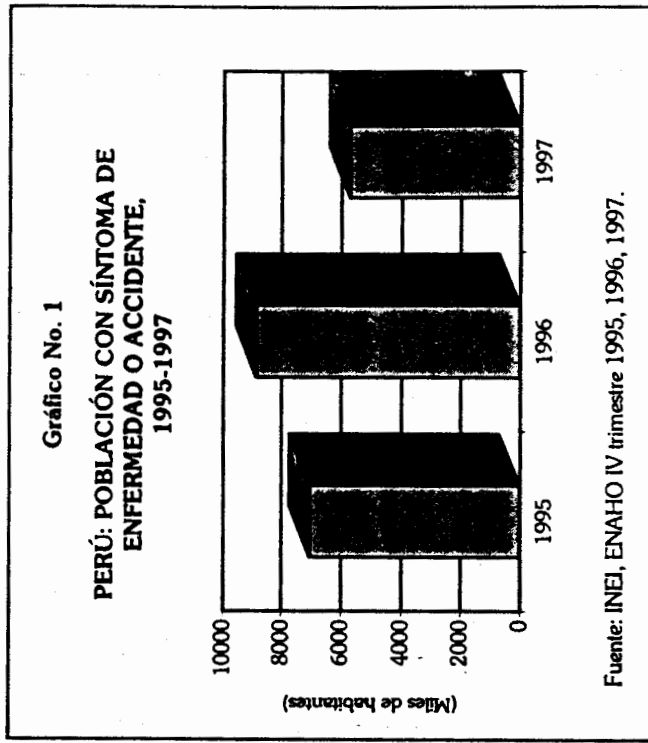
a) Análisis de la demanda en salud

Una información importante en el análisis de la situación de salud es la proporcionada por la Encuesta Nacional de Hogares del INEI, de los años 1995, 1996 y 1997, porque es la única fuente que permite detectar el número total de enfermos, la demanda efectiva, los establecimientos que consulta la población, la demanda insatisfecha y las causas de ello.

De acuerdo con los datos del INEI, se registra un considerable incremento de la población que presentó algún síntoma de enfermedad o accidente entre el cuarto trimestre de 1995 y 1996 (7,056,000 y 8,880,000, respectivamente), pero en 1997 se nota un

Equidad y reforma en el sector salud

descenso de 35.78% (5,712,000 personas en total) con respecto al año anterior. Esta disminución de población afectada puede ser explicada por el mejoramiento de las condiciones climáticas presentadas desde fines de 1997 por el Fenómeno El Niño, lo cual ha favorecido principalmente la reducción de los casos de IRA (ver el Gráfico No. 1).



Durante los años 1995 y 1996, entre el 50% y 60% de las personas afectadas no acudieron a ninguno de los servicios de salud disponibles. En 1995, sólo el 41.8% realizó consulta (2,949,408 personas), mientras que en 1996 un 44.8% de la población afectada (3,978,240 personas) acudió a consulta. En 1997 se invierte la tendencia, de tal manera que el 84.2% de la población afectada (4,809,504 personas) acudió a consulta. Sin embargo, se debe tener presente que este mayor porcentaje de personas que acude a consulta es sobre un universo menor; y si comparamos los números

absolutos, la tendencia de incremento se mantiene con respecto a los años anteriores.

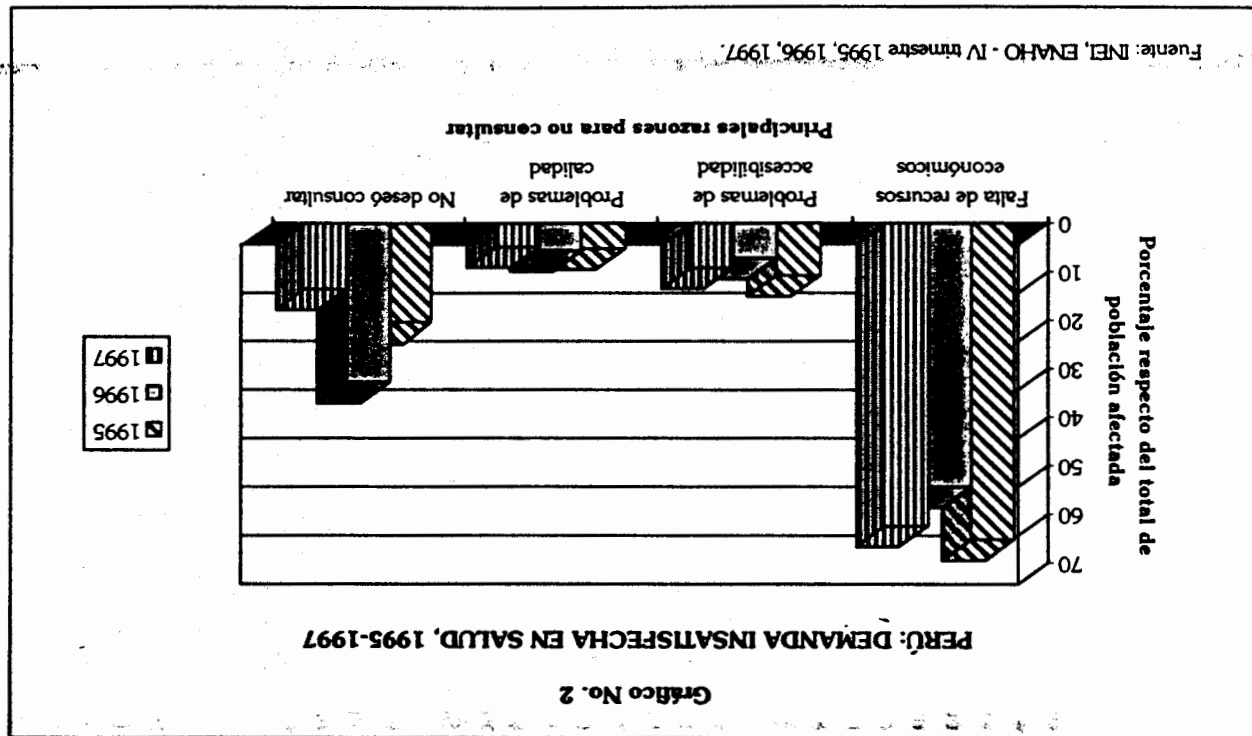
En términos absolutos, la demanda insatisfecha por atención en servicios de salud estuvo constituida en 1995 por 4,106,592 personas que no acudieron a consulta; en 1996, por 5,401,760 personas; y en 1997, donde se registra un notable descenso, por 902,496 personas.

Como se aprecia en el Gráfico No. 2, de manera constante, la principal causa por la cual la población afectada no consultó ningún servicio de salud fue la falta de recursos económicos. En 1995, el 65% de la población enferma (4,106,592 personas) no pudo realizar consulta por carecer del dinero suficiente; en 1996, el porcentaje descendió al 54.4% (5,401,760 personas), mientras que en 1997 vuelve a ascender a 62.2% (902,496 personas). La segunda causa argumentada son los problemas de accesibilidad y disponibilidad. En 1995, un 11% manifiesta haber tenido dificultades de acceso y/o disponibilidad de los servicios, 7.3% en el año 1996; y en 1997, el porcentaje vuelve a incrementarse a 9.4%. Por último, la tercera causa importante fueron los problemas de calidad de los servicios. En 1995, el 5.3% de los entrevistados que presentaron síntomas de enfermedad o accidente manifestaron ésta como la causa principal de no haber asistido a consulta, el 5.7% para el año siguiente y 5% en 1997²¹.

De acuerdo con los datos del INEJ²², en los departamentos de Ayacucho, Apurímac, Huancavelica, Cusco, Puno, Cajamarca y Pasco, los cuales tienen prioridad en el PSBT por ser zonas de extrema pobreza, se registraron 1,030,310 personas que manifestaron tener síntomas de enfermedad o accidente durante los 15 días previos a la ejecución de la encuesta. De este total, 482,342 personas acudieron a consulta en establecimientos del sector público (hospitales, centros o puestos de salud), quienes contaron con 1,869 establecimientos (entre puestos y centros de salud) focalizados a los que pudieron acudir.

21. Los problemas de accesibilidad y disponibilidad de servicios comprenden principalmente aspectos geográficos, tales como distancia al servicio y existencia del mismo; mientras que los problemas de calidad comprenden razones como falta de buen trato al paciente, carencia de personal calificado en los servicios de salud, carencia de medicinas y falta de atención.

22. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), Perú: *demanda de atención en servicios de salud, ENAHO IV trimestre de 1997*, Lima: INEI, 1998.

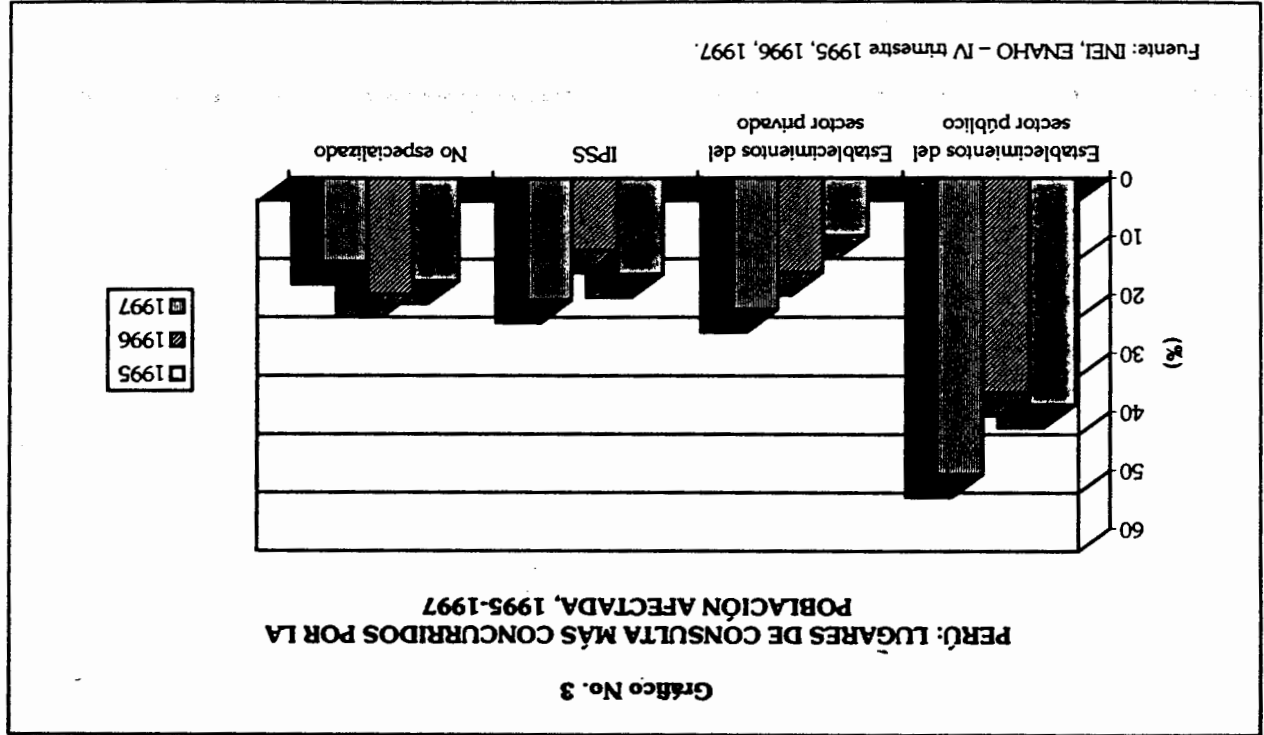


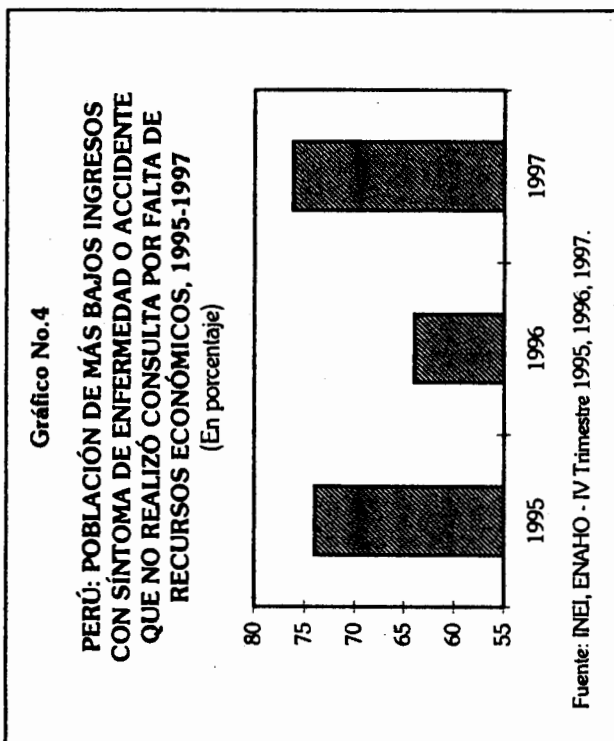
Sin embargo, aproximadamente 162,789 personas (el 15.8%) no asistieron a ningún establecimiento de salud. Las causas que argumentaron para no hacerlo fueron diversas, entre las que destacan: la falta de recursos económicos, 69.4% (112,976 personas); problemas de acceso y disponibilidad a los servicios, 13.2% (21,488 personas); y problemas de calidad, 5.2% (8,465 personas). Por último, un 12.2% (19,860 personas) manifestó no haber deseado consultar ningún servicios de salud.

De la población enferma que realizó consulta entre los años 1995-97, entre el 40% y 50% lo hizo en los establecimientos del MINSA. Este dato nos indica la gran importancia que siguen teniendo los servicios del Estado en la prestación de salud, como se observa en el Gráfico No. 3.

Del análisis de la demanda en salud durante el período 1995-97, se concluye que un alto porcentaje de la población enferma no acude a los servicios por falta de recursos económicos (entre el 65% y 70%), y que otro porcentaje significativo no lo hace por lejanía o inexistencia de servicios de salud en su zona (entre el 12% y 14%). Esto indica que entre el 75% y 85% de casos que no acuden a los servicios, se debe a inaccesibilidad económica o física, que es esencialmente un problema de falta de equidad social. Por ello, el problema principal que debe enfrentar la reforma de salud en el país es dicha falta de equidad.

Una de las formas más claras de observar este componente de inequidad en la prestación de los servicios en salud es analizar el porcentaje de población de más bajos ingresos (primer quintil) con síntoma de enfermedad o accidente, que no realizó consulta por falta de recursos económicos. De acuerdo con los datos de la Encuesta Nacional de Hogares, este porcentaje de población extremadamente pobre excluida de los servicios experimenta un descenso entre el año 1995 y 1996 (de 74 a 64%); sin embargo, la cifra se remonta en 1997 (76.2%), llegando a superar los porcentajes registrados en 1995 (ver el Gráfico No. 4).

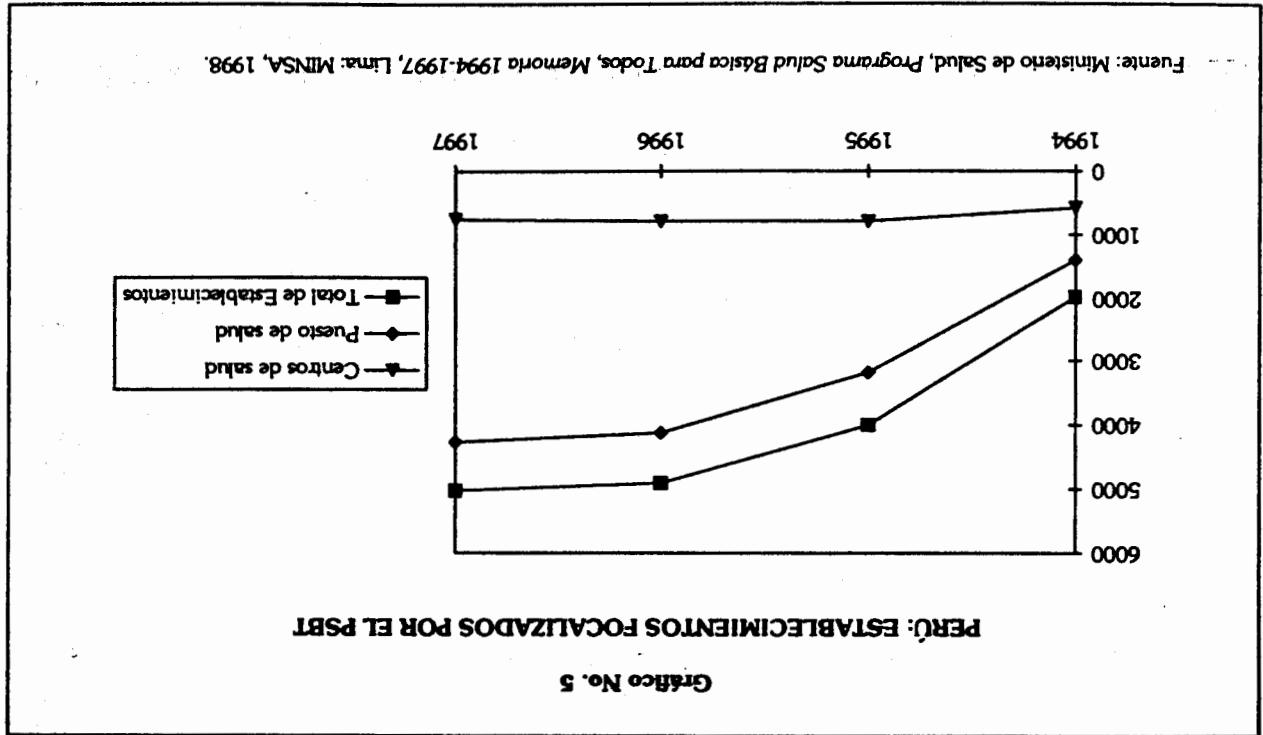




b) Cobertura de atención por financiamiento de la oferta

Uno de los programas impulsados en la primera fase de la reforma ha sido el Programa de Salud Básica para Todos (PSBT), que pretende brindar mayor eficiencia y dinamismo a los servicios públicos de salud, asegurando el acceso universal a un paquete básico de atenciones de salud pública o de carácter preventivo promocional, y recuperar la capacidad operativa de los establecimientos incorporados al programa. Como parte de las acciones, ha focalizado su intervención en un número creciente de establecimientos de salud. En 1994 fueron 1,987 los establecimientos focalizados, en 1995 se incrementaron a 3,995, en 1996 llegaron a 4,913 y, finalmente, en 1997, el PSBPT focalizó un total de 5,029 establecimientos de salud.

Como puede observarse en el Gráfico No. 5, a pesar del incremento del número total de establecimientos focalizados por año, el porcentaje de incremento va reduciéndose de manera considerable (101.06%, 22.98% y 2.36, % respectivamente), lo que describe una curva de rendimientos decrecientes.

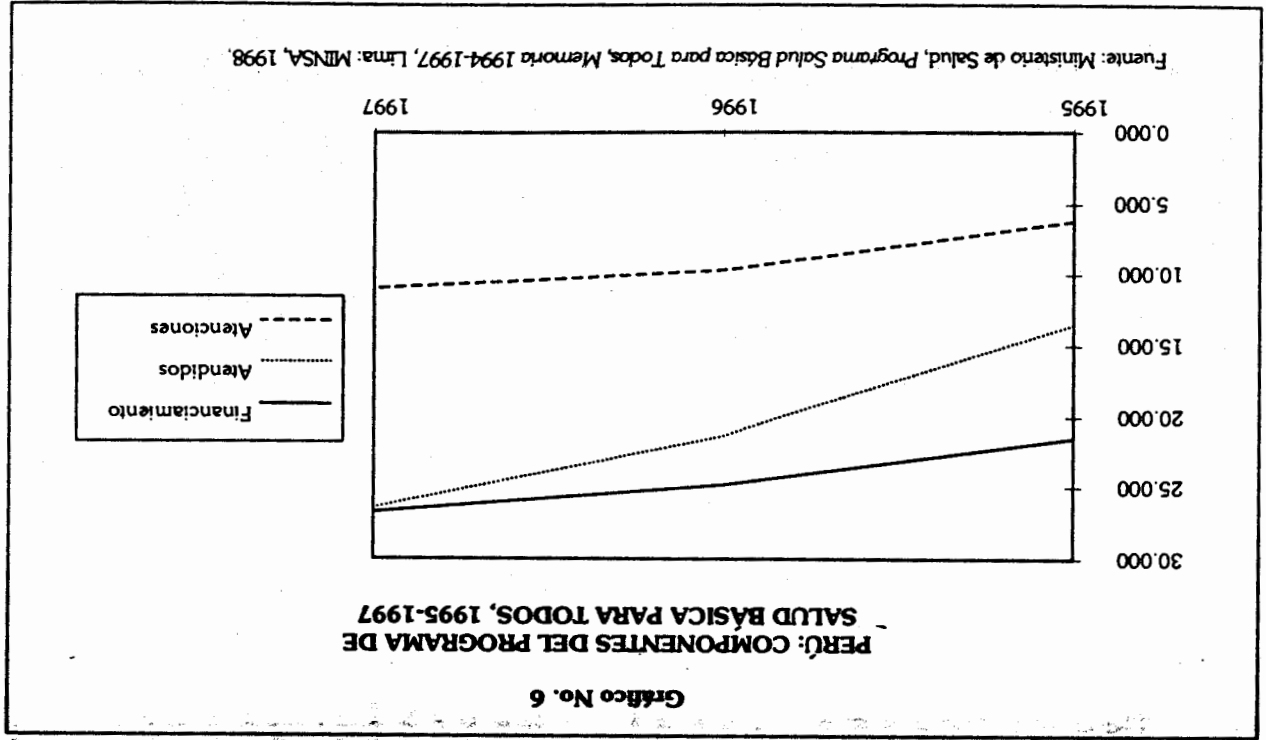


Por otro lado, en 1995, el monto invertido en el programa fue de S/. 215,766,000; en 1996 fueron S/. 247,700,000 (14.8% de incremento); y en 1997, los gastos de focalización ascendieron a S/. 266,270,000 (7.5% de incremento).

La producción de dichos establecimientos se ha incrementado, tal como puede observarse en el Gráfico No. 6, tanto en términos de atendidos como de atenciones. Sin embargo, dicho incremento también tiene una tendencia decreciente, pues en 1996 los atendidos crecieron en 53.54% y las atenciones en 58.30% con respecto del año anterior, mientras que en 1997 crecieron en 14% y 23% respectivamente con relación a 1996. De otro lado, es notorio que hay un mayor aumento de atenciones que pacientes atendidos, lo cual significa un incremento del promedio de atenciones por paciente, pero no necesariamente la incorporación del total de pacientes que requieren atención en el ámbito territorial respectivo. Es decir, se puede mejorar la eficacia pero no necesariamente la equidad.

La ampliación de la cobertura nacional a través del PSBT demuestra que no es correcta la afirmación que debe financiarse la demanda y no la oferta. Con el refofoamiento de los servicios por el PSBT se ha logrado un incremento en casi 100% de las atenciones entre 1995 y 1997, de las cuales aproximadamente un 40% correspondieron a atenciones de salud colectiva o preventivo-promocionales, que son gratuitas. Por lo tanto, dos factores han contribuido decisivamente a esta ampliación de cobertura: de un lado, el financiamiento de la oferta; y de otro lado, el subsidio estatal que implica la gratuidad de todas las atenciones de salud colectiva.

Sin embargo, la constatación de que las atenciones y atendidos por el PSBT están llegando a un nivel de saturación de la capacidad instalada en los establecimientos de primer nivel actualmente habilitados, significa que para continuar ampliando la cobertura tendría que seguirse incrementando la oferta de servicios y el subsidio a la atención.



c) Cobertura de atención por reestructuración de la gestión de establecimientos

Otro aspecto importante a analizar es el efecto de las acciones iniciales de la reforma sobre la cobertura de atención. Como se sabe, tales acciones iniciales cuyo eje es el mejoramiento de la gestión de los establecimientos, se vienen dando desde 1997 en cinco zonas del país: Chulucanas (Piura), Moyobamba (San Martín), Villa El Salvador (Lima - Sur), Islay (Arequipa) y Tarata (Tacna).

Lo distintivo de estas zonas, con respecto al resto donde no se han dado las acciones iniciales de reforma, es que en todas ellas se han conformado Redes de Establecimientos, se ha capacitado al personal, se ha iniciado la calificación de los usuarios según nivel de pobreza, se han suscrito Acuerdos de Gestión con las Asociaciones de Prestadores de servicios de salud (APSS) y se han puesto en marcha sistemas de información y de monitoreo, como expresión de la innovación gerencial de los servicios.

Para el análisis se ha tomado la información sobre cobertura de atención durante los años 1996 y 1997, en Chulucanas, Moyobamba y Villa El Salvador. Si bien podría afirmarse que aún es muy prematuro tratar de encontrar resultados, es útil comparar las estadísticas de dichas zonas entre un año y otro; así como, comparar esas zonas de reforma con el resto de establecimientos donde todavía no se dan las acciones iniciales.

En el Cuadro No. 3 se puede observar un incremento de atendidos y de atenciones de un año a otro. El porcentaje de incremento en los atendidos es 26.92% en Villa El Salvador, mientras que en Moyobamba es 12.30 % y en Chulucanas un discreto 1.71%, mientras que el porcentaje de incremento de las atenciones es 39.93% en Villa El Salvador, 27.20% en Moyobamba y 13.94% en Chulucanas.

Esto significa, al igual que en las estadísticas del resto de los establecimientos del PSBT nacionales, que la tendencia es a una mayor concentración de las atenciones en los pacientes que ya asisten a los establecimientos, pero no necesariamente una absorción significativa de la demanda insatisfecha.

Cuadro No. 3

POBLACIÓN ATENDIDA Y NÚMERO DE ATENCIONES
DEL PSBT: MOYOBAMBA, MORROPÓN Y
VILLA EL SALVADOR

ZONAS DE REFORMA	ATENIDOS			ATENCIONES	
	1996	1997	1997	1996	1997
PROVINCIA DE MOYOBAMBA	52,106	58,202	133,710	170,084	
Distrito de Moyobamba	23,170	30,350	59,528	79,995	
Distrito de Calzada	2,671	2,792	8,956	12,456	
Distrito de Hobbana	1,070	881	3,776	5,244	
Distrito de Jepselacio	11,023	10,784	25,868	34,406	
Distrito de Soritor	12,149	10,658	29,787	31,081	
Distrito de Yentado	2,023	2,737	5,795	6,902	
PROVINCIA DE MORROPÓN	73,136	74,390	225,386	256,811	
Distrito de Chulucanas	24,520	24,682	68,240	82,534	
Distrito de Buenos Aires	3,974	4,781	15,262	17,686	
Distrito de Chalaco	7,334	5,367	24,066	23,116	
Distrito de La Melanza	2,431	4,963	5,575	11,675	
Distrito de Morropón	8,148	11,411	25,062	27,342	
Distrito de Salitral	7,456	3,955	26,450	23,124	
Distrito de San Juan de Bigote	3,987	4,975	15,312	17,773	
Distrito de Santa Catalina de Mossa	6,062	4,219	14,882	17,807	
Distrito de Santo Domingo	4,179	5,246	14,784	20,567	
Distrito de Yamango	4,945	4,791	15,763	15,187	
PROVINCIA DE LIMA	121,339	154,003	298,220	417,315	
Distrito de Villa El Salvador					

Fuente: MINSA, Oficina de Estadística e Informática.

Hasta el momento, los resultados no permiten afirmar que las modificaciones en la gerencia de la administración de las redes de establecimientos influyan considerablemente en la eficacia de los centros y puestos de salud.

d) Cobertura de atención por financiamiento de la demanda

Hasta el momento, el único programa destinado a financiar la demanda en salud es el Seguro Escolar Gratuito (SEG), que se inició en agosto de 1997²³. Su aplicación ha sido gradual desde el segundo semestre de 1997 hasta julio de 1998. De acuerdo con la

23. Directivas del Viceministro de Salud sobre el Seguro Escolar Gratuito, Lima: agosto 1997.

información oficial²⁴, el volumen de atenciones se ha elevado en 272.23% de un semestre a otro, mientras que la inversión se ha incrementado en 564.56% (ver el Cuadro No. 4).

Cuadro No. 4

**ATENCIÓNES E INVERSIÓN
DEL SEGURO ESCOLAR GRATUITO**
(Agosto, 1997-Julio, 1998)

	Agosto-diciembre, 1997	Enero-julio, 1998	Total
Atenciones	454,854	1'238,254	1'693,108
Inversión (Soles)	7'945,109	44'854,891	52'800,000
Costo unitario (S/.)	17.47	36.22	31.18

Fuente: Administradora del Riesgo del Seguro Escolar (ARSE) y Presentación del Ministro de Salud en el Congreso.

Como se observa, el financiamiento de la demanda a través del SEG ha permitido ampliar la cobertura y reducir la falta de equidad en la población escolar de 3 a 17 años. Pero ello ha sido posible en la medida en que se dejaron de lado propuestas iniciales, como imponer un sistema de calificación de beneficiarios por nivel de pobreza y el denominado paquete básico de atenciones, cuyo objetivo era restringir el universo de usuarios y la amplitud del subsidio estatal. Si las mencionadas propuestas hubieran sido aplicadas, los resultados del SEG hubieran sido mucho más limitados.

5.2 Con relación a la eficiencia

Como instrumento de medición de la eficiencia de los servicios de primer nivel del MINSA, hemos escogido el análisis del costo beneficio. De acuerdo con dicho análisis, los indicadores formulados a partir del PSBT nos proporcionan los siguientes resultados.

24. Presentación del señor ministro de Salud, Dr. Marino Costa Bauer, en la Comisión de Salud, Población y Familia del Congreso de la República, Lima: 30 de setiembre de 1998.

1) Costo-beneficio por establecimiento focalizado

Año	Gasto total (nuevos soles)	Número de establecimientos	Costo por establecimiento
1995	215'660,000	3,995	53,982,48
1996	247'700,000	4,913	50,417,26
1997	266'270,000	5,029	52,946,91

Fuente: Ministerio de Salud, Programa Salud Básica para Todos, Memoria 1994-1997, Lima: MINSA, 1998.

La composición del gasto total durante 1997 fue: personal asistencial, 40.6%; programas nacionales, 36.5%; Comités Locales de Administración de Salud (CLAS), 13.4%; supervisión y monitoreo, 3.9%; equipamiento, 3.4%; infraestructura, 1.1%; y capacitación, 1%.

2) Costo-beneficio por paciente atendido

Año	Gasto total (nuevos soles)	Número de atendidos	Costo por atendido
1995	215'660,000	6'266,126	34.42
1996	247'700,000	9'622,977	25.74
1997	266'270,000	10'969,120	24.27

Fuente: Ministerio de Salud, Programa Salud Básica para Todos, Memoria 1994-1997, Lima: MINSA, 1998.

El número de atendidos creció entre 1995 y 1996 en un 54%, mientras que entre 1996 y 1997 sólo lo hizo en 14%. Paralelo a ello, se observa una tendencia decreciente del costo-beneficio por paciente atendido, en proceso de posible estabilización en las condiciones dadas, como consecuencia de que se está llegando a un límite de captación de pacientes atendidos con el número actual de establecimientos habilitados.

3) Costo-beneficio por atención

Año	Gasto total (nuevos soles)	Número de atenciones	Costo por atención
1995	215'660,000	13'497,930	15.98
1996	247'700,000	21'366,160	11.59
1997	266'270,000	26'307,370	10.12

Fuente: Ministerio de Salud, Programa Salud Básica para Todos, Memoria 1994-1997, Lima: MINSA, 1998.

A pesar de que este indicador nos da cuenta de un progresivo mejoramiento en la eficiencia de la intervención, también podemos apreciar que dicho mejoramiento es decreciente durante 1996 y 1997 (27.47% y 12.68%, respectivamente), lo cual indica que se estaría llegando a un punto de equilibrio en las actuales condiciones de financiamiento y de atención.

De otro lado, si tomamos en cuenta que en el caso de la atención médica la tarifa que cobran los establecimientos oscila entre 2 y 3 nuevos soles, el subsidio real es de 7 a 8 nuevos soles por cada atención. Pero, como lo establece el INEI²⁵, el costo de la atención es sólo el 15% de toda la atención, pues el 70% es el costo de los medicamentos y otro 15%, el costo de los análisis. Por lo tanto, si \$1.10 es el 15% del costo real de una atención, el costo total es \$7.66, de los cuales se subsidia únicamente 7 u 8 nuevos soles. Eso hace prácticamente inviable el intento de la reforma de transferir el costo real de la atención a los actuales usuarios de los servicios públicos, cuando se sabe que es la población pobre del país. Dicho intento significaría una mayor exclusión de los sectores más pobres.

VI. 'Sostenibilidad'

Al igual que en otros procesos, la 'sostenibilidad' de la reforma en salud debe ser evaluada desde tres ángulos distintos: social, técnico y financiero.

6.1. 'Sostenibilidad' social

Para un proceso de transformación política de largo plazo, como es una reforma sanitaria, la 'sostenibilidad' social es el aspecto más importante. Esta 'sostenibilidad' pasa por el establecimiento de un consenso social alrededor de la necesidad de la reforma y de sus ejes principales, lo cual implica recoger demandas muy sentidas por la población, coordinar estrechamente con las instituciones y agentes del sector, y comprometerlos en las diversas fases del proceso.

Como se desprende del análisis del proceso de formulación de la política de salud, efectuado en el capítulo segundo del presente

trabajo, el compromiso social con la reforma es mínimo porque ésta ha sido formulada y está siendo ejecutada al margen de los principales actores sociales.

La reforma ha circunscrito el aspecto social de la 'sostenibilidad' a la conformación de los Comités Locales de Administración de Salud (CLAS), que son una forma de administración compartida de los establecimientos de primer nivel. Hasta el momento se han conformado 548 CLAS, que administran 580 centros y puestos de salud en todo el país. Si bien es una forma interesante de participación de la sociedad civil, aún dista mucho de constituir una estrategia que garantice la 'sostenibilidad' de la reforma. Si tomamos en cuenta que existen 5,029 establecimientos en el país, la participación social a través de los CLAS sólo compromete al 12% de los establecimientos, la mayoría en zona rurales de la Sierra y la Selva. Otro elemento que relativiza el peso de los CLAS en la 'sostenibilidad' de la reforma es la conformación de las Asociaciones de Presidentes de Servicios de Salud (APSS) y/o Consorcios de CLAS, como formas de administración de las redes de establecimientos de una zona determinada, que inevitablemente darán mayor peso a los equipos técnico-gerenciales para todo el ámbito en detrimento de los CLAS que son más localizados.

De acuerdo con la información oficial²⁶, en el Cuadro No. 5 podemos apreciar la distribución nacional de los 580 establecimientos de primer nivel administrados por los CLAS.

Como ya ha sido mencionado, si bien esta estrategia de la reforma es positiva en la medida en que incorpora a representantes de la comunidad en la gestión de los servicios de primer nivel, deja de lado otros aspectos centrales de la 'sostenibilidad' social. Por ejemplo, tal como se vio al analizar la metodología de diseño de la reforma, el proceso no ha tomado en cuenta la opinión de importantes actores del sector salud como son los profesionales o las instituciones formadoras de recursos humanos; ni de los representantes gremiales o políticos; y margina a los gobiernos locales. Esto lleva a que la reforma tenga una gran vulnerabilidad social en el mediano y largo plazo, porque no surge del consenso social sino casi exclusivamente de la imposición de quienes detentan el gobierno en el actual período.

26. Ministerio de Salud (MINSA), Programa Salud Básica para Todos, Memoria 1994-1997, Lima: MINSA, 1998, p. 29.

25. INEI, op. cit., p. 104.

Cuadro No. 5

**ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE PRIMER NIVEL
EN ADMINISTRACIÓN COMPARTIDA (CLAS)**
(Diciembre 1997)

Departamento	Número de establecimientos
Loreto	18
Amazonas	21
San Martín	41
Cajamarca	75
Piura	105
Lambayeque	12
La Libertad	21
Ancash	16
Huánuco	17
Passco	4
Junín	18
Lima	9
Ucayali	32
Madre de Dios	32
Huancavelica	8
Ayacucho	7
Cusco	13
Puno	24
Ica	22
Arequipa	25
Moquegua	5
Tarma	65
Apurímac	-
Tumbes	-

Fuente: Ministerio de Salud, Programa Salud Básica para Todos, Memoria 1994-1997, Lima: MINSa, 1998.

Lo señalado anteriormente es pertinente también para analizar la 'sostenibilidad' política, como parte de la 'sostenibilidad' social, pues la continuidad del proceso depende fundamentalmente de la continuidad del gobierno actual. En la medida en que la reforma no tiene un consenso político, cualquier cambio gubernamental a partir del año 2000 significará modificaciones en un sentido u otro. Esto plantea la necesidad que en el futuro inmediato se trate de construir un acuerdo nacional en torno a aspectos básicos de la reforma, para poder garantizar su sostenimiento en el mediano y largo plazo.

6.2 'Sostenibilidad' técnica

Otro aspecto importante a analizar es la 'sostenibilidad' técnica del proceso, que debe ser entendida principalmente como recursos humanos capacitados y comprometidos con la dirección y ejecución de la reforma. Actualmente, la mayor parte de los recursos humanos del MINSa constituyen un elemento pasivo frente a la reforma, en tanto no sienten que el proceso les abra nuevas oportunidades profesionales o técnicas.

El personal no encuentra que el proceso esté creando un sistema de promoción interna sobre la base de los méritos individuales, sino que se mantiene la forma tradicional de promoción por amistad o relaciones con quienes tienen capacidad de decisión, lo cual genera recelos y reticencias.

Asimismo, un factor que limita la participación del grueso del personal en el proceso de reforma es la situación de las remuneraciones económicas, congeladas en los últimos 8 años desde el violento ajuste estructural de 1990. Aunque la política económica vigente ha logrado controlar el proceso hiperinflacionario de la década pasada, existe una inflación anualizada promedio de 10% que no ha sido compensada con aumentos salariales durante la presente década. En ese contexto, los únicos puestos adecuadamente remunerados en el MINSa son aquellos de los programas o proyectos financiados con endeudamiento externo, pero que son limitados. Esto ha llevado a que recursos humanos calificados migren hacia el sector privado, reduciendo la capacidad operativa de la reforma.

Finalmente, otro elemento que frena la 'sostenibilidad' técnica de la reforma es la falta de estímulo al trabajo solidario y a la búsqueda de una mejor calidad en la atención al usuario, que se traduzca en satisfacción moral del personal y en mayor compromiso con el proceso. Un ejemplo de ello es lo que sucede con el Seguro Escolar Gratuito, que gran parte del personal de salud lo percibe principalmente como mayor carga laboral y administrativa, en vez de valorarlo como una iniciativa que favorece la equidad en la atención de salud.

Todo lo cual exige que la reforma se proponga atender el problema de los recursos humanos como lo recomienda la OPS, basándose en los principios de promoción por sistema de méritos.

remuneraciones idóneas y fomento de la solidaridad en el desempeño y en la organización.

6.3 'Sostenibilidad' financiera

El financiamiento de la reforma, en el período 1994-98, ha contado con recursos del Tesoro público y con recursos de los bancos y agencias multilaterales bajo la modalidad de endeudamiento externo. El total aportado por el Tesoro público asciende a 369 millones de dólares y el aporte externo a 152 millones de dólares, haciendo un total de 521 millones, como se observa en el Cuadro No. 6.

Cuadro No. 6

SECTOR SALUD: FINANCIAMIENTO DE LA REFORMA: 1994-1997

Fuente	Millones (US dólares)	Porcentaje
Tesoro público:		
• PSBT (317)		
• Aporte a proyectos (50)	369.5	71
• SEG (2.5)		
Aporte externo	152.0	29
TOTAL	521.5	100

Fuente: PSBT, SEG, MINSA.

Desde el punto de vista económico, el aporte externo ha sido importante para el financiamiento de los primeros años de la reforma en salud, en la medida en que ha representado casi el 30% de los recursos. Esto es diferente con respecto a otros campos de las políticas sociales, donde el aporte externo no supera el 16%. Se sabe que actualmente el gobierno peruano está gestionando nuevos créditos con el Banco Mundial y el BID, para el financiamiento de la reforma a partir del año 1999. Esto significa que la 'sostenibilidad' económica del proceso seguirá dependiendo en gran medida del financiamiento externo durante los próximos años, lo cual abre un interrogante sobre su futuro.

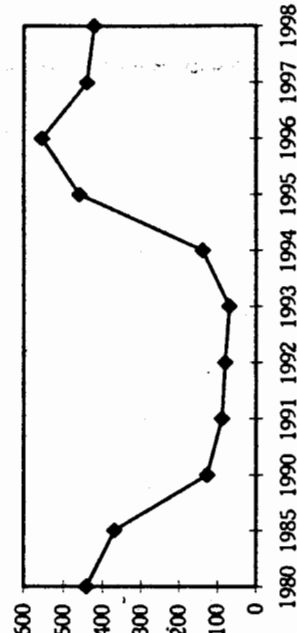
Esta preocupación se fundamenta, además, en el análisis del porcentaje del Tesoro público dedicado al gasto en salud como porcentaje del PBI, entre 1980 y 1994, el mismo que estuvo en el or-

den del 4.3% en promedio, manteniendo un comportamiento casi estable. Sin embargo, al igual que lo ocurrido con el gasto social total, aunque no en la misma proporción, a partir de 1995 experimenta un importante incremento, llegando a 7.5%; y a 8.4% en 1996; seguido por un decrecimiento que disminuyó estos porcentajes a 7.4% en 1997 y 6.9% en 1998.

Para poder observar con mayor nitidez estos altibajos, es recomendable conocer los montos destinados por el presupuesto nacional al gasto en salud en términos reales. De esta forma, en el Gráfico No. 7 distinguimos que desde 1980, año en el que se destinaron S/. 440.2 millones²⁷, los montos presentan una tendencia decreciente acentuada y constante, llegando a S/. 69.1 millones en 1994. En los tres años siguientes se revierte dicha tendencia, destiniéndose S/. 139.2, S/. 459.4 y S/. 554.3 millones, respectivamente. Sin embargo, en 1997 se destinan sólo S/. 440.4 millones y para 1998 se presupuestaron S/. 422.3 millones.

Gráfico No. 7

PERÚ: GASTO EN SALUD, 1980-1998 (Millones de nuevos soles constantes de 1994)



Fuente: O'Brien Neira, Eduardo y Jaime Guevara Pérez, Análisis del gasto social para 1998, Documento de trabajo del Programa de Análisis del Gasto Social, Lima: PUCP, enero 1998.

27. El cálculo es realizado tomando como base monetaria nuevos soles constantes de 1994.

VII. Conclusiones

1. La información analizada permite concluir que el principal problema en la situación de salud es la falta de acceso a los servicios, expresado en que la demanda que no acudió a consulta en los años 1995 y 1996 fue 60% y 55%, respectivamente. De manera constante, la principal causa por la cual la población afectada no consultó ningún servicio de salud fue la falta de recursos económicos: 65% en 1995, 54.4% en 1996 y 62.2% en 1997. Y en promedio, otro 10% de la población afectada no realizó consulta por problemas de accesibilidad o disponibilidad de servicios. Por lo tanto, sigue vigente un problema tanto de accesibilidad económica como física, debido a una profunda falta de equidad social.
2. Los problemas de accesibilidad económica y física a los servicios de salud hacen imperativo que el modelo de reforma a ser aplicado en el país se proponga resolver, en primer lugar, la falta de equidad. Para ello, debe combinarse el financiamiento de la demanda de los sectores excluidos con el financiamiento de la oferta de servicios, que asegure la atención de esa demanda. Las acciones orientadas a mejorar la eficiencia y la calidad de los servicios son necesarias, pero subordinadas a la búsqueda de equidad.
3. El incremento de cobertura logrado por el PSBT demuestra que es indispensable continuar financiando la oferta de servicios, sobre todo en las zonas de pobreza y extrema pobreza, sin lo cual no se podría absorber la demanda potencial. El refinanciamiento de servicios en el período 1994-97 está llegando a su máxima capacidad de cobertura, y aún no ha resuelto el problema de demanda insatisfecha existente en las mismas zonas donde se hallan esos establecimientos. Esto demuestra que no es correcta la propuesta en el sentido de dejar de financiar la oferta de servicios. Por el contrario, la realidad exige que tal financiamiento se mantenga y se amplíe.
4. El financiamiento de la demanda a través del Seguro Escolar Gratuito es una buena iniciativa, que amplía la cobertura y

mejora los problemas de falta de equidad para la población de 3 a 17 años. Ello ha sido posible en la medida en que se han postergado propuestas iniciales de la reforma, tales como imponer un sistema de calificación de usuarios por nivel de pobreza y la del llamado paquete básico, cuyo objetivo era restringir el universo de usuarios del subsidio estatal. El SEG significa un paquete amplio de atenciones y una calificación gruesa de los beneficiarios. En esa misma orientación se inscribe el futuro Seguro Materno Infantil, que posiblemente ampliará significativamente el universo de beneficiarios de un seguro estatal. En ese sentido se podría hablar de una "populización" de la reforma, en un contexto pre-electoral. Contrariamente a esa posible motivación política, el financiamiento de la demanda debiera ser instituido como parte del derecho ciudadano al aseguramiento universal.

5. La actual reforma tiene serias restricciones para su mantenimiento en el plano social, técnico y financiero. En el plano social, por la ausencia de un consenso que garantice el apoyo ciudadano de las organizaciones de la sociedad civil, una de cuyas expresiones es el centralismo regresivo que concentra funciones, pese a algunas experiencias positivas como la de los CLAS. La reforma se encuentra socialmente aislada y es fácilmente vulnerable ante cualquier cambio en el nivel de gobierno en el año 2000. Es necesario construir un acuerdo nacional en torno a la equidad en salud como eje del proceso, para poder garantizar su 'sostenibilidad' social y política. En el plano técnico, la principal traba es la falta de compromiso de los recursos humanos existentes en el MINSA, en tanto el personal profesional y técnico no siente a la reforma como un proceso que les abra nuevas oportunidades, sino como una amenaza a su estabilidad y desarrollo laboral. Y en el plano financiero, la principal restricción a la 'sostenibilidad' en el largo plazo está dada por el peso del financiamiento vía endeudamiento externo, ascendente al 30% para los primeros cuatro años del proceso, a menos que se garantice un financiamiento importante y de largo plazo con recursos públicos.

Bibliografía

- Cholsi, Armeane, "Reforma en el sector salud: los retos de hoy y mañana", en Ministerio de Salud (MINSa), *Seminario internacional Reforma del sector salud 1995*, Lima: MINSa, 1997, pp. 10-17.
- Easton, David, *Esquema para el análisis político*, Buenos Aires: Editorial Amorrortu, 1969
- Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), *Perú: demanda de atención en servicios de salud, ENAHO IV trimestre de 1997*, Lima: INEI, 1998.
- Ministerio de Salud (MINSa), *Programa Salud Básica para Todos. Memoria 1994-1997*, Lima: MINSa, 1998.
- Ministerio de Salud (MINSa), *Directivas del MINSa sobre el Seguro Escolar Gratuito (SEG)*, Lima: MINSa, agosto de 1997.
- Ministerio de Salud (MINSa), *Lineamientos de Política 1995-2000*, Lima: MINSa, diciembre de 1995.
- O'Brien Neira, Eduardo y Jaime Guevara Pérez, *Análisis del gasto social para 1998*, Documento de trabajo del Programa de Análisis del Gasto Social, Lima: PUCP, enero 1998.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS), *Recursos humanos: un factor crítico de la reforma sectorial en Salud*, Reunión Regional de la OPS, Costa Rica, marzo 1998.