

Presentación

Durante la década de los noventa la infraestructura pública de salud se amplió de manera considerable, especialmente en lo que se refiere a los establecimientos de primer nivel. En efecto, los puestos de salud pasaron de 3.163 en 1990 a 5.085 en el año 2000. Sin embargo, los avances fueron menores en términos de eficiencia y equidad en la provisión de los servicios. También quedaron pendientes reformas básicas en el terreno institucional, como por ejemplo la integración, o por lo menos la coordinación, entre el ministerio de salud y la seguridad social. Así, a pesar de la ampliación de la cobertura, las brechas de salud entre los diversos estratos sociales y regiones geográficas continúan siendo enormes. La subsistencia de estas brechas y los agudos problemas de eficiencia y equidad en el sector, hacen necesaria una reforma global de la salud pública en el país. En este contexto, el CIES busca contribuir al diseño y ejecución de la reforma, aportando conocimientos útiles para tal efecto. La presente edición de Economía y Sociedad resume ocho estudios que presentan información y análisis sobre la salud de la población, la oferta respectiva del sector público y recomendaciones de política para el mediano plazo.

El artículo de Bardález analiza la evolución de los problemas de salud de la población peruana para identificar cuáles deben ser las prioridades de las nuevas políticas de salud. El autor considera que la efectividad del modelo de atención actual ha llegado a su límite. En las dos últimas décadas ha habido una importante mejoría en la esperanza de vida y la mortalidad infantil, pero las tasas de mortalidad materna y perinatal no se han reducido de manera significativa, a la vez que se han incrementado rápidamente la morbilidad y mortalidad por enfermedades no transmisibles, accidentes y violencia. Por otro lado, los indicadores de salud muestran grandes brechas entre regiones y grupos sociales. El diagnóstico permite identificar varios retos, como por ejemplo la cobertura del parto, el saneamiento básico y los sistemas de red en las zonas rurales; y la promoción de estilos de vida saludables en las ciudades más grandes.

Existe un consenso acerca de la necesidad de reducir las inequidades existentes en la prestación de los servicios estatales. Algunos economistas han planteado la posibilidad de mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud en establecimientos públicos mediante el cobro de tarifas a los grupos de mayores ingresos. El trabajo de Valdivia (GRADE) encuentra que, en efecto, la utilización de servicios médicos está concentrada en los estratos socioeconómicos más altos, incluso en el caso de los servicios públicos. Sin embargo, ello no abre necesariamente un espacio para una política de tarifas. El autor muestra que el principal efecto podría ser el desvío de la demanda de los proveedores públicos hacia los privados, lo cual impediría elevar los ingresos de los establecimientos públicos.

El texto de Dammert (GRADE) encuentra que el acceso a los servicios de salud –medido a través de la atención del parto por profesionales– es uno de los principales determinantes de la mortalidad infantil. La autora descubre que las variables relevantes para explicar el acceso no son solamente las referidas a la infraestructura de salud, sino también el nivel de educación y la lengua materna, factores que pueden constituir impedimentos socio culturales, y generar desconfianza hacia médicos y obstetras. Así, las diferencias en el acceso entre zonas urbanas y rurales obedecen no sólo a factores de oferta (infraestructura), sino también a los de demanda (nivel educativo y barreras culturales).

La investigación de Cueto (UPCH) analiza las políticas de lucha contra el Sida. Desde que apareció el primer caso en 1983, varias han sido las instituciones creadas para combatir la enfermedad. El pánico moral, que generó su llegada, motivó la aparición de políticas desordenadas para su control. Este estudio de caso permite entender cómo las políticas de salud suelen ser formuladas en nuestro país: surgen generalmente por la combinación de una crisis local, la iniciativa de un grupo de

personas u organismos, y la influencia de agencias de cooperación internacional. Ello tiende a crear soluciones temporales y de corto plazo, poniendo en riesgo los avances que puedan darse. Para superar este problema, según el autor, es necesario democratizar las decisiones, aumentar la participación de la sociedad civil y distribuir coherentemente las responsabilidades.

El trabajo de Francke proporciona un marco orientador para la reforma de la salud pública. Ella requiere de consenso social, así como revisión y ajuste permanente. El objetivo primordial debe ser establecer el derecho universal a la salud. En ese sentido, el autor plantea tres reformas fundamentales: a) la democratización del Estado, para que sea permeable a las demandas y propuestas de la sociedad; b) la priorización del acceso universal a servicios básicos de calidad, para lo cual debe establecerse un conjunto de atenciones básicas que sean de cobertura universal; y c) la reorganización de los sistemas de salud, para lo cual es necesario pasar de sistemas segmentados y centralizados (Minsa y EsSalud) a un sistema descentralizado con planeamiento estratégico.

El artículo de Johnson plantea una reestructuración global del sector. El autor identifica una serie de problemas institucionales que generan ineficacia e ineficiencia en el empleo de los recursos, así como mala calidad de los servicios: la falta de coordinación entre los subsectores; el carácter cerrado, tradicional y vertical del ministerio; la mezcla de funciones de gobierno con la administración del financiamiento y la prestación de los servicios; entre otros. La propuesta de reestructuración define al Minsa como un organismo de gobierno que se debe retirar de la administración financiera y de la provisión directa de los servicios. Además, plantea integrar los establecimientos a cargo del sector público en redes de servicios de salud descentralizadas y con autonomía de gestión.

El estudio de Palomino examina el sistema hospitalario peruano, subrayando la falta de unidad de gobierno y de planeamiento estratégico. Por un lado, el Minsa asigna recursos de manera aislada para cada hospital, bajo su jurisdicción, en Lima. Por el otro, cada Consejo Transitorio de Administración Regional (CTAR) negocia individualmente con los Ministerios de la Presidencia y de Economía los recursos que les serán asignados. Tampoco existe vinculación alguna con los sistemas hospitalarios de EsSalud, ni de las fuerzas armadas o policiales, ni del sector privado. Esta situación genera irracionalidad e iniquidad en la situación hospitalaria de los distintos departamentos. El autor documenta estos problemas y propone líneas de acción para superar el desorden institucional existente.

Por último, el trabajo de Arroyo (UPCH) realiza tres estudios de caso sobre acuerdos de gestión en el sector salud, realizados en la década de los noventa: el Sistema de Pago por Valor Bruto de Producción establecido en el Seguro Social entre 1993 y 1999; el Programa de Administración de Acuerdos de Gestión de 1998 en el Ministerio de Salud; y el convenio entre el FONAFE del Ministerio de Economía y EsSalud, establecido en 1999. El autor analiza los factores que contribuyeron a su éxito o fracaso. Entre otras cosas, constata que se aplicaron en forma subsectorial o parcial, sin una reforma global que los enmarque, y que su línea de fuerza fue siempre aumentar la productividad, mas no la calidad. La evaluación de estas experiencias apunta a la necesidad de una reforma global de la salud para que las políticas sectoriales sean eficientes, equitativas y sustentables.

Carlos Eduardo Aramburú
Director Ejecutivo

Javier Portocarrero Maisch
Director Adjunto

Desde 1957, el Ministerio de Salud (Minsa) ha concedido prioridad a los programas de salud materno-infantiles y de control de enfermedades transmisibles. En la década de los ochenta se crean programas nacionales de salud verticales, orientados a enfrentar las principales causas de muerte, como eran las enfermedades inmuno-prevenibles, las diarreas, las respiratorias, la salud materno perinatal, la planificación familiar y las enfermedades transmisibles. Según la capacidad operativa y los recursos asignados, se pueden identificar los programas que constituyen las prioridades políticas del Minsa: control de la tuberculosis, control de la natalidad y de inmunizaciones, a los que en los últimos años se sumó el control del sida.

Sin embargo, la efectividad del modelo de atención ha llegado a su límite, por lo que no se espera mejoras sustanciales en los indicadores de salud, si siguen en vigencia las medidas que se planearon en el pasado. La tasa de mortalidad materna y perinatal no se ha modificado significativamente en las últimas dos décadas, y se está incrementando rápidamente la morbi-mortalidad por enfermedades no-transmisibles, accidentes y violencia. Esto hace urgente revisar las políticas de salud pública y plantear la reorganización de los servicios de salud, de modo que las nuevas políticas de salud aborden de manera integral los diversos determinantes de las enfermedades.

En el presente artículo, se revisará la evolución de los problemas de salud en las últimas décadas, para así

determinar cuáles son los puntos críticos hacia donde deberían apuntar las nuevas políticas de salud.

Evolución demográfica y social

La evolución de la situación de salud de una población y la evolución de su organización sanitaria son consecuencia del desarrollo económico, demográfico, social y cultural de un país. Por eso es importante realizar, en primer lugar, un análisis de los cambios demográficos y sociales ocurridos en el país, con el fin de poder comprender la actual situación de salud.

En las últimas cuatro décadas se han dado grandes cambios en el Perú. Así, la proporción de la población menor de quince años ha ido disminuyendo: del 43,9% que era en 1972 pasó al 37% en 1993. Por su parte, la tasa global de fecundidad (TGF) ha disminuido de 6,8 hijos por mujer en 1961 a 3,4 en 1993. Estos indicadores marcan el proceso de envejecimiento de la población peruana de los últimos años, a pesar de las brechas socioeconómicas y geográficas que puedan haber; por ejemplo, mientras que en el quinquenio 1995-2000 la TGF de Lima ha sido de 2,1, en Huancavelica ha sido de 5,4 en el mismo período, lo que señala que esta ha disminuido a un ritmo mucho menor en los departamentos más pobres.

Estas diferencias también pueden encontrarse en el número de nacimientos. En el ámbito nacional, aproximadamente ocurren 612.000 nacimientos anuales,

60% de los cuales corresponde al ámbito urbano. En los próximos años, según estimaciones del Minsa, las diferencias se habrán incrementado: para el período 2020-2025, aunque el número de nacimientos se incrementará en un 11% en la zona urbana, en la zona rural se reducirá en un 32%. Así, globalmente, el número de nacimientos se reducirá hasta llegar a 573.000 anuales, 70% de los cuales tendrá lugar en el ámbito urbano.

Los procesos de urbanización y modernización generan estilos de vida urbanos alentados por los medios masivos de comunicación, que incrementan varios factores de riesgo para la aparición de enfermedades no transmisibles, entre los que se encuentran el estrés, el sedentarismo, los malos hábitos alimentarios, el tabaquismo y el consumo de alcohol. Estudios recientes muestran una tendencia creciente en estos dos últimos entre los adultos que tienen actividades laborales y, en menor medida, entre las mujeres. Por su parte, el incremento del sedentarismo produce sobrepeso y obesidad, y estos últimos se han visto reforzados por los malos hábitos alimentarios. Estos problemas se hacen presentes sobre todo en las áreas urbanas, donde hay un mayor predominio de las grasas saturadas, azúcares y productos refinados, lo que es común principalmente en la denominada "comida rápida".

1/ Resumen del artículo homónimo en *Políticas de salud 2001-2006*, Lima: CIES, 2001, pp. 165-201. La investigación fue auspiciada por DFID-Embajada Británica.

En suma, el país sufre un proceso de transición demográfica diferenciado y de desarrollo desigual e inequitativo, principalmente entre la población urbana y la rural. Un patrón similar se puede encontrar en el desarrollo económico, social y cultural. Un fenómeno social importante que se ha producido es la incorporación ciudadana de amplios sectores marginados, principalmente de la población analfabeta y rural, lo cual ha originado un reclamo creciente por la igualdad en los derechos ciudadanos, entre los que destacan los derechos de salud.

Evolución epidemiológica

La situación de salud en la década del setenta era bastante crítica. Entre 1970 y 1975, la tasa de mortalidad general era de 12,8 por mil habitantes y la esperanza de vida

al nacer era de 55,5 años. La principal causa de la mortalidad correspondía a enfermedades infecciosas y parasitarias (44,2%), entre las que resaltaban las relacionadas con el deficiente saneamiento (diarrea) y el hacinamiento (neumonía y tuberculosis). Por su parte, la mortalidad infantil era de 113 por mil nacidos vivos, con marcadas diferencias regionales, y la tasa de mortalidad materna era de 399 por mil nacidos vivos. Asimismo, en el período 1971-1972, el 44% de los niños menores de 6 años presentaba desnutrición, proporción que variaba regionalmente desde 19% en Lima hasta 56% y 62% en la sierra y selva, respectivamente.

En la actualidad, aunque muchos de estos indicadores han mejorado notablemente, las diferencias regionales siguen siendo preocupantes.

Comencemos por la mortalidad general y la esperanza de vida.

Para el período 1995-2000, la tasa de mortalidad general se redujo a 6,4 por mil habitantes, lo que llevó a un incremento de la esperanza de vida al nacer de 68,3. Sin embargo, las diferencias se mantienen: mientras que en Lima la tasa de mortalidad general fue de 4,1 y la esperanza de vida 76,8 años; en Huancavelica, la mortalidad fue de 13,0 y la esperanza de vida de solo 56,8 años. En el cuadro 1 se puede apreciar las principales causas de mortalidad general entre 1994 y 1998.

Pasemos ahora a la mortalidad infantil y materna. En 1996, la tasa de mortalidad infantil fue de 43 por mil nacidos vivos, tal como puede apreciarse en el cuadro 2. En 2000, disminuyó a 33. Al igual que en el caso de la mortalidad general, aquí también se observan grandes diferencias al interior del país: mientras que en Lima fue de 26, en Huancavelica llegó a 109. En el

Cuadro 1

Perú: causas de mortalidad general en el quinquenio 1994–1998

Nº	Causa de muerte	Porcentaje
1	Enfermedades del aparato respiratorio	18,11
2	Enfermedades del aparato circulatorio	16,29
3	Tumores	13,66
4	Traumatismos y envenenamiento	9,90
5	Enfermedades infecciosas y parasitarias	9,12
6	Enfermedades del aparato digestivo	7,59
7	Enfermedades endocrinas, metabólicas, inmunitarias y de la nutrición	5,72
8	Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	5,31
9	Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	4,75
10	Enfermedades del aparato génito-urinario	3,96
11	Enfermedades del sistema nervioso y de los sentidos	1,95
12	Anomalías congénitas	1,12
13	Enfermedades de la sangre y de los órganos hematopoyéticos	0,69
14	Trastornos mentales	0,61
15	Complicaciones del embarazo, parto y puerperio	0,50
16	Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	0,46
15	Enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo	0,29
Total		100,00

Fuente: Ministerio de Salud (www.minsa.gob.pe).

cuadro 2 también puede apreciarse las marcadas diferencias en la mortalidad entre los ámbitos urbano y rural. El nivel de desnutrición, asimismo, aún es alto en la zona rural, aunque disminuyó de 53,4% en 1992 a 40,4% en 1996, se mantuvo sin variación en 2000, en 40%. La tasa de mortalidad infantil peruana es una de las más altas de América Latina, solo superada por la de República Dominicana, Nicaragua, Bolivia y Haití. Países con un ingreso per cápita similar al de Perú tienen tasas mucho menores: la mitad en Colombia, cuatro veces menor en Costa Rica y cinco veces menor en Cuba.

La tasa de mortalidad materna, por su lado, no ha variado sustancialmente en el país, llegando a 265 por 100.000 nacidos vivos entre 1990-1996 y a 165 entre 1994-2000, una de las más altas de América Latina, solo superada por Haití y Bolivia. Esta tasa equivale a 1.621 defunciones anuales, lo que representa el 5,1% de las muertes femeninas en edad reproductiva. Además, presenta enormes dife-

«La tasa de mortalidad infantil es una de las más altas de América Latina (...). Países con un ingreso per cápita similar al de Perú tienen tasas mucho menores»

rencias: en el ámbito rural llega a ser más del doble que en el urbano (448 y 203, respectivamente). La probabilidad de morir por causa materna durante el período reproductivo también tiene grandes disparidades al interior del país: entre 1994 y 1998, en Lima fue de 5,6, mientras que en Huanavelica llegó a 18,33.

Estos hechos están asociados a la cobertura de los servicios de salud y a su evolución a lo largo de las últimas décadas. La Encuesta Nacional de Fecundidad 1977-1978 reportó que, en el último embarazo, solo el 49,3% de las mujeres había recibido algún tipo de atención prenatal y solo el 47,8% de los partos fue atendido por médico u obstetrix. Sin embargo, se encontraron marcadas diferencias regionales: la atención del parto fue de 81,1% en Lima, 18% en la sierra y 22% en la selva.

Dos décadas más tarde, en 1996, el 67,3% de las mujeres recibió algún control prenatal por profesional de salud (18% más que veinte años atrás). Además, solo el 56,4% de los partos tuvo atención por un profesional de la salud, ya sea médico, obstetrix o enfermera (únicamente 8,6% más que veinte años atrás), y persistieron las grandes diferencias regionales: la proporción de partos atendidos por un profesional de la salud llegó al 80,6% en la zona urbana, mientras que en la zona rural apenas

Cuadro 2

Evolución de la mortalidad neonatal, infantil y de la niñez en las últimas dos décadas

Período	Mortalidad neonatal	% de disminución	Mortalidad post-neonatal	% de disminución	Mortalidad infantil	% de disminución	Mortalidad en menores de 5 años	% de disminución
Ámbito urbano								
1992-96	17	34%	13	67%	30	53%	40	59%
1981-85	26		39		65		97	
Ámbito rural								
1992-96	34	21%	28	50%	62	37%	86	48%
1981-85	43		56		99		165	
Total								
1992-96	24	31%	19	63%	43	50%	59	58%
1981-85	35		51		86		142	

Fuente: INEI, ENDES 1996.

« (...) en 1996, la proporción de partos atendidos por un profesional de la salud llegó al 80,6% en la zona urbana, mientras que en la zona rural apenas alcanzó el 21,5%. Estas cifras no variaron en el año 2000 (solo el 54,8% de los partos fue atendido por médico u obstetrix)»

alcanzó el 21,5%. Estas cifras no variaron en el año 2000 (solo el 54,8% de los partos fue atendido por médico u obstetrix).

Morbilidad por enfermedades transmisibles

En el Perú, la tuberculosis y la malaria constituyen problemas de salud pública y tienen un gran impacto social y económico, al mermar la salud de la población económicamente activa. El sida también constituye un serio problema. Por otro lado, se registra casos de cólera, fiebre amarilla, dengue, rabia, bartonelosis, peste, entre otros.

La tuberculosis presenta una tasa de morbilidad que disminuyó en las décadas del sesenta y setenta hasta aproximadamente 100 casos por 100.000 habitantes. Sin embargo, luego se produjo un incremento sostenido que llegó a 250 casos por 100.000 habitantes en 1992. A partir de entonces, se ha estado controlando lentamente esta enfermedad y, en 1999, la tasa se redujo a 167 por 100.000 habitantes.

La situación de la malaria ha empeorado en las últimas décadas: se presentó un descenso sostenido en las décadas del cuarenta y sesenta, con el cual se llegó a una tasa de 30 por 100.000 habitantes. Desde la década del setenta, sin embargo, se ha observado un incremento sostenido, sobre todo en la última década, y se ha alcanzado tasas superiores a 800 por 100.000 habitantes después de 1995.

El sida es otro problema importante. A partir de 1983, año en el que fue reportado el primer caso, el número de casos ha crecido progresivamente. De esta manera, en 1998 se registraron 1.734 casos, con un acumulado de 8.349 casos. El número de personas infectadas con VIH es mucho mayor, y se estima que llega a 70.000.

Asimismo, debido al deterioro del saneamiento, en enero de 1991 se inició una epidemia de cólera, enfermedad que hasta ese momento era desconocida en el país. En 1991, Perú fue el país que reportó el mayor número de casos de cólera en el mundo, con 322.562 casos, 119.523 hospitalizaciones y 2.909 defunciones. En 1992, el número de casos también fue alto (239.139 casos y 886 defunciones), pero a partir de entonces la enfermedad pudo ser controlada y estas cifras empezaron a disminuir progresivamente, hasta que en 1998 se reportó el último de los casos.

Entre el resto de enfermedades transmisibles resaltan la fiebre amarilla, que se presenta como brotes epidémicos y que tuvo su brote más grave de los últimos años en 1995, con 500 casos; la peste, que se encuentra circunscrita a algunos departamentos del norte del país; la rabia humana, de la cual se presentan casos esporádicos en la selva; y el dengue, de la que hay que tener cuidado porque, luego de haber sido erradicada en 1958, volvieron a surgir brotes en 1990, que se han ido incrementando notablemente en las zonas urbanas de la costa en los últimos dos años y que no han podido ser controlados.

Morbilidad por causas no-transmisibles

En nuestro país está adquiriendo una importancia creciente la morbilidad y la mortalidad por enfermedades no transmisibles; además, se ha presentado un incremento de la morbilidad y mortalidad por agentes externos como los accidentes y la violencia.

Así, si volvemos al cuadro 1, podremos apreciar que las enfermedades del aparato circulatorio, los tumores y los traumatismos eran responsables, en conjunto, por el 40% de las defunciones entre 1994 y 1998, y estaban solo debajo de las enfermedades respiratorias en orden de importancia. La diabetes, la hipertensión arterial y la hipercolesterolemia son particularmente preocupantes dentro de este tipo de enfermedades, y presentan una mayor incidencia en las grandes ciudades.

Un importante factor de riesgo que está incidiendo en el incremento de estas enfermedades, es el sobrepeso. Aproximadamente, el 45% de la población femenina

«En las grandes ciudades, el reto urgente es desarrollar servicios para atención de adultos y poner énfasis especial en la promoción de la salud y de estilos de vida saludables»

peruana presentaba sobrepeso u obesidad en 1996. Este problema también tiene una mayor prevalencia en las ciudades. Así, por ejemplo, un proyecto del Minsa desarrollado en el distrito de Magdalena del Mar, en Lima, encontró que el 54,6% de la población femenina tenía sobrepeso (38,2%) u obesidad (16,4%), mientras que los varones los presentaban en un 64,8% (44,8% y 20%, respectivamente).

Esta evidencia muestra que las enfermedades no-transmisibles constituyen un importante problema de salud pública, particularmente en las zonas urbanas de nuestro país. Como consecuencia del incremento de la esperanza de vida al nacer, habrá mayor demanda por servicios de salud para la población adulta y de la tercera edad en los quinquenios siguientes. Las enfermedades crónicas no-transmisibles asociadas a estos grupos de edad, de no ser atendidas, generarán discapacidades y una

mala calidad de vida en su etapa final, así como también conducirán a un incremento sustantivo de los costos hospitalarios y a una mayor mortalidad.

Asimismo, es importante resaltar la alarmante y creciente magnitud de problemas por agentes externos tales como accidentes, violencia y envenenamiento. En el cuadro 1 se observa que estas causas provocaron el 10% de las defunciones registradas entre 1994 y 1998, proporción que se ha duplicado desde 1972. Estos problemas están condicionados por la escasa regulación y el poco cumplimiento de las normas existentes en la vida social. Llama la atención la poca preocupación e intervención de las autoridades de los diversos sectores del Estado en este tema.

Conclusiones

En las últimas décadas se ha producido una importante mejoría en la salud de la población peruana. No obstante, la mejoría observada en algunos indicadores presenta grandes diferencias regionales. Al mismo tiempo, ha existido un deterioro en el control de algunas enfermedades transmisibles como la tuberculosis, la malaria y el sida, que constituyeron serios problemas de salud pública, aunque en los últimos años se ha logrado detener el avance que experimentaron estas enfermedades en los quinquenios anteriores. La cobertura de atención materno-infantil, por su parte, ha tenido un lento crecimiento en las últimas tres décadas, con serias limitaciones en los ámbitos rurales, a pesar de la importante expansión de los servicios primarios de la última década.

En el contexto latinoamericano, la situación de la salud de la po-

blación peruana es bastante insatisfactoria e inequitativa en comparación con países de similar e incluso menor desarrollo económico. La situación del Perú presenta una gran heterogeneidad; existen grandes brechas según el nivel de pobreza y una gran variabilidad del perfil epidemiológico de las regiones. A grandes rasgos, se puede decir que coexisten dos escenarios epidemiológicos distintos, con tendencia a la homogeneidad en las zonas urbanas y a la gran diversidad en las rurales (principalmente por la existencia de ciertas enfermedades transmisibles).

En las grandes ciudades, donde se encuentra una mejor situación en la salud materna e infantil y una mejor cobertura de servicios, aún persiste una mortalidad neonatal elevada. En los próximos años se incrementará la población de jóvenes y adultos, con una mayor contribución a la mortalidad general por accidentes y por enfermedades no-transmisibles, como el sobrepeso, la obesidad y la hipertensión. Esto incrementará los costos hospitalarios en las próximas décadas. El reto urgente es desarrollar servicios para atención de adultos y poner énfasis especial en la promoción de la salud y de estilos de vida saludables, así como abordar la salud ambiental, principalmente orientándose al saneamiento básico y al control de la contaminación ambiental.

Por otro lado, tanto en las zonas rurales como en las ciudades medianas y pequeñas, se puede encontrar una alta mortalidad infantil y materna, así como servicios de salud materno-infantiles débiles y de escasa cobertura. Existe una alta prevalencia de enfermedades transmisibles, aunque la tuberculosis es menos importante que en las zonas más urbanizadas. El reto principal es aumentar la

« (...) tanto en las zonas rurales como en las ciudades medianas y pequeñas, el reto es aumentar la cobertura de atención del parto, y del internamiento en general, como también permitir el acceso a servicios quirúrgicos y especializados»

cobertura de atención del parto, del neonato y del internamiento en general, con servicios básicos e intermedios, como también implementar un sistema de redes con sistemas de referencia y comunicación, para permitir el acceso a servicios quirúrgicos y especializados. También se requiere desarrollar programas de salud ambiental dirigidos al control de la contaminación, al saneamiento básico y al control de vectores. Asimismo, se necesitarán programas de promoción de la salud dirigidos a lograr prácticas adecuadas de salud materno-infantil y una nutrición apropiada.

La diversidad de escenarios en la situación de salud exige un manejo descentralizado para la determinación de prioridades de salud y de la gestión sanitaria. Ello debe darse en el marco de una conducción nacional que asegure el principio de equidad. En otras pala-

bras, si bien deben existir nuevas prioridades sanitarias de alcance nacional, la heterogeneidad epidemiológica de nuestro país implica que cada región deba establecer sus propias prioridades. De manera simultánea, debe haber un proceso de análisis de la situación de salud y de priorización regional, con un monitoreo del avance en la consecución de sus resultados y metas sanitarias por parte del nivel central del Ministerio de Salud, de modo que se mantenga el criterio de equidad nacional.

Sensibilidad de la demanda por servicios de salud ante un sistema de tarifas en el Perú: ¿precio vs. calidad?¹

Martín Valdivia (GRADE)

La necesidad de reformar el sistema nacional de salud hacia una atención preferencial a los pobres, ha ganado una gran aceptación entre los diferentes grupos sociales a lo largo de la última década. Las iniquidades en el acceso a servicios médicos ambulatorios son muy fuertes y afectan las posibilidades de los individuos más pobres de acceder a una buena salud. Sin embargo, esta tarea se ve limitada por las restricciones presupuestales.

En ese marco, algunos grupos de política han planteado mejorar el acceso y la calidad de los servicios de salud en establecimientos públicos, a través del cobro de tarifas a los grupos de mayores ingresos. Además de incrementar los fondos, implementar un sistema de tarifas puede inducir a un uso eficiente de los servicios de salud públicos. Con un apropiado esquema de precios, el gobierno puede reducir el uso de hospitales para problemas de salud básicos, o el uso de servicios de salud gratuitos para grupos no focalizados.

Para que una política como esta pueda ser recomendada con confianza en un país con alta incidencia de pobreza como Perú, se necesita recopilar más evidencia empírica. Uno de los parámetros fundamentales es la elasticidad de la demanda por los servicios de salud. Si este parámetro es muy alto para los pobres, el efecto en la equidad sería letal. Si lo es también para los no pobres, entonces la capacidad de recuperación de costos se hace inviable. En cualquier caso, resulta indispensable identificar efectivamente la disposición a pagar de los individuos.

El objetivo de este documento es presentar la evidencia empírica acerca de los parámetros fundamentales para el funcionamiento de una política tarifaria en los establecimientos públicos de salud que se ubican en zonas urbanas. No se incluyeron las zonas rurales porque el proceso de decisiones de los individuos de ambas zonas difiere sustancialmente, y además porque la incidencia de la pobreza en las zonas rurales es muy alta como para implementar un sistema tarifario en ellas.

Marco teórico

El eje fundamental de una propuesta de cobro de tarifas se mueve alrededor de los supuestos acerca de la elasticidad de la demanda por servicios de salud. Si dicha elasticidad es distinta para diferentes grupos socioeconómicos (menor para los de mayores recursos) o tipos de servicios, es posible pensar que una diferenciación de precios permite una disminución en la intensidad del conflicto entre los objetivos de eficiencia y equidad en la provisión de los servicios de salud. De otro lado, si la elasticidad promedio es pequeña, se espera que un aumento de los precios en, digamos, 10%, implica una disminución de la demanda por salud proporcionalmente menor. Así, los aumentos en los precios llevarán a un aumento en los ingresos totales de los establecimientos de salud que proveen los servicios. Cuanto menor sea la elasticidad promedio en valor absoluto, mayor será la capacidad del establecimiento de aumentar sus ingresos a través de un aumento de las tarifas.

« (...) la consulta ambulatoria muestra una clara tendencia a favor de los ricos. Solo el 25% más pobre que se reportó enfermo, consultó en un establecimiento de salud formal»

Es razonable suponer que la elasticidad precio es relativamente menor, en valor absoluto, para los ricos con respecto a la de los pobres. Esta diferencia establece un criterio ético a favor de cobros diferenciados por los servicios de salud en beneficio de los pobres. Sin embargo, una persona puede estar en disposición a pagar por la atención médica para ella (o un familiar) dada la urgencia de la necesidad, pero a costa del sacrificio de otros bienes fundamentales como alimentos. La elasticidad de demanda está inversamente relacionada a la disposición de pago, pero no captura bien la ca-

1/ Resumen del documento homónimo (marzo 2001), desarrollado en el marco del concurso de investigaciones del CIES, auspiciado por ACIDI-IDRC.

pacidad de pago del individuo o de su familia. En el caso planteado, habría una alta disposición a pagar (baja elasticidad), pero la capacidad de pago sería menor. Lo recomendable sería cobrar de acuerdo con la segunda.

También hay criterios económicos a favor de la diferenciación tarifaria. El principal es que la salud de un individuo afecta el nivel de salud de los otros individuos de la sociedad (externalidad), especialmente en el caso de enfermedades transmisibles. En aquellos casos en los que estas externalidades sean muy grandes, se recomienda subsidiar ampliamente (tarifa cero) el servicio de prevención de salud. En el Perú, por ejemplo, los programas de prevención relacionados con las enfermedades transmisibles son parte de programas nacionales ampliamente subsidiados.

Estos dos criterios nos llevan a concluir acerca de la necesidad de tarifas diferenciadas por nivel de ingreso. Sin embargo, es posible argumentar que es muy difícil organizar un sistema que identifique adecuadamente a los individuos, especialmente tomando en cuenta los incentivos de los individuos a subreportar su capacidad de pago y de los funcionarios a generar mecanismos de cobro a cambio de una mejor clasificación. Aun cuando se generen mecanismos de control, su eficiencia puede ser cuestionada debido a distorsiones institucionales. En ese marco, lo relevante es evaluar si los beneficios de un sistema de identificación del nivel socioeconómico (NSE) de los beneficiarios, tomando en cuenta el nivel de sus errores, compensan los costos operativos del mismo. Estos temas, sin embargo, no se tocan aquí. Lo que hacemos como paso previo, es ver si las elasticidades estimadas generan un espacio para una política de recuperación de costos.

La utilización de servicios ambulatorios en el Perú

La tabla 1 muestra que la utilización de los servicios de consulta ambulatoria entre los que reportan una enfermedad, muestra una clara tendencia a favor de los ricos. Solo el 25% de los individuos del quintil más pobre que se reportó enfermo, consultó en un es-

tablecimiento de salud formal (excluyendo a quienes buscaron consulta médica en una farmacia o con un curandero). La misma cifra alcanza al 60% en el quintil más rico. Este patrón es similar en los diferentes cortes de la población, pero muestra una menor iniquidad en Lima, probablemente por la mayor disponibilidad de infraestructura de salud pública e información sobre la necesidad de atención médica formal.

Tabla 1

Utilización de servicios médicos ambulatorios por quintiles de gasto

	I	II	III	IV	V	Total
Enfermo ^{1/}	31,7	32,2	32,5	32,2	36,3	33,0
Atención médica ambulatoria ^{2/}	24,9	38,6	49,8	55,3	59,6	46,2
- Urbano	26,2	37,5	51,3	55,6	59,5	51,1
- Rural	24,5	40,1	45,4	52,9	60,6	35,1
- Costa	20,1	41,9	50,5	62,0	67,0	50,6
- Sierra	24,7	40,0	40,0	55,4	61,1	39,8
- Selva	27,8	35,0	43,7	49,9	61,5	39,3
- Lima Metropolitana	41,7	33,6	54,8	52,7	57,3	53,6

1/: Proporción de individuos que reportan una enfermedad durante las 4 semanas previas a la encuesta.

2/: Proporción de individuos que reportaron una enfermedad y recibieron atención médica.

Fuente: ENNIV 1997.

Elaboración propia.

La tabla 2, por su parte, muestra que el pobre usa principalmente los servicios que se ofrecen en los establecimientos públicos (más del 80%), aunque revela que la utilización de dichos establecimientos públicos es también bastante alta en los estratos más favorecidos

(66%). Este último aspecto, sin embargo, cambia sustancialmente cuando la ratio se trabaja solo con los establecimientos de mayor nivel (clínicas/hospitales). Solo el 37% de los individuos del quintil más rico se atendieron en establecimientos públicos.

Tabla 2

Utilización de servicios médicos ambulatorios por tipo de proveedor y quintiles de gasto

	I	II	III	IV	V	Global
Público	81,3	83,9	84,6	81,7	66,5	78,2
Privado	17,1	15,0	12,6	17,3	31,7	20,1

Fuente: ENNIV 1997.

Elaboración propia.

« (...) el pobre usa principalmente los servicios que se ofrecen en los establecimientos públicos, aunque la utilización de dichos establecimientos públicos es también bastante alta en los estratos más favorecidos»

El alto uso de servicios públicos por los más ricos puede relacionarse con el tipo de seguro que cada individuo posee. En efecto, los datos de la ENNIV 1997 revelan que entre las personas del quintil superior, el 36,9% cuenta con seguro público y solo el 8,8% dispone de un seguro privado. En el nivel global, solo el 22,4% de la población peruana tiene seguro médico: 18,8% posee un seguro público y solo 3,6% un seguro privado.

Dado que la utilización de los servicios de salud es distinta según el nivel socioeconómico del individuo, es importante ver el efecto de los precios o las tarifas que se cobran en los establecimientos públicos y privados. En primer lugar, debemos ver quiénes pagan. La tabla 3 reporta la proporción de la población no asegurada que paga por los servicios médicos que recibieron. Dos patrones se perciben con claridad. Primero, la conexión entre los pagos del bolsillo y NSE de los individuos está presente más allá de la elección del proveedor mismo, pero es más

clara en los establecimientos de primer nivel. Sin embargo, casi el 70% de los individuos del quintil más pobre pagó por las consultas

ambulatorias realizadas, a pesar de que casi todos estos establecimientos incluyen un tarifario con exoneraciones para los más pobres.

Tabla 3

Población que pagó consulta por tipo de proveedor de cuidado de salud y quintil de gasto (solo usuarios no asegurados)

	I	II	III	IV	V	Total
Públicos	68,8	78,8	85,9	88,5	90,0	83,8
- Hospital	88,5	76,8	81,7	89,5	90,5	86,2
- Centro de salud	64,1	79,5	88,4	87,8	89,6	82,5
Privado	71,1	78,3	75,2	83,7	87,9	83,8
- Clínica	-	-	72,8	92,6	70,6	75,3
- Centro de salud	71,1	77,5	75,5	82,8	90,5	84,8
Todos los proveedores	67,9	77,7	83,5	86,2	88,1	82,6

Fuente: ENNIV 1997.
Elaboración propia.

Lo segundo es que esta relación se mantiene aun en los establecimientos privados. Este resultado generaría dudas acerca de la posibilidad de considerar los precios reportados en la ENNIV como indicador del precio que estos pagaron por el servicio. La tabla 4 reporta la tarifa promedio que pa-

garon los no asegurados por consulta, según el tipo de proveedor y región. Estas tarifas son más altas en medios privados, y en particular, en las clínicas y en las áreas urbanas. Asimismo, estos precios son consistentes con informes de los archivos de los proveedores a los que se ha tenido acceso.

Tabla 4

Precios implícitos de la consulta ambulatoria por tipo de proveedor de salud (nuevos soles, precios octubre 1997)

	Urbana	Rural	Global
Solo usuarios no asegurados			
Público	4,03	2,71	3,58
- Hospital	4,52	4,00	4,39
- Centro de salud o base	3,63	2,20	3,05
Privado	19,14	10,15	16,24
- Clínica	23,51	21,66	23,13
- Centro de salud o base	17,48	8,84	14,50

Fuente: ENNIV 1997.
Elaboración propia.

«(...) un aumento de 1% en la tarifa, reduce en 2% la población enferma que utilizaría consulta ambulatoria . (...)ello implica aproximadamente una caída de 4% en el número de consultas»

La evidencia revisada hasta aquí sugiere que el ingreso desempeña un papel importante en la elección del individuo acerca del proveedor de servicio de salud, especialmente entre los no asegurados. Además, hace evidente la inequidad en el acceso a los servicios de salud, así como los problemas de focalización en la provisión pública de los mismos. Este panorama abre un espacio para una política tarifaria en el sistema de salud público. A continuación, pasaremos a estimar la viabilidad de dicha política.

Los datos y la estrategia de estimación

Para este estudio, proponemos combinar dos bases de datos: la Encuesta de Niveles de Vida (ENNIV) de 1997 y el Censo de Infraestructura de Salud de 1996. La ENNIV de 1997 permite obtener las características socioeconómicas de los hogares (educación, edad, género y otras características de los miembros, ingreso del hogar y gas-

tos, ahorros, empleo, entre otros), pero además incluye información relacionada con la salud. En efecto, esta encuesta cuenta con información sobre enfermedades crónicas, número de días enfermo, utilización de cuidado médico profesional por tipo de profesional e institución. Además, incluye datos que pueden utilizarse como indicadores de la accesibilidad a los servicios de salud, como por ejemplo el tiempo gastado para llegar al centro de salud, tiempo de espera antes de la atención, así como gastos pagados en consulta, hospitalización y medicamentos. La concentración de este estudio en las consultas ambulatorias se basa en el escaso número de casos que reportan gastos en hospitalización y medicinas.

De otro lado, el Censo en Infraestructura de Salud de 1996 incluye información para cada proveedor sobre el número de profesionales de salud, camas y cuartos funcionando, la disponibilidad de servicios importantes, entre otros rasgos. El Censo incluye todos los proveedores públicos y privados de servicios de salud, salvo por los médicos independientes. Estos datos sirven como indicadores de la calidad de los servicios que se brindan en los respectivos establecimientos. La referencia geográfica se usa para unir esta base de datos con la de la ENNIV de 1997.

En cuanto a los modelos econométricos analizados para entender el proceso de decisiones de los individuos acerca del tipo de tratamiento médico necesario, la idea principal es estimar un modelo que tenga a la utilización de servicios de salud como variable dependiente. En un primer caso, se estima un modelo que determina si el individuo buscó una consulta ambulatoria con un médico o en un establecimiento de salud. En un segundo caso, se busca distinguir

por tipo de proveedor, ya sea público o privado.

Determinantes de la utilización de servicios médicos ambulatorios

En la estimación del primer modelo se encontró que los efectos de la educación del individuo y del nivel socioeconómico (gasto per cápita) son positivos y significativos. El efecto de la edad es positivo y creciente, pero solo es significativo para aquellos mayores a cincuenta años. El efecto estimado del género sugiere que las mujeres se atienden más que los hombres, una vez que están enfermos.

Lo más importante es que el efecto de las tarifas se muestra claro y significativo. Las estimaciones permiten calcular una elasticidad de $-0,02$, la que es bastante alta. Dicha elasticidad implica que un aumento de 1% en la tarifa, reduce en 2% la proporción de la población enferma que utilizaría un servicio de consulta ambulatoria. Siendo la tasa de consulta de 0,51 (ver la tabla 1), ello implica aproximadamente una caída de 4% en el número de consultas. En otras palabras, una elasticidad de $-0,02$ tiene un efecto negativo más que proporcional sobre la utilización de los servicios, lo que plantea una realidad negativa para una política de recuperación de costos que se base en el aumento de las tarifas que se cobran a los usuarios.

Asimismo, el efecto ingreso (gasto) también resulta positivo y muy significativo en la decisión del individuo de buscar cuidado médico, y está asociado a una elasticidad ingreso de 0,08. Es decir, un aumento de 1% en el gasto per cápita de los individuos lleva a un aumento de 8 puntos porcentua-

les en la probabilidad que un individuo utilice los servicios médicos ambulatorios cuando se enferme.

Por otro lado, cada una de las variables de infraestructura distrital de salud aparece como fuertemente significativa, aunque sus efectos parecen poco importantes. Estos resultados revelan que no hay información relevante distinta en los diferentes indicadores de infraestructura de salud: los indicadores de acceso y los indicadores objetivos de calidad. Ello nos sugiere que estos indicadores de calidad, o no son buenos como tales o están muy correlacionados con la accesibilidad, antes que con la calidad, de los servicios en cada establecimiento de salud. En lo que sigue del análisis, se trabaja con un modelo que solo incluye a la variable de establecimientos per cápita en el distrito.

En conclusión, las estimaciones sugieren que el ingreso familiar, las tarifas y la accesibilidad de los establecimientos de salud desempeñan un papel importante como determinantes de la decisión de los individuos de buscar atención médica. En cuanto a las tarifas, sin embargo, hay que recordar que la conveniencia de una política tarifaria basada en la recuperación de costos depende no solo del nivel promedio de la elasticidad, sino también de las diferencias en la elasticidad precio por nivel de ingreso.

Sin embargo, cuando analizamos por nivel de ingreso, los resultados obtenidos no apoyan la hipótesis de diferencias significativas por NSE en las elasticidades tarifa e ingreso. Este hecho es muy importante porque establece otra restricción fundamental en la viabilidad de una política tarifaria como mecanismo de recuperación de costos en los establecimientos de salud. Además, las elasticidades precio que se obtienen son algo

mayores que las obtenidas anteriormente: la elasticidad ingreso resultante es de 0,07 y la elasticidad precio es de $-0,047$.

Diferenciando entre proveedor público y privado

Se estimó un segundo modelo en el que se intentó determinar la elección del individuo en cuanto a su tratamiento. Las opciones del individuo que se consideraron fueron tres: atención en establecimiento público, atención en establecimiento privado y, finalmente, bien o auto-tratamiento. Esta última opción se refiere a los casos en que el individuo no reporta enfermedad o sí la reporta, pero no utiliza atención médica formal. La decisión final del individuo al elegir cualquiera de las opciones, desde luego, depende tanto de sus características individuales como de las características de cada una de estas tres opciones.

Los resultados para la decisión de buscar atención médica en establecimientos públicos son particularmente interesantes. En primer lugar, hay que destacar que la educación, la edad y género del individuo son altamente significativos y muestran las mismas tendencias encontradas anteriormente; es decir, una mayor educación del individuo eleva la probabilidad que este busque atención médica en el sector público. Lo mismo ocurre con la edad, y el efecto es creciente con la edad.

Por otro lado, un mayor NSE reduce la probabilidad de atenderse en establecimientos públicos y eleva la probabilidad de atenderse en establecimientos privados. En cuanto al efecto tarifa, las tarifas que cobran los establecimientos públicos afectan negativamente la

decisión de utilizar los servicios públicos, pero fundamentalmente para el tercio superior. Este resultado sería consistente con la idea que los individuos de mayor NSE tienen una mayor elasticidad, en cuanto ellos tienen más accesible la alternativa del proveedor privado. Tal hecho es una muy mala noticia para la política de recuperación de costos en los establecimientos públicos, que se basa en el aumento de las tarifas para los grupos con mayor NSE. Sus efectos en el acceso a los servicios ambulatorios de salud de los más pobres sería menor.

Asimismo, es importante notar que la elasticidad implícita para los servicios de salud en establecimientos públicos, es bastante más alta que la obtenida anteriormente. En efecto, la elasticidad precio de la demanda en establecimientos públicos es $-0,128$ para el tercio superior y la cruzada para el tercio inferior es $0,087$. En otras palabras, la sensibilidad de la demanda en los establecimientos públicos es muy fuerte para el tercio superior, lo que quiere decir que si se le cobrara a este grupo, dejaría de atenderse en establecimientos públicos para ir a establecimientos privados. Este aspecto es tam-

« (...) un mayor NSE reduce la probabilidad de atenderse en establecimientos públicos y eleva la probabilidad de atenderse en establecimientos privados »

«(...) el principal efecto de una política de tarifas podría ser el desvío de la demanda de proveedores públicos hacia proveedores privados»

bién negativo para la política de recuperación de costos a través del aumento de las tarifas en los establecimientos públicos, más aun si consideramos que las elasticidades que se obtienen a partir del análisis de corte transversal, como el que aquí se presenta, están regularmente subestimadas.

En conclusión, el modelo encuentra que la principal variable que explica la decisión del individuo acerca del tipo de proveedor de salud a consultar es la variable NSE. El efecto de la variable tarifa es bastante más alto cuando se distingue por tipo de proveedor, especialmente para los no pobres. Ese es uno de los principales problemas que enfrenta la política de recuperación de costos: que la elasticidad es aún más alta, en valor absoluto, para aquellos individuos con mayor NSE. Ello reduce la efectividad de la elevación de las tarifas para aumentar los ingresos de los establecimientos públicos, en cuanto lo que genera es un desvío de la demanda hacia los proveedores privados. Además, cualquier error de pretender cobrar a los pobres tendría un impacto fuerte sobre la equidad en el acceso a los servicios de salud.

Conclusiones

El análisis de la evidencia empírica corrobora las iniquidades en el acceso a los servicios de salud y los fuertes errores de focalización asociados a los subsidios públicos en las consultas ambulatorias. Al mismo tiempo, encuentra diferencias significativas en la elasticidad precio para la demanda por servicios de salud en establecimientos públicos, indicando que es mayor para los grupos de mayor NSE. En principio, este punto juega a favor de la política. No obstante, estas elasticidades son bastante más altas cuando se consideran las diferencias por tipo de proveedor (público/privado), planteando que el principal efecto de una política de tarifas podría ser el desvío de la demanda de proveedores públicos hacia proveedores privados, impidiendo así que sea útil para el objetivo de recuperación de costos. En todo caso, los resultados también sugieren que un efecto positivo de la calidad sobre la demanda podría ampliar el espacio para una política de cobro de tarifas por los servicios de salud en los establecimientos públicos.

Algunas otras conclusiones preliminares fueron las siguientes. En primer lugar, la utilización de servicios médicos en el Perú está fuertemente concentrada en los individuos con un nivel socioeconómico más favorable, aun en los casos que estos son provistos por el sector público, y especialmente en el caso de los servicios hospitalarios. Por otro lado, el NSE de los individuos es el principal determinante de la decisión del individuo acerca del tipo de proveedor de servicios de salud ambulatoria a utilizar, especialmente cuando se separa el análisis por tipo de proveedor. Finalmente, el precio de los servicios de atención médica afecta negativamente la utilización de servicios médicos de la pobla-

ción, públicos y privados, por parte de los adultos en zonas urbanas.

En términos de la agenda futura de investigación, es muy importante poder analizar el impacto de otros indicadores, objetivos y subjetivos, del estado de salud del individuo, en las decisiones de tratamiento médico. También evaluar la posibilidad de incluir preguntas que permitan medir la calidad subjetiva de los servicios que se prestan, probablemente a través del nivel de satisfacción de los usuarios en los establecimientos de salud. Sin embargo, es necesario que dicha información se recoja para una muestra que no se restrinja a los usuarios efectivos del servicio. Una alternativa sería utilizar los módulos comunales para obtener este tipo de información.

Finalmente, habría que evaluar si se obtienen las mismas conclusiones (altas elasticidades de demanda por servicios ambulatorios) cuando se analiza la demanda por seguros. Una de las ventajas es que la identificación del nivel de capacidad de pago del individuo es mucho menos onerosa por caso atendido y se tiene menos premura para su determinación. Sin embargo, los conocidos problemas de selección adversa exigen que este sistema de seguro sea compulsivo. De lo contrario, los individuos más proclives a enfermarse serán los más incentivados a suscribirse, afectando la sostenibilidad del sistema en el largo plazo.

La relación existente entre la mortalidad infantil y las variables demográficas y sociales ha sido ampliamente analizada en la literatura. Sin embargo, la relación entre mortalidad infantil y acceso a servicios de salud ha recibido menor atención. Incluso, se han producido sesgos en los resultados obtenidos por muchas investigaciones que consideran las variables ligadas al acceso a servicios de salud como exógenas al modelo, aun cuando estas variables forman parte de las decisiones del hogar.

En esta investigación se analizan los determinantes de la mortalidad infantil enfatizando su relación con el acceso a servicios de salud, medido a través de la atención del parto por profesionales de salud. La mortalidad infantil se encuentra en función de variables del hogar, de la madre, del niño y del acceso a servicios de salud. A su vez, el acceso a servicios de salud está en función de las variables individuales y del hogar, así como de variables tales como acceso al seguro médico e infraestructura en salud en el nivel distrital.

La metodología utilizada consistió en una estimación en dos etapas. En la primera se estiman los determinantes del acceso al servicio de salud y, así, se predice la probabilidad de atención. Luego se analizan los determinantes de la mortalidad infantil, incluyendo la probabilidad de atención predicha controlando por el efecto de endogeneidad. Ello permite estimar la tasa de riesgo o la probabilidad no condicional de morir.

La mortalidad infantil

En la última década, la inversión social en el Perú destinada al sector salud se ha incrementado paulatinamente. Mientras que en 1991 el gasto social en el sector representó el 3,9% del gasto total del gobierno, hacia 1996 había dado un gran salto, hasta el 8,4%.

Sin embargo, no se han observado avances significativos en los indicadores de desarrollo humano (IDH), como la tasa de mortalidad infantil, lo que refleja la poca expansión de las capacidades de los individuos. Así, de acuerdo con la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES, 1996), la tasa de mortalidad infantil se redujo de 57 muertes por cada mil nacidos vivos entre 1986 y 1991, a 42 muertes por cada mil para el período 1991-1996.

Pero la mortalidad infantil en el Perú no es solo un problema de magnitud, sino también una cuestión que afecta de manera desigual a las zonas urbanas y rurales, a las diferentes regiones del país y a los diferentes estratos socioeconómicos (ver el gráfico 1). A pesar de que entre 1991 y 1996 se redujo tanto en las zonas urbanas (de 40 a 29 por mil) como en las rurales (de 80 a 62 por mil), la brecha entre ellas aumentó ligeramente. Más notables son las diferencias entre las regiones: la tasa de mortalidad infantil en la sierra (69 por mil) es tres veces mayor que la registrada para Lima Metropolitana (23 por mil); y en los departamentos como Huancavelica y Apurímac (109 por mil), presenta niveles cercanos a los regis-

«(...) la tasa de mortalidad infantil en la Sierra (69 por mil) es tres veces mayor que la registrada para Lima Metropolitana (23 por mil); y en los departamentos como Huancavelica y Apurímac (109 por mil), presenta niveles cercanos a los registrados en Uganda y Camboya»

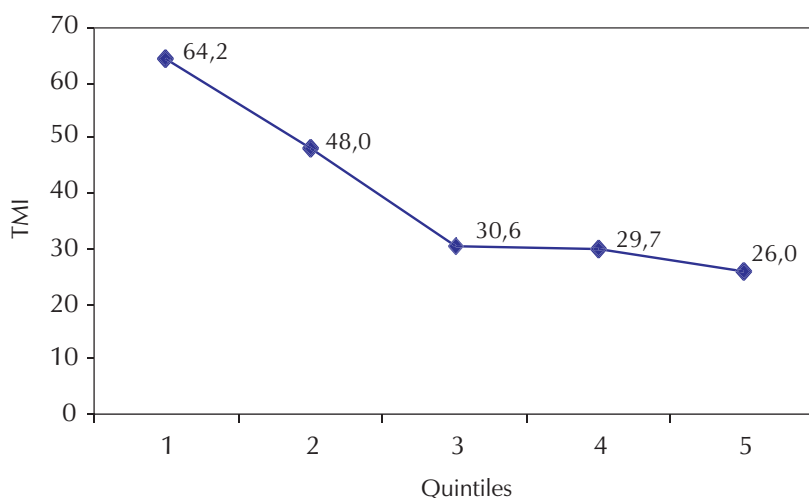
trados en Uganda y Camboya. Finalmente, se puede apreciar que la mayor incidencia de muertes infantiles se presenta en los estratos de ingresos inferiores: dos tercios de las muertes infantiles ocurren en el 40% de los hogares más pobres del Perú.

Si se analizan las principales causas de muerte infantil en el Perú, se observan diferencias importantes de acuerdo con la edad de los niños (ver el gráfico 2). En el pri-

1/ Resumen del libro homónimo, Lima: CIES-GRADE, junio 2001. La investigación fue auspiciada por ACIDI-IDRC.

Gráfico 1

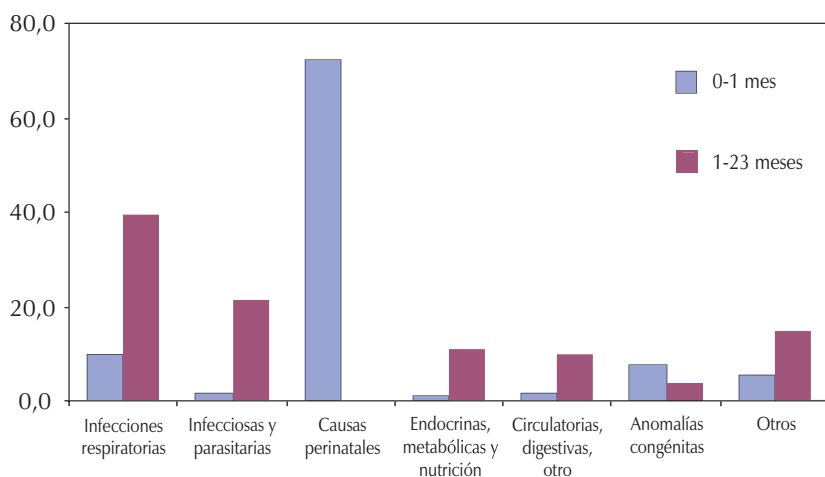
Tasa de mortalidad infantil según quintiles
(muertes por cada mil nacidos vivos)



Fuente: Banco Mundial.

Gráfico 2

Principales causas de muerte infantil, 1994-1998
(en porcentaje)



Fuente: Estadística del Ministerio de Salud.
Elaboración propia.

mer mes de vida se producen decesos relacionados principalmente con causas perinatales, mientras que a medida que transcurre el tiempo, los factores no biológicos (como las enfermedades resultan-

tes de la falta de acceso a servicios de salud, el cuidado deficiente de los niños y la falta de una alimentación adecuada) se convierten en las más importantes causas de muerte infantil.

«(...) la tasa de mortalidad infantil asociada a madres sin educación es de aproximadamente 64 muertes por mil, cifra que se reduce a 25 por mil si la madre tiene educación superior»

Principales resultados de la investigación

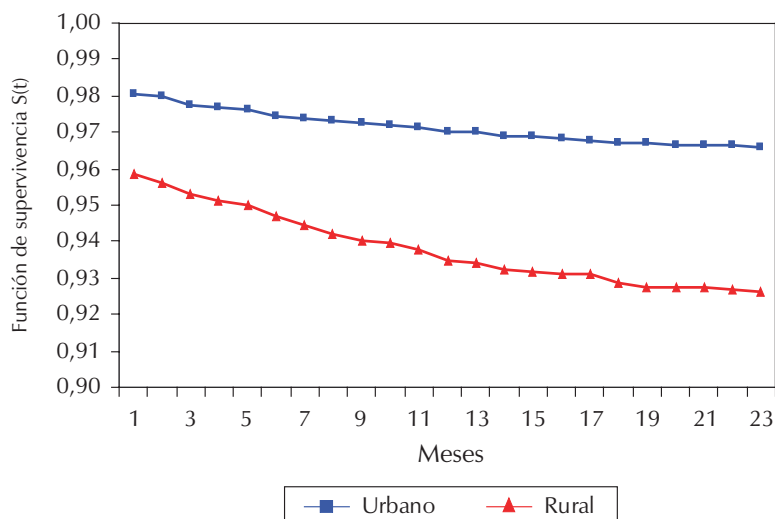
En el primer modelo se estimó una función de supervivencia, definida como una distribución acumulativa de la probabilidad de supervivencia. En otras palabras, la función de supervivencia indica la proporción acumulativa de la muestra que sigue viva en el período "t" respecto del total de niños que sobreviven hasta ese período.

Área de residencia, nivel educativo y edad de la madre

Si se observa la función de supervivencia según el área de residencia, se encuentra que los niños que viven en áreas rurales presentan una función de supervivencia que desciende de manera más rápida que la de aquellos que viven en áreas urbanas. Es decir, la duración de vida para los que viven en áreas urbanas es mayor con respecto a aquellos que viven en áreas rurales, tal como se observa en el gráfico 3.

Gráfico 3

Función de supervivencia según área de residencia



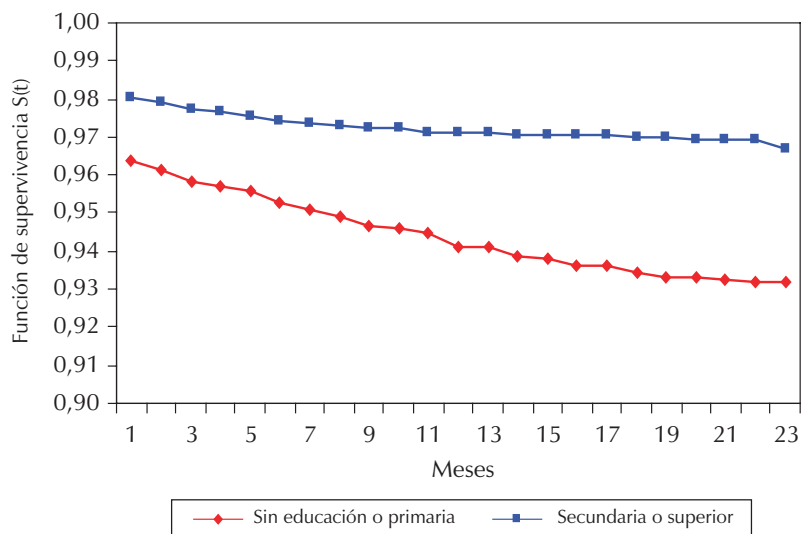
Fuente: Endes 1996.
Elaboración propia.

Además, en cuanto al nivel educativo, se pudo encontrar que la tasa de mortalidad infantil asociada a madres sin educación es de aproxi-

madamente 64 muertes por mil, cifra que se reduce a 25 por mil si la madre tiene educación superior, lo cual se confirma en el gráfico 4.

Gráfico 4

Función de supervivencia según nivel educativo de la madre



Fuente: Endes 1996.
Elaboración propia.

Por otro lado, se observó una relación en forma de "J" entre la tasa de mortalidad infantil y la edad de la madre al nacimiento del niño, con menores tasas de supervivencia en el caso de las mujeres adultas. Esta forma de la curva se debe, por un lado, a prácticas de salud inadecuadas, baja utilización de servicios de salud y un menor control de la fecundidad en el caso de las mujeres de edad temprana. Por otro lado, en el caso de las madres de edad avanzada, la alta tasa de mortalidad infantil se ve afectada por la influencia de factores biológicos (como una mayor predisposición a hipertensión o diabetes, e hijos con mayor probabilidad de nacer con anomalías congénitas).

Acceso a servicios de salud y atención en el parto

En el Perú, el 51% de los partos fue atendido por profesionales de salud (30% por un médico y 21% por una obstetriz). En las zonas urbanas el porcentaje aumenta a 79%, mientras que en las rurales se reduce hasta un peligroso 17% (en este caso, 38% fue asistido por una partera y 37% por un familiar).

Uno de los mecanismos más eficaces para reducir los índices de mortalidad a partir del embarazo es una adecuada atención en el parto, ya que reduce el riesgo de morir por infecciones o por problemas en el embarazo no detectados a tiempo. Así, la tasa de mortalidad infantil, en el nivel nacional, asociada a madres que fueron asistidas por un profesional de salud llega a las 28 muertes por mil, cifra que aumenta hasta un 71 por mil, si el parto fue asistido por un familiar. Además, como se aprecia en el gráfico 5, los niños cuyas madres fueron asistidas en el parto por un profesional de salud pre-

«(...) la tasa de mortalidad infantil asociada a madres que fueron asistidas por un profesional de salud llega a las 28 muertes por mil, cifra que aumenta hasta un 71 por mil si el parto fue asistido por un familiar»

sentan una función de supervivencia que desciende más lentamente en comparación con aquellos cuyas madres no recibieron atención especializada. Todo esto confirma la importancia del acceso a servicios de salud.

El segundo método de estimación permitió determinar que las variables que más afectan la decisión de parto con un profesional de salud son: el nivel de educación de la madre, la lengua materna y la infraestructura de salud en el distrito. En efecto, la probabilidad de que un profesional asista el parto de una mujer con educación superior aumenta, respecto de una mujer sin educación, en 22% y 33% para áreas urbanas y rurales, respectivamente. Asimismo, las mujeres cuya lengua materna es el castellano, tienen una mayor probabilidad de atenderse con un profesional de salud que aquellas mujeres de habla aymara o quechua, las cuales enfrentan mayores restricciones socioeconómicas y barreras culturales que acentúan el temor o la desconfianza hacia los médicos y obstetras. Finalmente, una mayor infraestructura médica per cápita en el distrito de residencia, como es lógico, aumenta la probabilidad de atención en el parto con un profesional de salud.

Asimismo, los resultados obtenidos en la estimación de los determinantes de la mortalidad infantil permiten concluir que la edad de la madre, el intervalo entre nacimientos, el orden de nacimiento y el acceso a servicios de salud, son las variables que más influyen en el comportamiento de la mortalidad infantil en el Perú. Finalmente, los resultados muestran que existe una subestimación significativa del efecto positivo y del nivel de significancia estadística de la variable atención al parto, cuando se le considera como variable exógena al modelo.

Conclusiones

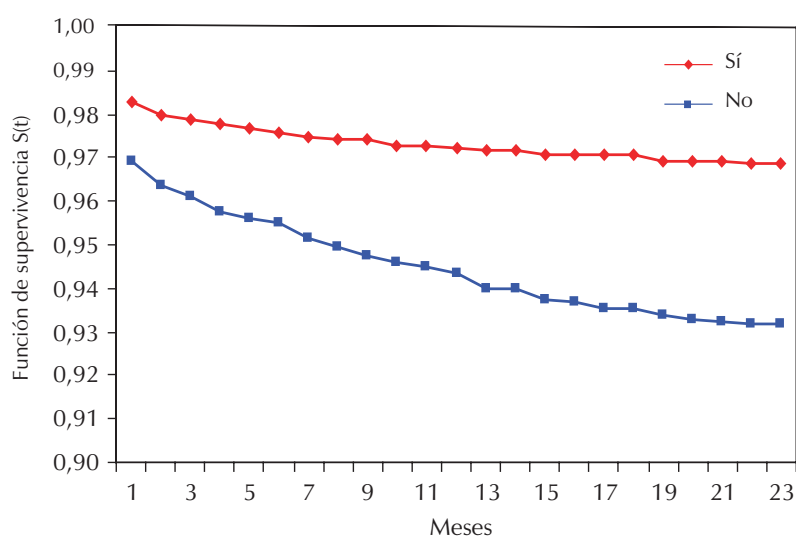
La evolución de la mortalidad infantil durante la última década presenta una dinámica compleja. Por un lado, la tasa de mortalidad infantil muestra una reducción favorable en el ámbito nacional. Pero, por otro, aún se observan significativas disparidades entre las zonas urbana y rural, así como entre las regiones naturales.

Solo el 51% del total de partos en el Perú se realiza con la asistencia de un médico u obstetra. Aquí, nuevamente, son notables las diferencias entre las zonas urbanas y rurales, donde el 79% y 17% de los partos, respectivamente, cuentan con la asistencia de un profesional de salud. Esta enorme diferencia responde tanto a factores de demanda (bajo nivel educativo de las gestantes, existencia de barreras culturales, etc.) como a factores ligados a la oferta (diferencias en la infraestructura de servicios de salud, costos de acceso, etc.).

La estimación permitió establecer que las variables que explican la atención del parto con un profesional de salud son: el nivel de educación de la madre, la lengua materna, los activos del hogar, la

Gráfico 5

Función empírica de supervivencia, según asistencia en el parto con profesional de salud



Fuente: Endes 1996.
Elaboración propia.

«(...) son notables las diferencias entre las zonas urbanas y rurales, donde el 79% y 17% de los partos, respectivamente, cuentan con la asistencia de un profesional de salud»

condición de asegurada de la madre y la infraestructura de salud en el distrito. Es importante destacar que los resultados revelan que la remoción de las restricciones ligadas a educación y niveles de bienestar entre las familias de zonas rurales tendrá un impacto positivo, aun cuando existan restricciones culturales. Al mismo tiempo, la importancia de la variable acceso a medios de comunicación indica que las campañas orientadas a informar sobre salud reproductiva tendrán un efecto positivo, especialmente en las áreas rurales.

Por su parte, las variables que afectan significativamente la mortalidad infantil son: la educación de la madre y su edad al nacimiento del niño, el intervalo entre nacimientos, el número de hijos y el acceso a servicios de salud. La edad de la madre muestra un comportamiento particular, pues no es lineal: el riesgo de morir de los niños cuyas madres son jóvenes es alto. Sin embargo, el riesgo asociado a las mujeres de edad avanzada lo es aún más. Por eso, las campañas de salud reproductiva y pla-

nificación familiar no solo deben estar dirigidas a la población más joven, sino también a mujeres de mayor edad.

Finalmente, los resultados refuerzan la importancia de promover el grado de información que maneja el hogar con respecto a temas de salud materno-infantil, tanto entre mujeres jóvenes como entre las mayores, y con especial énfasis en las áreas rurales. Asimismo, es necesaria la capacitación de personal no médico (promotores en salud y parteras) para las zonas rurales, donde el acceso a personal e infraestructura médica es limitado por la existencia de factores culturales y económicos.

Culpa y coraje: historia de las políticas sobre el VIH/Sida en el Perú¹

Marcos Cueto (UPCH)

En 1983, aproximadamente dos años después de que surgió en Estados Unidos, apareció el primer caso de sida en el Perú. La desconocida y terrible enfermedad significó un doble reto para los científicos, los médicos, los especialistas en salud y para la población peruana en general: se trataba de una enfermedad sobre la que no se conocían medios de diagnóstico, tratamientos, formas de prevención o políticas específicas. Además, el sida apareció ligado a la discusión sobre la sexualidad, tema que era considerado como privado y difícilmente tratado en público. Debido a estos factores, los primeros estudios y acciones del Estado contra el sida tuvieron que enfrentar los retos derivados de los misterios biológicos y médicos, y del estigma social hacia grupos e individuos marginados de la sociedad.

Confirmando la epidemia en el Perú

La primera etapa de la historia del VIH/Sida en el Perú cubre los años de 1983 hasta 1987. El proceso inicial de recepción y respuestas al sida integró la influencia de los conocimientos, herramientas y estigmas elaborados en el Perú y en el extranjero, la historia natural de la enfermedad y el contexto histórico y social del país. Se concebía a la enfermedad como un problema estrictamente médico y científico, inesperado y de alcance limitado, que no tenía una relación directa con las condiciones sociales particulares o con las culturas y prácticas sexuales del país. A pesar de que por esos años la Organización

Mundial de la Salud (OMS) presentaba al sida como la combinación de tres tipos de epidemias: la biológica, la clínica y la de las reacciones sociales, los primeros esfuerzos hechos en el Perú se limitaron a las dos primeras dimensiones de la enfermedad.

Los primeros estudios de los médicos de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, señalaron que el sida se inició en el Perú entre varones homosexuales que habían adquirido la enfermedad en el exterior por la vía de transmisión sexual. A partir de esto, se realizaron una serie de investigaciones a grupos de población en el país que se consideraban más expuestos a la infección: homosexuales, bisexuales y trabajadoras sexuales registradas y clandestinas. Los resultados que arrojaron los estudios hicieron nacer en el imaginario colectivo peruano la asociación entre el sida, la homosexualidad, la promiscuidad y lo extranjero.

La aparición de los primeros casos, el desarrollo de las primeras investigaciones y la resonancia que en los medios de comunicación locales iba adquiriendo la epidemia, llevaron a que se tomen las primeras medidas oficiales con respecto al sida. En noviembre de 1985, se formó una Comisión Oficial. Como en la práctica no desarrolló muchas actividades, en los siguientes años, la iniciativa sobre la enfermedad partió de un pequeño grupo de médicos y científicos. En 1987, cuando el sida ya había atacado a por lo menos 31 personas, la Comisión Oficial fue sustituida por dos organismos: la Comisión Técnica de Certificación, Calificación y Registro y el Progra-

«(...) los primeros estudios y acciones del Estado contra el sida tuvieron que enfrentar los retos derivados de los misterios biológicos y médicos, y del estigma social hacia grupos e individuos marginados de la sociedad»

ma Nacional Multisectorial para la Prevención y Control del Sida. El primero de estos organismos se encargaba de evaluar, hacer estadísticas y seguir la evolución de los casos de sida en el país. El segundo tuvo como objetivo educar, asistir y evaluar los casos de VIH/Sida, así como controlar y restringir las transfusiones sanguíneas y educar a la población sobre las medidas de prevención. Tanto la comisión como el programa tuvieron poca capacidad proactiva en el terreno de la prevención.

1/ Resumen del libro homónimo, Lima: CIES-UPCH, agosto 2001. La investigación fue auspiciada por ACIDI-IDRC.

«(...) a pesar de tener que ocuparse de una enfermedad cuya prevención tenía una alta connotación educativa y cultural, el Pecos nunca pudo coordinar con otros ministerios»

Las medidas que anunciaron ambos organismos nunca se llevaron adelante. Los problemas de la comisión y del programa se encontraban al interior del mismo gobierno y se traducían en la falta de respaldo político, y en los argumentos en contra de la asignación significativa de recursos del Estado a la lucha contra el sida. Por un lado, no se consideraba que el sida fuese una prioridad política porque la enfermedad contaba con una tasa baja de morbilidad en comparación con las infecciones respiratorias agudas (IRA) y con las enfermedades diarreicas agudas (EDA). Asimismo, la intensidad con la que el sida aquejaba al país en esos años era mucho menor a la que existía en otros países de Latinoamérica, como Haití, Brasil y México. La falta de apoyo político y económico al trabajo oficial contra el sida durante esos años, también fue consecuencia de la inexistencia de organizaciones de homosexuales que lideraran la lucha contra la enfermedad, como sucedió en Estados Unidos, y de organizaciones no gubernamentales (ONG) dedicadas a temas de

salud sexual y reproductiva. El silencio y el temor surgieron como respuesta pública ante una enfermedad de connotación sexual.

Independientemente de los esfuerzos del gobierno peruano, existió una institución que desempeñó un papel fundamental en los primeros años de sida en el país: el Instituto Médico Naval de Investigaciones de Estados Unidos, NAMRID (Navy Medical Research Institute Detachment). A finales de 1985, el NAMRID, que realizaba estudios similares en distintas partes del mundo, inició en el Perú un extenso estudio de prevalencia del VIH en muestras de sangre tomadas de sectores de la población peruana considerados en “riesgo” de contraer la enfermedad y de aquellos que no se consideraban dentro de tal grupo. El NAMRID contó con la participación del Ministerio de Salud, de los principales hospitales de Lima y de provincias, y de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Dado que las pruebas del NAMRID revelaron que existían serias deficiencias en el sistema de donación de sangre y en el control de los bancos de sangre en los hospitales del país, uno de los efectos del estudio de esta institución fue que mejoró el cuidado y control en estas áreas.

La ilusión del control: el Pecos

La segunda etapa de las políticas del Estado con respecto al sida se inicia con la creación del Programa Especial de Control del Sida (Pecos), a fines de 1988, y se prolonga hasta 1996. El Pecos tenía como objetivos: programas y difusión en el nivel nacional de las medidas de prevención y control del VIH, tratar a los pacientes y promover la intervención multisectorial para combatir la enfermedad.

El programa apareció cuando el sida empezó a ser una preocupación de los gobiernos de los países industrializados y de las agencias de salud internacionales. La OMS, fundamentalmente, promovía una serie de medidas, como formar programas especializados en todos los países, elaborar planes de mediano y largo plazo, y explicar al público las formas en que se transmitía la enfermedad. La Organización Panamericana de la Salud (OPS), por su parte, publicó y difundió una serie de trabajos acerca del sida. Estas medidas tuvieron cierto impacto en el Perú.

Durante los años en los que el Pecos dirigió la lucha contra el sida, la enfermedad creció rápidamente en el país: en 1988 se registraron 177 nuevos casos de sida y para 1996, la cifra se había elevado a 1.187 enfermos. A pesar de estas cifras, este período también se caracterizó por la escasez de recursos de las autoridades sanitarias peruanas y por el apoyo político precario a las acciones oficiales. Una de las características principales del Pecos fue su débil fuerza institucional, que se manifestó en el frecuente cambio de sus directores. Por otro lado, a pesar de tener que ocuparse de una enfermedad cuya prevención tenía una alta connotación educativa y cultural, el Pecos nunca pudo coordinar eficazmente sus actividades con otros ministerios fuera del de salud. A las dificultades anteriores se sumaron la duplicación de esfuerzos y la fragmentación institucional dentro del mismo Estado. La denominación “especial” del programa significó, en la práctica, un financiamiento extra presupuestario del Ministerio de Salud, básicamente a través de fondos de cooperación externa.

Hacia 1990, se promulga la Ley 25257, que tenía como objetivos prevenir y luchar contra el sida. Sin

embargo, en la realidad, la ley resultó ser discriminatoria y atentaba contra los derechos fundamentales relativos a la intimidad y dignidad del ser humano. La Ley 25257, sin respetar la confidencialidad de las pruebas y el consentimiento informado del paciente, estableció la obligatoriedad de realizar el examen serológico de detección del sida para ciertos grupos de personas, como las poblaciones consideradas en condición de "riesgo". Si bien la ley nunca fue cumplida en su integridad, ella alentó actitudes discriminatorias en diversos centros laborales, donde los propietarios exigían el despistaje de sida a sus trabajadores.

En esta etapa se da la emergencia de ONG dedicadas al sida. La Asociación Benéfica Prisma y el Instituto de Medicina Tropical "Daniel A. Carrión" de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, desarrollaron el Programa de Diagnóstico Confidencial y Consejería en Enfermedades Virales (Prodiv). Este programa tenía como objetivos reducir la incidencia de la infección por VIH y de otras enfermedades de transmisión sexual (ETS), promover el uso del condón, incrementar el conocimiento con respecto al sida, proporcionar pruebas de despistaje de VIH y brindar servicios ginecológicos. Asimismo, Prisma y el Movimiento de Homosexuales de Lima (MHOL) realizaron otro valioso proyecto con el financiamiento de la Agencia Interamericana del Desarrollo de Estados Unidos (USAID). Mediante este programa se organizaron talleres sobre sexo seguro y consejería, y se estableció, además, un servicio de respuestas a llamadas telefónicas. Estos programas fueron importantes porque educaron a sectores de la población sobre lo que es el sida, las vías de transmisión de la enfermedad y los modos de prevenirla, y porque abrieron es-

pacios en algunos colegios y familias para dialogar sobre estos temas.

Por otro lado, la ONG Vía Libre se propuso atender, proteger y defender a las personas viviendo con VIH/Sida, informar a la población sobre la realidad de la enfermedad y capacitar al personal de salud para lidiar con los enfermos del sida. Con el tiempo, Vía Libre brindó asistencia médica ambulatoria, servicios de consejería familiar, nutricional, pre y posexámenes, y administró un servicio de drogas como la Zidovudina, que disminuía la cantidad de VIH y permitía cierta restitución del sistema inmunológico. Asimismo, los miembros de Vía Libre realizaron importantes investigaciones sobre la enfermedad. El trabajo de esta ONG se transformó en una defensa de los derechos humanos de los enfermos del sida.

Durante los últimos años del Pecos, y con el aumento del número de mujeres y niños entre los infectados del VIH/Sida, se mejoró la vigilancia epidemiológica, la consejería a los pacientes y a las personas que se tomaban las pruebas, la supervisión de los bancos de sangre, la comunicación social, la investigación promovida desde el Estado y lo que se empezó a denominar el "mercadeo del condón" en los medios de comunicación. Para ese entonces, se percibía a la enfermedad como una emergencia que podía afectar a cualquier persona.

Buscando la integración: el Procetss

Hasta febrero de 1996, se habían registrado oficialmente 3.994 casos en el Perú de personas viviendo con Sida. Sin embargo, se estimaba que el número real debía

«Hasta febrero de 1996, se habían registrado oficialmente 3.994 casos(...). Sin embargo, se estimaba que el número real debía estar entre 7.000 y 10.000 enfermos»

estar entre 7.000 y 10.000 enfermos, y que el número de infectados por el VIH se encontraba entre 50.000 y 70.000 personas. El 21 de febrero de 1996, una resolución ministerial creó el Programa Nacional de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y Sida (Procetss). El Procetss dirigió su atención principalmente a los adolescentes, hombres y mujeres de Lima y de las principales ciudades del interior.

A comienzos de este período, se aprobó un moderno instrumento normativo cuidadosamente elaborado que brindaba identidad, herramientas y perspectiva a los funcionarios del Estado que trabajaban en esta área, y que anunciaba coordinaciones entre el Ministerio de Salud, las ONG y las universidades: *Doctrina, normas, y procedimientos para el control de las ETS y el Sida en el Perú*. Entre los otros documentos valiosos para el trabajo en salud que se crearon en esta etapa, se encuentran: *Doctrina, normas y procedimientos del programa nacional de hemoterapia y bancos de sangre*;

«La cifra del presupuesto destinado a combatir el sida (...) en 1999, alcanzó los US\$ 6.450.000. Sin embargo, aun entonces, se consideraba insuficiente»

Guía nacional de Consejería en ETS/VIH/Sida; Guía nacional de Manejo de casos de ETS; Guía Nacional de atención integral del paciente con infección VIH/Sida; y, Guía nacional del manejo del niño infectado por el virus de inmunodeficiencia humana.

El 19 de junio de 1996 se promulga la Ley 26626. En esta ley, que significó un avance con respecto a la de 1990, se crea Contrasida, que tenía como objetivos: coordinar y facilitar la implementación de las estrategias nacionales de control del VIH/Sida y las ETS; promover la cooperación técnica y económica nacional y extranjera destinada a la prevención, control y asistencia de VIH/Sida y las ETS; y, proponer los cambios legislativos que faciliten y garanticen el adecuado desarrollo contra el VIH/Sida y las ETS en el país.

En el aspecto financiero, uno de los cambios más importantes que se dio con el Procetss fue el significativo incremento de los fondos del Estado. En 1995, el presupuesto del programa fue US\$ 300.000, mientras que en 1997 la cifra llegó a US\$ 2.300.000, de los cuales

más de las dos terceras partes era proporcionado por el Estado. La cifra del presupuesto aprobado destinado a combatir el sida siguió creciendo y en 1999, alcanzó los US\$ 6.450.000. Sin embargo, aun entonces, se consideraba insuficiente. Por otro lado, el Procetss empezó a canalizar la valiosa ayuda económica de organismos internacionales para tareas ligadas a la prevención. Entre 1996 y 1999, el programa llevó a cabo un proyecto de prevención de US\$ 1.000.000, financiado por la USAID. A este proyecto se sumó otro de la Unión Europea, con una donación por un monto similar.

Otro de los avances significativos que se dieron con el nuevo programa fue la publicación de *CONTRASIDA Informa, Boletín Informativo del PROCETSS*, a partir de 1997. En su primer número, el boletín definía las nuevas actividades que desarrollaba el Procetss; posteriormente, estos objetivos fueron la base para la creación de cuatro unidades en el programa: Fortalecimiento institucional, encargada de mejorar la capacidad de gestión y las coordinaciones intersectoriales; Atención integral a los pacientes en las áreas biomédicas y psicosociales; Intervenciones para cambios del comportamiento, dirigida a promover nuevas técnicas de información, educación y comunicación para la prevención; Inteligencia Epidemiológica, que se encargaba de la recolección permanente y crítica de información sobre las ETS y el VIH/Sida. Para entonces, empezaron a cobrar fuerza en el Perú y en el resto del mundo las intervenciones preventivas persuasivas, que tomaban en cuenta el contexto cultural en el que vivían las personas. El Procetss encaminó su acción hacia esta área.

Cuando el Procetss inició sus actividades, varias ONG con experien-

cia en el trabajo contra el sida se habían consolidado y coordinaban sus acciones. Este trabajo devino en la Red Sida Perú, creada en mayo de 1997, que incluía ocho organizaciones entre las que se encontraban Prisma, el MHOL y Vía Libre. La articulación entre el Estado y las ONG también se dio a través de estudios de duración relativamente corta, que se elaboraban con el objeto de mejorar la oferta de un servicio de salud para la población que lo necesitaba.

Aunque la creación y las actividades del Procetss y la moderna ley de 1996 significaron un avance con respecto a los organismos y las actividades oficiales que existieron en los años anteriores, el programa no estuvo exento de críticas, amenazas e incertidumbre, sobre todo en los últimos meses del año 2000. Las críticas más frecuentes fueron que la excesiva importancia del programa no guardaba relación con la relevancia del sida en el perfil epidemiológico del país, que el programa manejaba recursos millonarios, y que existía un manejo cerrado, poco democrático, que monopolizaba el trabajo en salud y favorecía a pocas instituciones fuera del Estado.

Estas críticas al Procetss reflejan la fragmentación del Ministerio de Salud en distintos programas que mantienen celos y envidias entre sí, y que, en parte, por ello actúan autónomamente. Esta etapa también evidenció la ausencia de una conducción general que debilita las posibilidades de cualquier trabajo articulado con otros programas del Ministerio de Salud, con otros ministerios o con la sociedad. Por su parte, la resistencia del Ministerio de Salud a contemplar sus actividades con la de organismos fuera del Estado, refuerza la tradición del trabajo en salud, donde cada programa acaba convirtiéndose en un pequeño feudo de sus

«(...) falta mucho por hacer en términos de la democratización de las decisiones, la distribución coherente de responsabilidades, y la participación de la sociedad civil en el cuidado y la promoción de la salud»

directivos y donde el temor a la remoción del cargo provoca el sigilo, el acaparamiento de responsabilidades y la desconfianza. Muchos funcionarios en el Proceso priorizaron la eficiencia de sus subordinados, la existencia de lazos con organismos técnicos internacionales y la pronta ejecución de las disposiciones que emitían. No se consideraba importante la búsqueda de consensos, la participación de instituciones que no fueran parte del Estado en las decisiones que se tomaban, ni la elaboración de un plan coherente y complementario de lucha y prevención del VIH/Sida.

Conclusiones

Inicialmente, el pánico moral y las actividades oficiales tuvieron impacto en la generación de un esfuerzo, algo desordenado, por

controlar la llegada sorpresiva de una epidemia desconocida y letal. A pesar de que ahora parece haberse atenuado el temor irracional y la estridencia de los medios de comunicación, la conformidad parece ser una secuela necesaria al miedo que existió cuando empezó la historia del Sida.

El estudio de las políticas sobre el VIH/Sida permite entender mejor cómo se formulan las decisiones y los programas de salud en el país. Estos surgen, generalmente, por la combinación de una crisis local, la iniciativa de un grupo de personas u organismos, y la influencia de agencias de cooperación internacional. Esta manera de formular políticas a veces alcanza logros notables, pero tiende a crear soluciones temporales, hace difusa la identidad institucional, no asegura la articulación de trabajo de organizaciones diferentes y pone en peligro la continuidad de los avances en salud.

Quedan varias tareas pendientes en el país para superar la fragmentación y la discontinuidad entre las políticas de salud, como la creación de incentivos para promover la confianza, el diálogo y el consenso, el respeto de las identidades y funciones diferentes. Por otro lado, también falta mucho por hacer en términos de la democratización de las decisiones, la distribución coherente de responsabilidades, el establecimiento de redes locales, nacionales e internacionales donde las relaciones sean horizontales, y la participación de la sociedad civil (pacientes, familiares y amigos) en el cuidado y la promoción de la salud.

Durante la década pasada se amplió sustancialmente la oferta de servicios públicos de salud, principalmente en los establecimientos de primer nivel. Sin embargo, no se lograron avances sustantivos ni en eficacia ni en eficiencia, y se mantuvieron severos problemas de inequidad. En los últimos años de la década se dieron pequeños cambios descoordinados, que tuvieron un sabor a desorientación y caos.

En ese sentido, es necesaria una transformación global que nos permita tener una política nacional de salud. Debemos rescatar la idea de la reforma de salud y plantearle un nuevo norte: el derecho universal a la salud. Para lograrlo, no bastan ni el diseño en gabinete de una nueva organización sistémica aprobada por ley, ni la idea de que sobre la base de proyectos parciales se transforman estructuras globales. Se requiere un diseño global que sea aprobado por formación de consensos sociales y que esté sujeto a permanentes revisiones y ajustes.

El objetivo del presente trabajo es establecer las orientaciones generales para contribuir al diseño global de la reforma, así como sus conexiones y vínculos con las principales áreas donde deben realizarse los cambios.

Hacer de la salud un derecho de todos los peruanos

Para que la salud se establezca como un derecho, debe darse, por un lado, *un pacto social entre los peruanos*, lo cual implica un compromiso de la sociedad con respec-

to a la salud de toda la población; así como, determinar qué servicios se van a priorizar para los más necesitados y vulnerables. En la actualidad, dicho compromiso no existe, lo que explica que en Huancavelica, por ejemplo, la mortalidad infantil cuadriplique a la de Lima.

Además, se debe generar una *nueva relación entre la población y el Estado*, mediante la cual el Estado asuma compromisos y desarrolle políticas que lleven a los mayores avances en salud (como el acceso universal al parto gratuito, por ejemplo) y establezca una relación moderna con la ciudadanía, de modo que se reemplace al gobierno neopopulista que se legitima ofreciendo dádivas a la población. Al mismo tiempo, la sociedad se compromete a una mayor responsabilidad en el cuidado individual y familiar de la misma, así como a contribuir al financiamiento a través de impuestos, contribuciones y primas.

Para lograr la vigencia efectiva del derecho a la salud de todos los peruanos, tres reformas resultan fundamentales: la democratización del Estado, la priorización del acceso universal a servicios básicos de calidad, y la reorganización de los servicios y sistemas de salud.

La democratización del Estado

Los derechos en salud deben ser garantizados por el Estado conforme a un acuerdo entre todas las fuerzas sociales y políticas, lo que demanda que el Estado deje de actuar de forma vertical y sea permeable a las demandas y pro-

«Los derechos en salud deben ser garantizados por el Estado conforme a un acuerdo entre todas las fuerzas sociales y políticas, lo que demanda que el Estado deje de actuar de forma vertical y sea permeable a las demandas y propuestas de la sociedad»

puestas de la sociedad. Debemos pasar de un Estado jerárquico y cerrado a un Estado abierto y dialogante. Por ello, debe reinstalarse el Consejo Nacional de Salud, donde se discuta la política de salud con representantes de la sociedad civil.

Por otro lado, se requiere modernizar y descentralizar el Estado, con un Ministerio de Salud reestructurado, que descentralice las funciones y el financiamiento a las regiones de salud, instancias de gobierno articuladas a los gobiernos regionales, fortaleciéndose además la presencia de los municipios en relación con las redes y servicios. El Ministerio de Salud debe gobernar todo el sector, pero

1/ Resumen del artículo homónimo en *Políticas de salud 2001-2006*, Lima: CIES, 2001, pp. 21-34. La investigación fue auspiciada por DFID-Embajada Británica.

«El Ministerio de Salud debe separar la prestación y la función de gobierno (...). Mientras los órganos de dirección tengan que resolver cada compra de insumos, es imposible que puedan gobernar el sector»

se debe separar la prestación y la función de gobierno para poder concentrarse en la que debe ser su tarea: elaboración de políticas, definición de prioridades, planeamiento estratégico, regulación, conducción sectorial, eslabonamiento externos. Mientras los órganos de dirección tengan que resolver cada compra de insumos, es imposible que puedan gobernar el sector.

De otro lado, es necesario que se avance en la democratización del gobierno sectorial, mediante la instalación de los Consejos Regionales de Salud. Además, para fortalecer a los gobiernos regionales en salud, estos deben recibir parte del presupuesto público en salud para poder asignarlo a sus prioridades regionales. Asimismo, debe avanzarse en la definición de planes regionales de salud; en la transparencia informativa con respecto a políticas y programas; en la generalización de los Comités Locales de Administración de Salud (CLAS), con mayor participación ciudadana en su constitución y funcionamiento; y en la promo-

ción de la participación social en los servicios de salud.

Todo ello exige un fortalecimiento de la sociedad civil, particularmente en cuanto a la organización de los pobres, cuya voz es débil. Deben ser alentadas las organizaciones de usuarios, de promotores de salud y de representantes comunales en los CLAS, como sistemas independientes de monitoreo y evaluación de la equidad y calidad en la provisión de salud.

La priorización del acceso universal a servicios básicos de calidad

El respeto de los derechos ciudadanos en salud implica acortar sustancialmente las enormes diferencias existentes en el acceso a la salud, entre unos y otros, en el Perú. El acceso universal sin importar el lugar de residencia, la lengua o la capacidad de pago, implica focalizar los recursos y concentrar los esfuerzos en aquellos grupos sociales que actualmente no tienen tal acceso, en las patologías más importantes y en las formas de intervención más eficaces.

Se deben fortalecer las acciones de promoción y prevención de la salud. Dichas políticas (desde campañas intensivas en hábitos de vida saludables hasta programas de control de enfermedades transmisibles, pasando incluso por programas de saneamiento ambiental sostenibles y de prevención de accidentes) son de gran impacto y bajo costo, y benefician principalmente a los pobres, entre los que las enfermedades transmisibles y los problemas por descuido de la salud tienen mayor prevalencia. También deben enfrentarse las enfermedades crónico degenerativas de los adultos, con políticas de detección temprana

de riesgos y síntomas, hábitos alimenticios adecuados, control del tabaquismo, etc.

Asimismo, es necesario establecer un conjunto de atenciones que sean de cobertura universal (que incluya medicinas, exámenes auxiliares e intervenciones) para las zonas rurales y los pobres, y que debe irse ampliando progresivamente, a medida que los fondos disponibles lo permitan. Para ello se deben unificar los seguros públicos, asegurar su cobertura nacional y ampliarlos hacia un "seguro familiar", para así garantizar la atención gratuita. Simultáneamente, se debe priorizar la atención a los pobres en cuanto a financiamiento, infraestructura y oferta, adecuando los servicios a las diferencias interculturales y desarrollando nuevos mecanismos de entrega de servicios en zonas rurales e incentivos al trabajo rural con bonificaciones, vivienda y puntos para acceder a especialización y ascensos.

Dentro de un escenario de crecimiento económico del 5% anual, si no se destina un mayor porcentaje del presupuesto a salud, el gasto para los no asegurados podría crecer de US\$ 670 a US\$ 900 millones anuales. Una opción a discutir es que, como parte del compromiso del Estado con el derecho a la salud, este gasto pase del 8,4% al 11% del gasto público no financiero, lo que implicaría un gasto anual, al final del período, de cerca de US\$ 1.200 millones.

La reorganización de los servicios y sistemas de salud

El sistema de salud debe mejorar su eficiencia y eficacia, lo que significa que los servicios que se brindan deben tener mayor impacto en la salud de la población y deben ser

provistos a un menor costo. De otro modo, los recursos económicos y humanos destinados a la salud serán insuficientes para obtener logros significativos en la salud, lo que pondrá en riesgo la vigencia de obtener los derechos en este campo.

Para lograr este objetivo, en primer lugar, debe fortalecerse la atención primaria mediante programas de salud orientados hacia una atención integral del individuo, del grupo familiar y de la comunidad. Este nuevo enfoque de atención requiere el reconocimiento de las diferencias de los distintos grupos sociales por sexo, grupo étnico, grupo étnico y área geográfica. Bajo este enfoque, el Ministerio de Salud tiene el liderazgo en la formulación y ejecución de las actividades de salud, las que son desarrolladas por la población, sus organizaciones, las instituciones privadas, los gobiernos locales y las dependencias del gobierno central. Particular importancia tiene la articulación de los servicios de salud con los promotores de salud y otras formas de salud comunitaria, incluyendo la medicina tradicional.

Para reorganizar el sistema de salud, es necesario pasar de sistemas segmentados (Minsa y EsSalud), centralizados y mal estructurados (sin redes ni referencias), a un sistema descentralizado con una planificación y orientación global. Para ello deben darse tres cambios fundamentales:

a) *Establecer una planificación común de todos los servicios de salud.* La segmentación actual genera ineficiencia e inequidad. Existen, por ejemplo, hospitales del Minsa y EsSalud ubicados frente a frente, lo que explica la existencia de infraestructura hospitalaria subutilizada. Asimismo, muchos afiliados a EsSalud no tienen real acceso a sus servicios, mientras que en

diversas ciudades, los pobres no tienen acceso a servicios especializados que solo brinda EsSalud en esa zona.

b) *Organizar adecuadamente los establecimientos del Minsa y EsSalud para delimitar los servicios que brindan.* Los servicios de salud deben operar como un gran sistema coordinado, en el cual la entrada al sistema sea mediante los programas de salud familiar, cuya operación estaría basada en los establecimientos de primer nivel, y en el cual los casos más complejos se remitan a los niveles adecuados para su tratamiento. Ello implica, desde luego, fortalecer el primer nivel de atención, así como delimitar y organizar sus redes y los mecanismos de referencia y contrarreferencia entre estos y los hospitales. Además, requiere una recategorización de los establecimientos de salud, con mayor razón si se considera conjuntamente los del Minsa y los de EsSalud.

c) *Descentralizar y dar autonomía de gestión a las redes de primer nivel y a los hospitales.* Los CLAS deben convertirse en el modelo de organización y gestión de los servicios de primer nivel en todo el país. Para los hospitales y las redes, los municipios son los llamados a dirigir la gestión. Pero, paralelamente a la autonomía otorgada, deben establecerse mecanismos que incentiven la eficiencia, combinando el control “de arriba”, mediante los acuerdos de gestión, con el control “de abajo”, mediante la participación social. Así, por un lado, se lograrán servicios más adaptados a las necesidades y, por otro, la Dirección Central se dedicará exclusivamente a la coordinación de los servicios y no a cada detalle de la gestión de los mismos.

Finalmente, hay que considerar la existencia de un sector privado que financia el cuidado de salud mediante el “pago de bolsillo”, además de existir una franja amplia de automedicación y “consulta en farmacia”. La promoción del aseguramiento privado es importante, como también lo sería una mayor subcontratación de determinados servicios de salud por parte de los sistemas públicos, al igual que las experiencias del PAAD o las hemodiálisis en EsSalud.

Estrategias de aplicación

Las tres reformas explicadas están entrelazadas y se refuerzan mutuamente. Así, la democratización es indispensable para identificar las atenciones prioritarias con acceso universal, ya que hacerlo demanda un diálogo amplio con la sociedad. Pero además, la democratización debe otorgar la fuerza social de respaldo para lograr la tarea de reorganizar el sistema de salud. De la misma manera, universalizar un conjunto de servicios representará un gran empuje para la democratización de la salud y el acortamiento de las brechas. Finalmente, la reorganización de los sistemas de salud es

«Existen, por ejemplo, hospitales del Minsa y EsSalud ubicados frente a frente, lo que explica la existencia de infraestructura hospitalaria subutilizada»

« (...) universalizar un conjunto de servicios representará un gran empuje para la democratización de la salud y el acortamiento de las brechas »

indispensable para lograr una eficiencia, sin la cual la democratización vería su legitimidad social cuestionada y no se podrían establecer los derechos en salud.

Estos cambios deben producirse de manera paulatina; en algunos casos, ampliando progresivamente las regiones o servicios en que se aplican; en otros casos, produciendo modificaciones sucesivas que vayan construyendo una reforma mayor. Podemos dividir el proceso en dos grandes etapas: una primera de formación de consensos y otra en la que se llevará a cabo la reforma.

Primera etapa: formación de consensos

La reforma debe ser fruto del diálogo. En ese sentido, la propuesta planteada debe considerarse simplemente como una iniciativa para iniciar ese diálogo. El final del régimen dictatorial representa una clara oportunidad, pues ha surgido la necesidad, compartida por todo el país, de iniciar una nueva forma de hacer política, en la que precisamente el diálogo y la apertura sean centrales. Además, con relación a la salud, la sociedad civil es más densa que en otros sectores y existe una menor distancia

entre sectores de opinión que profesan distintas ideologías. El diálogo, entonces, implica la apertura a las propuestas de la sociedad civil y la construcción de una agenda que también sea fruto del consenso. La primera propuesta de reforma y de prioridades de salud debe aprobarse tras un período entre seis meses y un año.

No obstante, pueden generarse algunas resistencias. En primer lugar, existen grupos que creen que atrincherarse en instituciones cerradas es la mejor forma de defender sus intereses y podrían oponerse a la unificación Minsa-EsSalud. En segundo lugar, los trabajadores formales podrían imaginar que esta coordinación les significará perder el acceso privilegiado a los servicios de EsSalud. Será necesario remarcar que el cambio propuesto no reduce los derechos de nadie, sino que los amplía.

El caso de los trabajadores y profesionales de la salud es más complicado. Debe haber, por tanto, un cambio gradual que respete los derechos laborales y dé mayores facilidades para que los hospitales y redes puedan premiar a sus mejores hombres.

Segunda etapa: la reforma

Luego del consenso, la reforma debe ser aprobada por ley. Algunos elementos, como la organización de un único equipo de planificación y administración financiera, deben ser implementados de inmediato; otros, como la autonomía de gestión, deben serlo gradualmente en programas piloto.

La priorización de las zonas pobres y la implementación de programas de salud familiar y comunitario, no enfrentarán un cuestionamiento abierto. Sin embargo, las deman-

das por servicios complejos (como el reciente caso del trasplante de hígado), cuando se acepten, absorberán los escasos recursos adicionales de los que se disponga. La priorización de la salud preventiva y las atenciones básicas deben incluir la determinación de metas anuales de producción y los recursos destinados solo a dicho fin. Cualquier política para proveer servicios más complejos debería demandar recursos presupuestales adicionales al tesoro público.

¿Quién debe dirigir el proceso?

Finalmente, se requiere un equipo no muy grande que combine capacidades técnicas y de representación. Dicho equipo conducirá el proceso de diálogo, formulación y aprobación de la política, y además debe servir como núcleo para el equipo ejecutivo que se encargará de la gestión del proceso.

Para ello, en el Perú se cuenta con un número apreciable de profesionales y dirigentes políticos, gremiales y sociales, con las capacidades necesarias. El desarrollo de una iniciativa ciudadana y social sobre las políticas aprobadas debe ejercer presión para que el grupo opere, así como para mantener vivos los compromisos políticos establecidos.

« (...) con relación a la salud, la sociedad civil es más densa que en otros sectores y existe una menor distancia entre sectores de opinión que profesan distintas ideologías »

Existe un conjunto de problemas institucionales que afecta la gobernabilidad del sector salud y que trae como consecuencia ineficacia e ineficiencia en el empleo de los recursos, tanto públicos como privados, así como una deficiente calidad en los servicios y una pobre atención a los pobladores. Estos problemas son tanto de carácter estructural como funcionales y culturales.

Por un lado, el sector salud adolece de una fragmentación que imposibilita tener una visión comprensiva y articulada para resolver los problemas básicos que lo afectan. En su interior existen subsectores, relativamente autónomos, en los que se toman decisiones que no guardan coherencia entre sí y que, en oportunidades, contradicen la política y programación de las inversiones sociales. A esta fragmentación se suma la inadecuada definición que ha estado determinada en las distintas leyes de la actividad sectorial que han regido al Ministerio de Salud (Minsa). Esta ausencia de definición se traduce en un limbo normativo que conduce a conflictos de competencias, a decisiones que se contravienen, o a una simple evasión de responsabilidades o inacción. Por otro lado, como consecuencia de los continuos cambios que ha experimentado el ordenamiento jurídico institucional en materia de salud, el sector ha experimentado la inestabilidad o la ausencia de políticas rectoras y objetivos claros de mediano y largo plazo. Otro de los factores que afectan la marcha del sector es que existe la creencia que la designación de un cargo público otorga facultades extraordinarias

para normar y regular sin recurrir al consenso.

Propuesta de reestructuración institucional del sector salud

La propuesta busca colocar al Minsa, y a las dependencias públicas del sector, en condiciones ventajosas para elevar su productividad e incrementar de manera sustantiva el uso de los recursos públicos que se destinan a la prevención y a la recuperación de la salud, especialmente para la población de menores ingresos. De esta forma, la reorganización del sector salud contribuirá a mejorar la calidad de vida de los peruanos.

Organización interna del Minsa

La propuesta de reestructuración institucional del sector salud plantea concebir al Minsa como un organismo eminentemente de gobierno. El cargo de ministro debe ser de conducción política del sector, antes que de conductor del ministerio; por lo tanto, es conveniente que este delegue al viceministro las responsabilidades administrativas de orden interno. Asumido por el ministro y por los que lo acompañan en la alta dirección, el planteamiento estratégico del sector consiste en la conducción de un proceso permanente y dinámico de los estudios y análisis que dan conocimiento sobre los problemas que se intentan corregir, del examen de alternativas y su costo-

«(...) el sector salud adolece de una fragmentación que imposibilita tener una visión comprensiva y articulada para resolver los problemas básicos que lo afectan»

efectividad, y de los procesos de corrección de acuerdo con las apreciaciones resultantes de un monitoreo continuo y de las evaluaciones periódicas del avance de la ejecución de las acciones.

Se propone la institucionalización de un Gabinete del Ministro de Salud, el cual funcionaría como un sistema de soporte para la toma de decisiones de la Alta Dirección. Además de su función primordial de análisis y planificación, este gabinete deberá tener funciones de coordinación entre las dependencias de línea y el ministro. Mediante la operación de este gabinete se busca dar una mayor estabilidad a las políticas de salud. Las decisiones políticas serían más

1/ Resumen del artículo homónimo en *Políticas de salud 2001-2006*, Lima: CIES, 2001, pp. 95-132. La investigación fue auspiciada por DFID-Embajada Británica.

informadas y adoptadas con un mayor grado de maduración. Asimismo, se busca resolver la incoherencia en la conducción y la improvisación en las decisiones de gobierno del sector. Por otro lado, dado que es una realidad que el personal del Minsa se caracteriza por los bajos niveles de profesionalidad de sus miembros y por la escasa presencia de profesionales pertenecientes a las ciencias sociales, es conveniente que el gabinete esté conformado por un grupo no muy numeroso de profesionales de distintas especialidades y que, además, haya cierto equilibrio entre ellos.

Además de la delegación de facultades del ministro hacia el viceministro y de la institucionalización del gabinete del Minsa, se propone la creación de cuatro tipos de órganos al interior del sector: Órganos de Consulta y Coordinación, Órgano de Control, Órganos de Apoyo y Órganos de Línea.

Los Órganos de Consulta y Coordinación estarían compuestos por un Consejo Consultivo y por un Comité de Coordinación. El primero de estos organismos reemplazaría al actual Consejo Nacional de Salud y a la Comisión Consultiva, debido a que estas instituciones no han cumplido a cabalidad con la función esencialmente formal e informativa que poseen. Este mecanismo deberá ser redefinido y potenciado con el fin que, en el más alto nivel del sector, sirva como tamiz de las decisiones que se elevan al Consejo de Ministros y, eventualmente, al Congreso de la República. El segundo de estos organismos es un instrumento de coordinación y de construcción de consenso que deberá estar presidido por el Ministro de Salud.

El objetivo esencial del Órgano de Control sería encargarse del con-

«(...) existe la creencia que la designación de un cargo público otorga facultades extraordinarias para normar y regular sin recurrir al consenso»

control del empleo de recursos para la obtención de los objetivos que traza la institución.

Los Órganos de Apoyo estarían conformados, por un lado, por la Gerencia de Recursos Institucionales, la cual tendría como responsabilidad la administración de los recursos internos del Minsa y la coordinación de la formulación del presupuesto interno de operación del mismo. Por otro lado, la Gerencia de Recursos Sectoriales sería la encargada de transferir y supervisar la aplicación de los recursos financieros destinados a las intervenciones de salud colectiva y de los que, en vía de transferencia, se destinan al ente especializado en la compra de atenciones de salud individual a la entidad. Por último, la Gerencia de Información tendría bajo su responsabilidad la conducción del sistema de información en salud, así como la consolidación, sistematización y análisis de la información sanitaria estadística y no estadística y de la información económica y financiera del sector. Esta gerencia sería la encargada de producir el conocimiento necesario para la toma de decisiones del Minsa, y de propor-

cionar información al sistema estadístico nacional y a todo usuario que la requiera.

Finalmente, se plantea instituir dos órganos de línea en la forma de secretarías nacionales o direcciones nacionales que atiendan los campos de actividad más importantes del MINSA: el de la salud pública o salud colectiva y el de la salud de las personas o salud individual. Estos órganos de línea, la Secretaría o Dirección Nacional de Salud Colectiva y la Secretaría o Dirección Nacional de Salud Individual, se organizarían en áreas de responsabilidad en cuyo interior se constituirían equipos multidisciplinarios encargados de analizar problemas y de proponer cursos de acción.

La Secretaría o Dirección Nacional de Salud Colectiva sería la encargada de formular y proponer la política nacional de salud pública a la Alta Dirección, así como el planteamiento operativo en su dominio sectorial y la correspondiente programación de las intervenciones de salud que tengan carácter de bienes públicos y que, por su naturaleza, convenga que sean ejecutadas desde el nivel nacional (por ejemplo, la campaña nacional antitabaco o la que corresponda para evitar los accidentes de tránsito). Esta secretaría debe asumir la difusión y promoción de los derechos que tenga la población sobre salud pública. Asimismo, deberá emitir normas técnicas, así como coordinar, evaluar y supervisar la ejecución de las mismas en todas las materias de salud colectiva, vigilancia y control epidemiológico, control de zoonosis, salud ambiental, salud ocupacional, producción, calidad, uso y comercio de productos farmacéuticos y afines. Además, tendría a su cargo el diseño y la evaluación de las intervenciones de salud colectiva de alcance nacional, el establecimiento de los

procedimientos técnicos para su aplicación y la conducción del sistema de fiscalización y control de normas sanitarias.

La Secretaría o Dirección Nacional de Salud Individual sería la encargada de formular y proponer a la Alta Dirección, la política nacional de salud individual, la política previsional en el campo de la salud, las normas con respecto a los protocolos de atención y la regulación de los servicios públicos y privados. Asimismo, tendría la responsabilidad del planeamiento operativo y la correspondiente programación de los servicios de salud que ofrecen los establecimientos públicos con cargo a los recursos fiscales, de la conducción del sistema de preinversión, y de la política de mantenimiento de infraestructura y de la inversión tecnológica. La Secretaría Nacional de Salud Individual emitiría las normas técnicas en materia de certificación y garantía de calidad de los servicios de salud que el Estado garantiza, y diseñaría y definiría los planes mínimos de atención a los que se sujetan los seguros de salud, cualquiera que sea la naturaleza o modalidad de gestión de la entidad que los preste, así como el plan garantizado de atenciones de salud individual a ser financiado con cargo a fondos públicos.

Organismos públicos descentralizados

Con el propósito de alcanzar mayores niveles de eficacia y eficiencia, el Minsa debe retirarse de la administración financiera y de la provisión directa de servicios de salud, así como de la ejecución de las actividades no directamente relacionadas con su tarea de gobierno. Se plantea crear, para este efecto, tres entidades ejecutoras bajo la forma de organismos públicos descentralizados que goza-

rían de una relativa autonomía con relación al Minsa.

En primer lugar, la Central de Control de Riesgos y Enfermedades (Cencre) tendría a su cargo la administración del sistema de vigilancia epidemiológica, así como el deber de proporcionar el apoyo logístico para la ejecución de todas las intervenciones colectivas de salud de alcance nacional que corresponda realizarse. Para tal fin, estaría facultado por el Minsa para administrar los recursos correspondientes. Este organismo podrá constituirse sobre la base del Instituto Nacional de Salud, de la Dirección General de Salud Ambiental, en la parte que corresponde a las funciones ejecutoras, y de la Oficina General de Epidemiología.

En segundo lugar, el Instituto de Previsión y Prestaciones de Salud (IPPS) dispondría de autonomía técnica y económica en el marco de la política que fije el Minsa. El IPPS sería el organismo especializado en la compra de atenciones de salud individual a los establecimientos públicos de salud. Asimismo, sería la entidad que administre la compra de atenciones para la población no asegurada de menores recursos y para los asegurados del régimen contributivo de la seguridad social. Le correspondería administrar los recursos destinados a financiar la inversión en infraestructura, tecnología y equipamiento en los establecimientos correspondientes a las redes y a los hospitales. Para hacerlo, deberá evaluar las solicitudes de financiamiento y realizar el seguimiento de la ejecución de la inversión.

Finalmente, la Superintendencia de Servicios de Salud, al igual que los otros dos organismos propuestos, estaría organizada como una institución pública descentralizada de nivel nacional, adscrita al sector salud, con personería jurídica

«Con el propósito de alcanzar mayores niveles de eficacia y eficiencia, el Minsa debe retirarse (...) de la ejecución de las actividades no directamente relacionadas con su tarea de gobierno»

de derecho público interno. Gozaría de autonomía administrativa y económica y su titular dependería del Minsa. Este organismo tendría como finalidad asegurar y cautelar la idoneidad y calidad de los servicios de salud y médicos de apoyo. Entre las responsabilidades que asumiría se pueden señalar las siguientes: contratar, controlar y supervisar el 'sistema de garantía de calidad' y las firmas encargadas de acreditar a los establecimientos de salud, sin importar el régimen bajo el que operen; y, contratar la asistencia técnica orientada a elevar la calidad de los servicios médicos y no médicos de salud y promover los derechos de los usuarios. Este organismo se formaría sobre la base de la actual Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud (SEPS).

Integración de los establecimientos a cargo del sector público y de EsSalud

La propuesta plantea un nuevo ordenamiento a cargo del sector

público y de EsSalud. La idea consiste en integrar en redes de servicios salud a todos los establecimientos de salud, a excepción de aquellos considerados hospitales de referencia nacional o de referencia regional, sin diferenciar si provienen del sector público o de EsSalud. Se propone organizar un número adecuado de redes de servicios salud, que puede estar en un rango de noventa a cien redes. Cada red deberá tener como mínimo un nivel de resolución, para estar en capacidad de atender las atenciones de capa simple que establece la Ley de Modernización de la Seguridad Social de Salud y su reglamento. Asimismo, cada una de las redes deberá operar en forma autónoma. Se plantea algo similar para el caso de los hospitales de referencia nacional y de referencia regional.

Autonomía para la administración de hospitales y redes de servicios

Se descentralizaría administrativa y se concedería autonomía de gestión a las redes integradas de establecimientos y a los hospitales de referencia nacional y de referencia regional. Los hospitales locales y los centros de salud, una vez organizados en redes de servicios, así como los establecimientos hospitalarios, mediante contratos de naturaleza administrativa, pasarían a ser administrados por entidades autónomas constituidas como personas jurídicas de derecho privado en la forma de asociaciones privadas sin fines de lucro. Estas asociaciones se conformarían como administradoras de servicios hospitalarios o administradoras de redes de salud. La Asamblea General de Asociados de la persona jurídica estaría integrada por dos repre-

«La propuesta plantea (...) integrar en redes de servicios salud a todos los establecimientos de salud

sentantes del Estado, uno de EsSalud y dos representantes de la sociedad civil.

La Administradora de Servicios Hospitalarios o la Administradora de Red entraría en operación luego de suscribir un contrato de administración con el Minsa, con EsSalud o con la Dirección Subnacional de Salud, según corresponda. A través de este contrato se cede a la administradora la administración de la infraestructura, equipos y demás bienes asignados a la red o al establecimiento hospitalario.

El acuerdo de gestión, que sería suscrito por el gerente de la administradora, como su representante legal, y el Instituto de Previsión y Prestaciones de Salud, establecería los compromisos que asumen las partes en relación con el cumplimiento de las metas de cobertura, de producción y de calidad de los servicios, así como de eficiencia en la producción y gestión de los servicios de atención individual. El acuerdo de gestión deberá contener como mínimo los siguientes aspectos: los objetivos que se trazan para el mediano y largo plazo, y los objetivos anuales del acuerdo; el programa de producción del establecimiento

hospitalario; la modalidad de asignación y transferencia de los recursos para el financiamiento del programa de producción; el régimen de incentivos a ser aplicado al personal; la programación y asignación de los recursos de inversión en infraestructura, equipamiento y la capacitación de los recursos humanos requerida por la red o por el establecimiento hospitalario; las bandas tarifarias en función de los precios referenciales, dentro de las cuales se podría fijar el monto de las tarifas de los servicios que presta con cargo a subsidio estatal o parcial; la modalidad, periodicidad y procedimientos para el seguimiento y evaluación del programa de producción, y para la supervisión de la ejecución del acuerdo de gestión y el control en el uso de los recursos que se asignan a la administradora; y, las responsabilidades y penalidades para las partes, que se deriven del incumplimiento de las obligaciones que asumen.

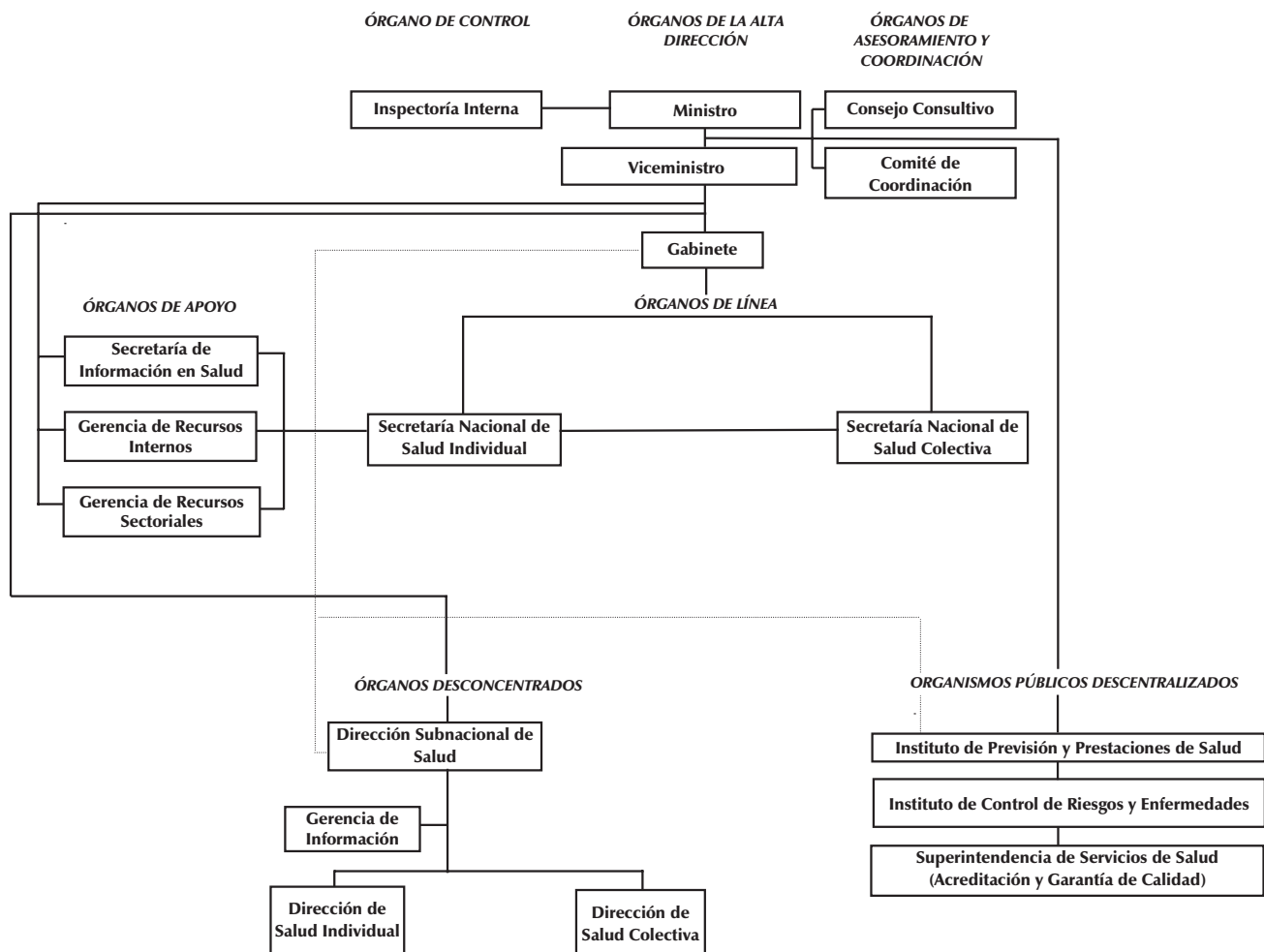
Conclusiones

Se han identificado como principales problemas dentro del sector salud, la ausencia de visión sistémica y de conjunto; la falta de coordinación entre los subsectores del Minsa; la inestabilidad de los cargos políticos y técnicos; el bajo nivel de calificación del personal de la función pública; la ausencia de un grupo multidisciplinario de profesionales de las ciencias sociales; el carácter cerrado, tradicional y vertical de la institución; y, además, la mezcla de las funciones de gobierno con la administración del financiamiento y la prestación de servicios, lo que no permite lograr ni eficiencia ni eficacia en ninguno de estos campos.

En el gráfico 1 se muestra la reestructuración institucional del sec-

Gráfico 1

Ministerio de Salud



tor salud tal como se ha propuesto a lo largo del artículo. En líneas generales, esta tarea se llevaría a cabo a través de la separación de funciones y la especialización, así como a través del reemplazo de la organización piramidal que ac-

tualmente posee el sector salud por una organización plana. La propuesta engloba las siguientes acciones: incorporar una visión global del sector, reforzar la planificación como función primordial del Minsa, simplificar y ordenar la

administración de la institución, integrar a los establecimientos de salud, reorientar la transferencia de recursos, coordinar las decisiones de inversión, mejorar la calidad de los profesionales y fomentar la participación ciudadana.

La problemática de los hospitales ha sido generalmente tratada de manera aislada. No existe una entidad del gobierno que asuma la responsabilidad de la visión integrada ni un planeamiento estratégico que los incorpore. En ese entorno, cada hospital toma las decisiones que le parecen más adecuadas para sobrevivir y para conseguir la asignación de recursos.

En la actualidad se hace evidente la ausencia de un análisis de conjunto. El Ministerio de Salud (Minsa) asigna recursos y supervisa la ejecución presupuestal, en forma aislada, en cada uno de los hospitales del Estado que prestan servicios en Lima Metropolitana. Asimismo, canaliza los recursos de algunos programas nacionales que contribuyen a financiar a los hospitales del interior del país, los cuales son manejados por los gobiernos regionales. Sin embargo, cada uno de los Consejos Transitorios de Administración Regional (CTAR) negocia y define aisladamente la asignación anual de recursos con el Ministerio de la Presidencia y con el Ministerio de Economía y Finanzas. Por otro lado, no existe vinculación alguna con el sistema de asignación de recursos de EsSalud ni con el sistema hospitalario de las Fuerzas Armadas y Policiales. Menos aún existe algún sistema de coordinación, consulta o referencia, que tenga en cuenta la realidad de la actividad privada.

En cuanto a la asignación de recursos, durante el período 1995-2000, se incrementó en el Minsa el gasto destinado a los hospitales del nivel III y IV, concentrados en Lima Metropolitana, en tanto que la suma destinada a las Direccio-

nes de Salud (Disas) aumentaron en menor medida. De esta forma, no se constituye una adecuada política nacional de salud que garantice a toda la población, esencialmente a la más pobre, una atención gratuita en los hospitales y centros del nivel I y II. Por el contrario, la situación tiende a empeorar. Asimismo, respecto de los hospitales del subsistema Minsa/CTAR, existe una gran desproporción entre los indicadores de salud de la capital y los del interior del país. Por el lado de la seguridad social, los recursos asignados a través del IPSS se incrementaron fuertemente en el mismo período, a un ritmo incluso mayor al del Minsa. También se tendió a concentrar los recursos en los grandes hospitales del nivel IV.

En cuanto a los ingresos propios que perciben los subsectores de la seguridad social y el Minsa, desde 1995 se propició en el IPSS la venta de servicios a terceros. Tal política no dio resultados. Las ventas nunca llegaron a cubrir las casi insignificantes metas programadas. El caso del Minsa es distinto. Por un lado, la "clínica" constituye un servicio de atención personalizado, especial y diferenciado, que atiende a pacientes pagantes. Debido a que existe cierta informalidad alrededor del tema, no puede conocerse si la "clínica" contribuye a financiar el servicio hospitalario, aseveración que generalmente se utiliza para justificar su existencia, o si el servicio general y los aportes del Tesoro Público contribuyen a subsidiar a tal servicio. Por otro lado, existe la atención al público en general, por la cual se cobra una parte de los servicios prestados, según un

«La problemática de los hospitales ha sido generalmente tratada de manera aislada. No existe una entidad del gobierno que asuma la responsabilidad de la visión integrada ni un planeamiento estratégico»

tarifario establecido autónomamente por cada hospital.

La inexistencia de un planteamiento estratégico y de una visión en conjunto al momento de asignar recursos y brindar servicios en el subsistema Minsa/CTAR, da como resultado una gran incongruencia e iniquidad cuando se compara la situación hospitalaria de las diferentes circunscripciones departamentales. Esto se refleja en muy diferentes niveles de atención en calidad y en cantidad, según el departamento del que se trate.

1/ Resumen del artículo homónimo en *Políticas de salud 2001-2006*, Lima: CIES, 2001, pp. 236-293. La investigación fue auspiciada por DFID-Embajada Británica.

Durante los últimos cinco años, no se ha registrado un intento por definir una política hospitalaria en conjunto. El Ministerio de Salud se ha concentrado en mejorar la gestión y operación de cada centro hospitalario específico con abstracción de los demás. Sin embargo, durante el período se dieron dos experiencias relativamente diferentes: el caso del IPSS y el caso del Minsa.

El entonces IPSS, hoy EsSalud, entró en un proceso de reestructuración. Se separó la función de Administración de Fondos Financieros, la que quedó a cargo de la Administradora de Fondos del IPSS (AFIPSS). Esta entidad se encarga de fijar políticas, regular y normar la actividad, establecer metas de atención y financiar su ejecución, definir el programa de nuevas inversiones y prestar servicios centrales. Asimismo, se formó una red descentralizada de prestación de servicios de salud conformada por gerencias departamentales que administran los hospitales, centros y puestos de su jurisdicción. La responsabilidad de las gerencias es la salud de la población asegurada en cada departamento. Además, funciona un sistema de referencias y contrarreferencias. La AFIPSS asigna anualmente presupuestos a las redes departamentales, sobre la base de metas específicas de prestación de servicios que se pagan con tarifas determinadas previamente. La liquidación de la producción se efectúa mensualmente. Se han establecido tarifas diferenciales para un paquete de productos o servicios y para cada distinto nivel de atención, y los presupuestos y asignación de recursos se basan en ellas.

En el caso del Minsa, la idea era iniciar, en varios establecimientos, experiencias piloto que fuesen generando información válida para implementar nuevos sistemas

de gestión basados en la contratación de servicios. Paralelamente, se brindaría asistencia técnica a los mismos establecimientos para la incorporación de los sistemas administrativos y de información básicos para enfrentar las nuevas experiencias. Estos esfuerzos no contaron con el apoyo ni con la intensidad suficientes para producir efectos significativos.

Si bien han permitido iniciar un proceso de acumulación de experiencia, los intentos de hacer funcionar acuerdos de gestión han tenido resultados prácticos muy escasos. Los mecanismos previstos y utilizados no resultaban lo suficientemente potentes como para romper inercias y cambiar hábitos, costumbres, sistemas de trabajo y relaciones de poder establecidas a lo largo de muchos años.

Principales líneas de acción para el subsistema hospitalario de EsSalud

El sistema debe seguir siendo perfeccionado. Existen algunos aspectos centrales en los que conviene introducir correcciones o tomar decisiones para ganar en eficiencia y productividad, y para ofrecer un servicio cada vez más personalizado y de mejor calidad. En primer lugar, se requiere perfeccionar el plan estratégico institucional, de manera que se puedan analizar y discutir, con detenimiento, las metas y objetivos para los próximos cinco años. En segundo lugar, conviene que se siga perfeccionando la separación de funciones entre las Redes Prestadoras de Servicios de Salud y la Oficina de Administración de los Fondos Financieros. Esta última debe ser más rigurosa en la aplicación de

los acuerdos de gestión para disminuir las ineficiencias y los subsidios que aún persisten. Además, resulta imprescindible que EsSalud obtenga de FONAFE la autoridad para introducir en forma generalizada el sistema de pago a destajo, con primas específicas por producción en cada servicio, en adición al sistema remunerativo existente. EsSalud deberá quedar habilitado para actuar con plena autonomía y criterio empresarial en sus sistemas de personal, remuneraciones y adquisiciones.

Entre los asuntos más directamente ligados al manejo hospitalario, merece especial atención la necesidad de reducir a tres los cuatro niveles de atención actualmente existentes. Posiblemente, este tema resultará de más difícil solución, porque no existe suficiente claridad en los sistemas de referencia respectivos con relación a lo que debe o no referirse. Asimismo, se requiere avanzar en la conformación de redes regionales que agrupen a varias gerencias departamentales, y que contribuyan a mejorar el servicio y a bajar los

«Si bien han permitido iniciar un proceso de acumulación de experiencia, los intentos de hacer funcionar acuerdos de gestión han tenido resultados prácticos muy escasos»

costos que se derivan de tener administraciones individuales en cada departamento. Finalmente, la seguridad social requiere de la implementación de un sistema de mejoramiento de la calidad del servicio que vaya de la mano de un mecanismo de real empoderamiento del usuario.

Principales líneas de acción para el subsistema Minsa/CTAR

Clasificación y estratificación hospitalaria

La propuesta parte de considerar solo tres niveles de atención. El primero correspondería a la prevención, a la salud colectiva y a la atención recuperativa para un conjunto de problemas de salud de solución relativamente simple y de gran incidencia. Los ciudadanos accederían a estos servicios en forma totalmente gratuita y en su propio lugar de residencia o labor. Este nivel de atención estaría a cargo de redes de salud que integrarían no solo a los centros y puestos de salud, sino también a los hoy denominados hospitales de apoyo departamental o provincial. El segundo nivel correspondería a aquellas situaciones incluidas dentro de la denominada "capa compleja", de las cuales estarían a cargo 6 a 8 hospitales correspondientes a macroregiones del interior del país. Estos hospitales, junto a los del primer nivel, asegurarían que en cada macroregión se dé atención de calidad, sujeta a algún copago, para un 90% o 95% de los casos de quebranto de la salud de toda la población de la zona. De esta forma, quedaría solo un número

reducido de casos a los que se daría atención en centros especializados u hospitales del nivel III.

Para lograr esta clasificación, se propone que el país se organice en redes departamentales. Debido a las distancias, la densidad de la población y la complejidad territorial, se admite que en alguna de las redes existan dos o tres subredes paralelas. Cada subred, a su vez, podrá contener microredes distritales o provinciales, pero tendría la particularidad de tener a uno de los actuales hospitales de apoyo como foco central de irradiación y referencia. Las redes, que serían administradas por una gerencia, tendrían asignadas bajo su responsabilidad a la población que vive dentro de los límites de su jurisdicción, población a la cual se comprometen a brindar, en términos razonables de calidad, todo un paquete de atenciones colectivas e individuales que serían uniformemente definidos para todas las redes del país. Las atenciones complejas que se encuentran fuera de su poder de resolución serían referidas a los hospitales regionales asignados por departamentos. Deberá existir un registro de todas las referencias, cuyo costo sería presupuestado por separado, pero con cargo a la red o subred, así como una auditoría de los casos referidos.

Organización institucional y planificación estratégica

Paralelamente al proceso de descentralización por parte de los gobiernos regionales, en el nivel central se requiere crear mecanismos u organismos de planificación, regulación, apoyo y control, lo suficientemente sólidos como para conducir un sistema unitario, eva-

«Paralelamente al proceso de descentralización (...), en el nivel central se requiere crear mecanismos u organismos de planificación, regulación, apoyo y control, lo suficientemente sólidos como para conducir un sistema unitario»

luar permanentemente su funcionamiento y dictar normas o reglamentaciones generales que garanticen la equidad y la ampliación de la cobertura a toda la población.

Por el lado de la organización en el ámbito nacional, se propone que el Minsa cree un organismo autónomo que, en términos empresariales, se encargue de distribuir el financiamiento operativo que el gobierno central transferirá a los hospitales regionales y nacionales, así como la parte asignada a las redes departamentales de salud (ver el gráfico 1). Este organismo entregaría en administración a asociaciones sin fines de lucro los hospitales nacionales y regionales, y los sistemas y equipos itinerantes que complementan la capacidad resolutoria de las instalaciones departamentales y regionales fijas. De este modo, la función principal del gobierno cen-

tral sería elaborar y mantener permanentemente actualizado un plan estratégico de atenciones hospitalarias, que engarce los planes estratégicos de las redes departamentales y los hospitales regionales y nacionales. El núcleo central deberá normar y reglamentar con respecto a clasificaciones hospitalarias, niveles de atención, sistemas de referencia y todos los demás elementos que puedan resultar comunes a todos los acuerdos de gestión.

En cuanto a la organización en el ámbito regional, se sugiere la creación de un núcleo administrativo: la Autoridad Regional de Salud, que reemplace a las actuales Disas. Las redes departamentales de servicios dependerían de estos organismos. Asimismo, correspondería a estas autoridades definir y aprobar las prioridades de acción y los planes estratégicos de cada red, así como sus presupuestos y sus planes operativos anuales, para lo cual tendrían que ser los interlocutores con las autoridades que conforman el núcleo central de gobierno.

Sería conveniente que la Autoridad Regional de Salud asuma la organización y características de un directorio conformado por 5 a 7 personas representativas del nivel regional, entre las cuales se debería incorporar a un representante de la universidad o centro de estudios de alto nivel y otro de las instituciones de la sociedad civil. Este directorio deberá aprobar, en términos generales, todos los parámetros o condiciones básicas que servirán de referencia para la administración de la red por las gerencias correspondientes. Tendría, además, la obligación de inscribir y mantener permanentemente depurado el padrón de toda la población de su responsabilidad, sin perjuicio de delegar a la gerencia todas las acciones operativas pertinentes. Asimismo,

debería definir los tipos de servicios que daría la red y cada uno de los establecimientos, los métodos y procedimientos de referencia entre ellos hacia los hospitales macroregionales o nacionales, las metas de las acciones colectivas e individuales, las metas de las acciones itinerantes, así como aprobar los presupuestos de la red y evaluar permanentemente su funcionamiento.

Mecanismos de asignación de recursos

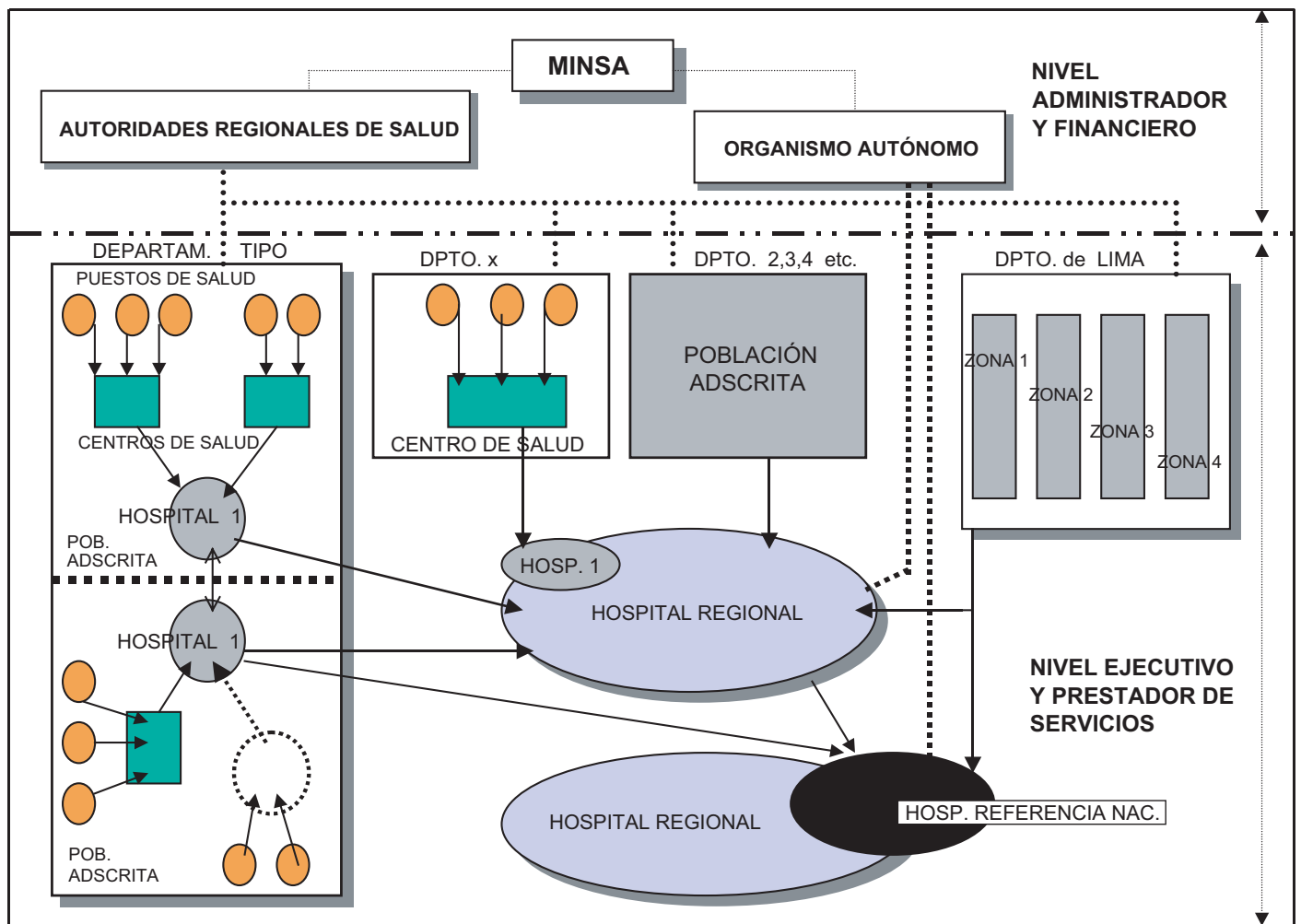
Mientras no exista una legislación favorable que defina con claridad el alcance de las funciones de los gobiernos regionales, el sistema de salud continuará solventándose con el financiamiento proveniente de los gobiernos locales, de los gobiernos regionales y del gobierno central, así como a través de los recursos propios generados por los establecimientos de salud. Dichos fondos deberán solventar las siguientes asignaciones: una asignación per cápita, calculada en función del número de población asignada a cada departamento y en volumen suficiente para cubrir las necesidades de salud colectiva y atención individual gratuita por parte de la red de primer nivel; una asignación por casos atendidos, calculada en función del número de referencias estimadas, así como tarifas promedio calculadas para un conjunto de 20 a 30 tipos de atenciones promedio; una asignación para tareas particulares o coyunturales; y un fondo transitorio de coyuntura y de naturaleza anual decreciente, para aquellos casos en los que las asignaciones per cápita y las tarifas regulares resulten insuficientes para financiar los elementos del sistema en las actuales condiciones de eficiencia y productividad.

La consolidación de estos fondos requerirá de la confluencia de equipos de trabajo que actuarían en tres niveles: el de cada establecimiento o red, que formularía las propuestas a las Autoridades Regionales de Salud; el de las Autoridades Regionales, que conciliaría requerimientos locales, regionales y nacionales, estructuraría el presupuesto final y distribuiría los recursos a cada unidad prestadora de servicios; y, finalmente, el del nivel central que elaboraría planes estratégicos, definiría tarifas, aprobaría metas de producción y asignaría fondos o presupuestos a las redes o a los hospitales nacionales y regionales.

Autonomía y alcance de los acuerdos de gestión

De aprobarse el sistema de manejo hospitalario que se propone, surgirán diversos tipos de acuerdos de gestión. En primer lugar, los acuerdos entre el Minsa y la institución autónoma que administra el financiamiento. En segundo lugar, los acuerdos entre la institución autónoma y las Autoridades Regionales de Salud. En tercer lugar, se encuentran los acuerdos entre la institución autónoma y sus propios hospitales. Finalmente, los acuerdos entre las Autoridades Regionales de Salud y las redes departamentales prestadoras de servicios.

Los convenios de gestión deberán referirse, básicamente, a la estructuración, negociación y financiamiento de un presupuesto anual basado en metas de producción de servicios. Para ello, se deberá establecer metas, tarifas, programas, forma y periodicidad de los pagos, mecanismos de evaluación y rendición de cuentas y de solución de problemas imprevistos, sis-



temas de provisión, de información y de preparación de indicadores de gestión. Específicamente, el primer tipo de acuerdos de gestión se caracterizaría por ser lo suficientemente genérico y flexible como para permitir una efectiva gestión empresarial en el manejo de los recursos. Los convenios de gestión entre la entidad autónoma y las Autoridades Regionales de Salud requerirían ser un tanto más detallados, pues tendrán que adecuarse a las diferentes características de cada región. Finalmente, el tercer y cuarto tipo de acuerdos de gestión tendrían que ser aún más detallados y presentar cláusulas generales aplicables a todos los casos, que constituyan las reglas de juego del financiamiento, y cláusulas específicas referidas a montos financieros, metas y pro-

gramas concretos de acción para cada caso particular.

Estrategias de implementación inmediata

Se sugieren las siguientes acciones factibles de ser abordadas en el plazo de los próximos doce meses: definir y organizar el núcleo central y sentar las bases conceptuales para la creación de la entidad autónoma; definir los plazos en los que el núcleo central deberá tener expeditas las clasificaciones y reglamentaciones necesarias, así como el plan estratégico nacional y las orientaciones de política centrales; definir en cuáles redes departamentales y en qué hospi-

tales regionales y nacionales se podrá iniciar la aplicación de efectivos acuerdos preparatorios a los convenios de gestión; definir, por lo menos, 4 a 6 redes departamentales con las cuales se iniciará el cambio; preparar análisis de costos estándar y establecer el rango de variación en 4 o 5 de los hospitales que actúan en los diferentes niveles de atención hoy existentes; simular presupuestos por producción y tarifas retrospectivos a los años 1998 y 1999, para los 137 hospitales existentes; definir e implementar el equipamiento informático y los registros médicos imprescindibles; analizar y resolver los ajustes necesarios en la contabilidad para aplicar el sistema propuesto; y, finalmente, definir un conjunto mínimo de indicadores de evaluación y control.

«Existe un desorden que determina baja productividad, alto grado de capacidad instalada no utilizada, duplicación y falta de definición de funciones, y asignación de recursos de manera desproporcional»

Conclusiones

Los problemas del sector salud hacen indiscutible la necesidad de una visión de conjunto en la administración y presupuesto del sistema. Existe un desorden que determina baja productividad, alto grado de capacidad instalada no utilizada, duplicación y falta de definición de funciones, y asignación de recursos de manera desproporcional en los servicios hospitalarios del Perú.

Reconocer la problemática de los subsistemas prestadores de salud no implica que se continúe aceptando como única posibilidad los actuales comportamientos estancos. Deben proponerse vías alternativas para caminar hacia la estructuración de un sistema de prestación de servicios vertebrado, crear vínculos y facilitar o exigir interconexiones entre los servicios que cada subsistema presta, tratar de optimizar la infraestructura y el uso de recursos existente, y brin-

dar múltiples opciones que favorezcan, en última instancia, al usuario. Para lograr tales objetivos, la propuesta engloba, principalmente, las siguientes medidas: mejorar la asignación y el uso de los recursos de EsSalud, reducir a tres los niveles hospitalarios; expandir los servicios y la cobertura de la seguridad social; estratificar el sistema hospitalario; separar a escala nacional la función directiva de la gestión de los servicios; establecer acuerdos de gestión; trabajar con presupuestos por producción; y, finalmente, coordinar planes y programas.

Acuerdos de gestión y nuevos mecanismos de pago en los noventa¹

Juan Arroyo (UPCH)

Con la política de ajuste establecida en el Perú en 1990, se dieron intentos de reorganizar las áreas sociales desde un enfoque de mercado. Sin embargo, se consideró que no era posible aplicar a plenitud políticas privatizadoras en los sectores sociales, pues estos existían precisamente para canalizar el subsidio del Estado a las franjas poblacionales más pobres. Desde entonces, se abrió una etapa de implementación de múltiples reformas parciales para los sectores sociales. Surgieron diversos elementos de modernización de la gestión social que se agregaron a la organización sectorial.

El presente artículo estudia la introducción de elementos de cuasi-mercado en las áreas sociales del Perú en los noventa, a partir de tres experiencias de establecimiento de nuevas formas de contratación y cambios en los mecanismos de pagos institucionales en el sector salud: el sistema de pago por valor bruto de la producción (VBP) establecido en el Seguro Social entre 1993 y 1999; los acuerdos de gestión del Programa de Administración de Acuerdos de Gestión (PAAG) en el Ministerio de Salud en 1998; y, el Convenio entre el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) y EsSalud en 1999.

Según la información cualitativa y de indicadores de gestión recogida, se puede caracterizar a las tres experiencias de implementación de acuerdos de gestión y/o contratos de desempeño de la siguiente manera: el sistema de pago por VBP fue un proceso bastante exitoso hasta 1996, en que empezó a debilitarse; el Convenio entre el FONAFE y EsSalud ha tenido un

impacto menor en el seguro social, pese a que se superaron las metas originalmente propuestas; y, finalmente, los convenios de gestión hospitalarios del PAAG tuvieron, por el contrario, muchas dificultades que bloquearon su implementación. Se trata, por tanto, de éxitos relativos y fracasos temporales.

Se ha recogido información blanda y dura sobre un grupo de indicadores que ha permitido responder cuándo se trata de un éxito o de un fracaso y cuál o cuáles son las razones de los éxitos relativos y fracasos temporales. Asimismo, cada caso se ha evaluado conforme a los indicadores y metas estipulados en su respectivo convenio. La sección de la matriz referida a la evaluación del diseño técnico y del entorno institucional fue utilizada por igual en los tres casos.

Factores que determinan el funcionamiento de los acuerdos de gestión

Según la información extraída de las tres experiencias (ver el cuadro 1), no basta con examinar los resultados estadísticos de producción de servicios para demostrar el funcionamiento o no de los convenios de gestión. En el caso del FONAFE-EsSalud y del IPSS-VBP, los convenios sí produjeron resultados en los sistemas prestadores comprometidos. Estos cambios se reflejaron en el aumento visible en la estadística de producción e indicadores de eficiencia y calidad.

«(...) no basta con examinar los resultados estadísticos de producción de servicios para demostrar el funcionamiento o no de los convenios de gestión»

Sin embargo, en el caso de los acuerdos de gestión del PAAG con los hospitales Cayetano Heredia y María Auxiliadora, no se puede atribuir la mejoría en la producción e indicadores de servicios de los hospitales al convenio, ya que este no incluyó metas de producción. De este modo, no resulta preciso establecer una causalidad directa entre los compromisos estipulados en los convenios de gestión y la evolución de la estadística de producción de servicios. Existen factores que determinan la marcha de los acuerdos de gestión.

1/ Resumen del documento *Evaluación de tres experiencias de acuerdos de gestión en el sector salud, Perú 1990-1999* (diciembre 2000), desarrollado en el marco del concurso de investigaciones del CIES, auspiciado por ACEDI-IDRC.

Cuadro 1

Información, variables e indicadores investigados

Sistema de contratación y mecanismos de pago	Diseño técnico	<ul style="list-style-type: none"> • Modalidad de contrato • Unidades de medida • Metas anuales comprometidas • Tarifas • Modalidades presupuestales • Incentivos
		<ul style="list-style-type: none"> • Penalidades • Autoridad gestora • Soporte técnico
Entorno institucional	Contexto y procesos	<ul style="list-style-type: none"> • Legislación favorable • Decisión política en la creación del programa • Continuidad de los equipos de gestión • Apoyo político de las instancias directivas • Flexibilidad en la toma de decisiones • Existencia de mecanismos de supervisión y monitoreo • Cultura organizacional favorable o emprendedora • Desarrollo institucional gerencial
Productos y resultados	Eficiencia	<ul style="list-style-type: none"> • Producción global y por áreas • Rendimiento hora/médico en consultas • Intervenciones quirúrgicas • Proporción Emergencias/Consultas • Concentración de uso • Extensión de uso • Egresos hospitalarios • Porcentaje de ocupación de camas • Intervalo de sustitución • Promedios de estancias o permanencia • Grado de uso de camas
(Variables dependientes)		Calidad

El entorno institucional es tan importante como los mecanismos de pago, para el éxito o fracaso en la implementación de acuerdos de gestión. En las tres experiencias existieron ciertas variables del entorno institucional que condicionaron el desarrollo de los convenios: la existencia o no de decisión política para lanzar el proceso; la continuidad de los equipos de gestión; el apoyo político de las instancias directivas; la existencia o no de trabas legales; y la generación o no de mecanismos de

supervisión y monitoreo. Conforme a esto, se puede decir que los casos de IPSS-VBP y del FONAFE-EsSalud se desarrollaron con entornos favorables, y que el caso del PAAG-Minsa tuvo un entorno con muchas dificultades.

El caso del Seguro Social es un caso paradigmático de continuidad y apoyo político al sistema de pago por VBP: el equipo gerencial del IPSS estuvo fuertemente unido en objetivos, idoneidad, liderazgo y experiencia; existió un firme apo-

yo de la Alta Dirección de la institución; hubo continuidad en el mando. Los diseñadores y primeros ejecutores del sistema del VBP estuvieron casi 6 años a cargo de EsSalud, lo cual les permitió conocer la institución, ejecutar los cambios y corregir muchas de sus ideas originales. De otro lado, la superación de la situación de colapso y desmoralización del Seguro Social de los inicios de dicha administración, le brindó al equipo de gestión un notable reconocimiento y le permitió asumir el liderazgo.

«(...) el caso peruano no es el de una reforma del Estado basada en el modelo de contratos de desempeño, sino de contratos aplicados (...) sin una reforma global que les corresponda»

La experiencia que contó con un entorno más difícil fue la del PAAG con los hospitales Cayetano Heredia y María Auxiliadora. El apresuramiento con el que se implementó el programa afectó la calidad del diseño de los convenios y la consistencia técnica de su equipo central. A ello se añadieron los problemas políticos en la Alta Dirección del Minsa, que desestabilizaron al PAAG a fines de 1998.

La revisión de los acuerdos de gestión muestra que el caso peruano no es el de una reforma del Estado basada en el modelo de contratos de desempeño, sino de contratos aplicados subsectorialmente o parcialmente en instituciones del Estado, sin una reforma global que les corresponda. Ello ha sido la fuente de múltiples contradicciones en la implementación de los acuerdos de gestión. El modelo neozelandés no se aplicó como módulo sistémico, sino como caja de herramientas.

En el caso del Seguro Social, no se notaron contradicciones entre las reformas del IPSS y el statu quo global del Estado, porque se trata de

una institución con relativa autonomía normativa. En el caso de los hospitales del Minsa, la contradicción apareció flagrante en 1998. El Directorio de Gestión del Hospital Cayetano Heredia, consecuente con el convenio, diseñó un organigrama con gerencias transversales que contradecía al antiguo sistema por departamentos. La Inspectoría del Minsa abrió un proceso de investigación que concluyó en un desconocimiento de los acuerdos de gestión, caracterizando de usurpación de funciones a gran parte de lo actuado.

Resulta importante considerar que la evaluación de los acuerdos de gestión y mecanismos de pago comprende no solo la evaluación de la implementación, sino también de los diseños hechos. Los resultados de la investigación muestran que no solo han existido problemas relacionados con el entorno institucional y con el proceso de implementación de los acuerdos de gestión, sino también problemas relacionados con la calidad técnica de los convenios firmados.

En la experiencia del Convenio FONAFE-EsSalud, las metas propuestas a ser cumplidas en el plazo de seis meses, a diciembre de 1999, fueron fácilmente superadas por el Seguro Social. Esto se ha interpretado como una demostración de que los indicadores y metas no fueron adecuadamente establecidos. Asimismo, los convenios de gestión del PAAG con los hospitales Cayetano Heredia y María Auxiliadora para 1998, no establecieron indicadores ni metas. Así, no había cómo evaluar los compromisos. Los acuerdos fueron de contenido genérico y muy ambiciosos, pues algunos eran inalcanzables en el período de un año.

En cuanto a la amplitud y complejidad de los indicadores para el

establecimiento de metas, solo en el caso del Seguro Social y de su sistema por VBP se ha dado un cambio en los mecanismos de pagos institucionales. En el caso del FONAFE y del PAAG, han habido y hay acuerdos de gestión que no modifican el sistema de elaboración de presupuesto. Este prosigue en su formato tradicional, pero sujeto a variaciones conforme al cumplimiento o no de las metas.

El caso del VBP del Seguro Social ha tenido un mayor desarrollo técnico de los mecanismos de pagos. Desde que se inició el sistema de VBP, en 1994, hasta hoy, se ha establecido la asignación de un monto fijo monetario o tasa de pago diferenciado por tipo de producto, de acuerdo con la categoría del establecimiento donde se entrega la prestación. El modelo inicial diferenció 11 productos, pero hasta el año 1999 se habían definido 190 productos. La formulación de los presupuestos en el Seguro Social tiene como base la producción efectiva realizada en los establecimientos de salud, categorizada y estandarizada mediante el sistema del VBP.

El pago por prestaciones supone catalogar todas las actividades de los servicios. Así, el Seguro Social franqueó esta barrera técnica que siempre impidió, en los sistemas prestadores públicos, el establecimiento de tarifarios con los cuales instituir relaciones de compraventa de servicios. El reto del sector público en esta línea es construir el denominado *Catálogo de Servicios de Salud*, que recoja la totalidad de las prestaciones de salud que se realizan en todos los establecimientos del Minsa. Adicionalmente, es necesario también asignarles un valor referencial expresado en unidades que representen la valoración ponderada y equivalente entre los diferentes servicios o prestaciones de salud,

de manera tal que se homologue la alta heterogeneidad de las prestaciones. De esta forma, se constituiría el *Catálogo Valorado de Servicios de Salud*.

Con respecto al tema del cambio de los mecanismos de pago asociado al paso del “subsidio de la oferta al subsidio a la demanda”, los resultados del análisis de las tres experiencias muestran que este tránsito es posiblemente un objetivo final, pues el subsidio a la demanda exige cambios sistémicos en paralelo.

En el caso del Convenio FONAFE y EsSalud, las metas propuestas (plan de calidad, crecimiento de consulta externa, mayor concentración de atenciones, énfasis en grupos de mayor riesgo, transparencia en adquisiciones y disminución del peso del gasto administrativo) no implicaron un cambio en el tipo de mecanismo de pago entre el MEF y EsSalud. La única variación fue la posibilidad de una bonificación institucional si se cumplían tales metas. En el caso del PAAG-Minsa, los compromisos convenidos (Plan estratégico, Plan de gestión, auditoría médica, informes trimestrales, mejoramiento de la logística) no establecieron metas en los servicios, por lo que no se dio el paso del pago por factores de producción al pago por productos y/o servicios.

La experiencia del sistema de VBP resolvió el dilema teórico mediante una combinación de mecanismos de pagos que establece, al interior del Seguro, la posibilidad de entregas de dinero entre establecimientos del Seguro Social por pacientes referidos de uno a otro nivel. El Sistema incluye las metas de producción por tipo de productos y por centro asistencial, que mezclan las modalidades de pago clásicas (pago por servicio, pago por día de hospitalización y pago aso-

«(...) la línea de fuerza de los acuerdos de gestión es el aumento de la productividad, no necesariamente de la calidad»

ciado a diagnóstico) con nuevas clasificaciones de unidades de medida, creadas específicamente para dicha institución.

Con relación a las tarifas, el caso del PAAG no progresó por no tener un sistema de indicadores de evaluación. El Convenio FONAFE-EsSalud hasta el momento se ha limitado a realizar una estimación macro de la gestión institucional. El caso del IPSS-VBP, por el contrario, estableció tarifas según la clasificación de servicios diseñada. La fijación de las tasas o tarifas se realiza de acuerdo con uno de los siguientes criterios, o a partir de la combinación entre ellos: a) costos (promedios, estándares, reales); b) precios de mercado; y c) unidades referenciales (RVU).

Es importante, asimismo, señalar que los resultados de la investigación indican que la línea de fuerza de los acuerdos de gestión es el aumento de la productividad, no necesariamente de la calidad, y que la inscripción de los acuerdos de gestión en un proyecto de equidad requiere no solo indicadores adicionales, sino un proyecto sanitario mayor que le otorgue sentido progresivo a la búsqueda de mayor eficiencia y calidad.

Esta mayor afinidad del sistema contractual con el aumento de la eficiencia y no tanto de la calidad,

no se sintió en la experiencia del PAAG, pero sí en la del FONAFE, y sobre todo en la del VBP, en la cual la queja fue contra la concepción de los hospitales como “fábricas de producción”.

La convergencia de varios modelos de reforma para un nuevo esquema de las áreas sociales

La reforma de las áreas sociales podría utilizar elementos provenientes del modelo de acuerdos de gestión y, en consecuencia, el cambio en los mecanismos de pago institucionales e individuales. Sin embargo, su utilización debe ser convergente con el uso de elementos de otros modelos de reforma del Estado, ya que el modelo de contratos de desempeño reposa solamente en el control por resultados. Lo ideal sería combinar sistemas de control diversos: el control de resultados a través de indicadores de desempeño; el control contable, de tipo presupuestal; el control social, desde la vigilancia ciudadana; y el control de la competencia administrada. Todo ello deriva en la necesidad de articular el modelo contractualista con el modelo de reforma democrática del Estado.

Este cambio no se pudo hacer en el corto plazo, sino mediante un desarrollo lento y sostenible. Para lograrlo, en el caso del VBP, se debió cubrir de manera sostenible cuatro aspectos: el diseño y establecimiento de una categorización de los hospitales y establecimientos por niveles de atención; la implementación de un sistema de indicadores de salud; la estandarización del acto médico y su formalización en protocolos de atención; y, el desarrollo de sistemas

«Los acuerdos de gestión y nuevos mecanismos de pago son los ejes de la arquitectura de los sistemas reformados. Estos no operan bien si la nueva arquitectura no empieza a desplegarse en paralelo»

de información, auditoría y evaluación capaces de una toma de decisiones informada.

Los acuerdos de gestión pueden ser enfocados como instrumentos de gestión o como modelos de reforma. Bajo el primer enfoque se han realizado múltiples proyectos de microreformas tendientes a encontrar el mecanismo de pago óptimo. Cada caso exige un cálculo técnico preciso, pues errores en el rango de diferenciación de tarifas o en el sistema de retenciones y premios pueden determinar variaciones, que van desde el riesgo cero hasta el colapso operativo de los proveedores. Bajo el segundo enfoque, el debate sobre los mecanismos de pago y acuerdos de gestión se incorpora dentro de la discusión sobre modelos de reforma en salud. En este caso, se está ante el tema de la reestructuración de las áreas sociales, la arquitectura sectorial o subsectorial en el nivel nacional o por regiones y localidades. Los mecanismos de pago con los proveedores son parte de un entramado de oferentes

y demandantes, pagadores y compradores, productores y financistas, públicos e instituciones en salud, que están siendo transformados en sus relaciones de conjunto. De este modo, el tema abarca la redefinición de las funciones de cada componente del sistema y la gestión del nuevo sistema. Dentro de este enfoque se enmarcan los resultados del análisis de las tres experiencias, pues ellos muestran el carácter no sustentable de acuerdos interinstitucionales que no se integren en una reforma mayor.

Los acuerdos de gestión y nuevos mecanismos de pago son los ejes de la arquitectura de los sistemas reformados. Estos no operan bien si la nueva arquitectura no empieza a desplegarse en paralelo. El problema de la transición es que un despliegue inarmónico de la reforma de los mecanismos de pago y acuerdos de gestión puede cuajar en modelos no deseados. Esto supone, entonces, considerar que hay tres flancos a cuidar: el diseño adecuado del modelo, una estrategia de implementación acorde y una implementación adecuada del modelo de reforma. Las reformas sociales están llenas de diseños de reformas sin estrategias de aplicación, de aplicaciones sin estrategia y, por último, de reformas sin modelo ni estrategia.

Conclusiones

La evaluación realizada de las tres experiencias de acuerdos de gestión en el sector salud en los noventa, ha buscado extraer lecciones para las reformas sociales del futuro. Se concluye que no serán factibles nuevas políticas sociales y de salud, sostenibles, equitativas y eficaces, si no se asume el tema de la reestructuración de los sectores sociales.

El cambio en los mecanismos de pago es condición necesaria pero no suficiente para generar una administración gerencial. Se tiene que afectar en paralelo variables clave del entorno institucional. El éxito de cada forma de contratación y mecanismos de pago se encuentra íntimamente relacionado con el nivel de desarrollo y con la organización del sistema al que pertenece. Asimismo, se ha comprobado que no basta con examinar los resultados estadísticos de producción de servicios para demostrar el funcionamiento o no de los convenios de gestión.

Los acuerdos de gestión, implementados cabalmente, exigen una reforma global del Estado. Se ha demostrado que no es viable construir una nueva gestión pública a contracorriente de la propia normatividad estatal. Del mismo modo, el tema de los mecanismos de pago refleja la necesidad de la valoración de los servicios, lo que a su vez exige reconocer la diversa composición técnica y económica de cada tipo de prestación o servicio. Lo deseable sería que el sector tenga un catálogo, y su tarifario, que permita transacciones entre prestadores públicos y privados, y entre los propios prestadores públicos.

«(...) no serán factibles nuevas políticas sociales y de salud, sostenibles, equitativas y eficaces, si no se asume el tema de la reestructuración de los sectores sociales»

ÚLTIMAS PUBLICACIONES DE LOS CENTROS ASOCIADOS AL CIES

CIES

Portocarrero M. Felipe; Carolina Trivelli y Juan Alvarado. *Microcrédito en el Perú: quiénes piden, quiénes dan*, Serie: Diagnóstico y Propuesta, 9. Lima: CIES, febrero 2002.

Chacaltana, Juan. *Más allá de la focalización. Riesgos de la lucha contra la pobreza en el Perú*, Serie: Diagnóstico y Propuesta, 8. Lima: CIES-GRADE, setiembre 2001.

Cueto, Marcos. *Culpa y coraje. Historia de las políticas sobre el VIH/Sida en el Perú*, Serie: Diagnóstico y Propuesta, 7. Lima: CIES-UPCH, Facultad de Salud Pública y Administración, agosto 2001.

Francke, Pedro (ed.). *Políticas de salud 2001-2006*, Serie: Diagnóstico y Propuesta, 5. Lima: CIES, julio 2001.

Dammert, Ana Cecilia. *Acceso a servicios de salud y mortalidad infantil en el Perú*, Serie: Investigaciones Breves, 18. Lima: CIES-GRADE junio 2001.

CENTRO BARTOLOMÉ DE LAS CASAS – CBC, CUSCO

Revista Andina, No. 34. Cusco: CBC, febrero 2002.

Bauer, Brian. *Las antiguas tradiciones alfareras de la región del Cuzco*. Cusco: CBC, 2002.

Decoster, Jean-Jacques y José Luis Mendoza. *Ylustre Consejo, Justicia y Regimiento. Catálogo del Fondo Cabildo del Cuzco (Causas civiles)*. Cusco: CBC, 2002.

Chirinos, Andrés. *Atlas lingüístico del Perú*. Cusco: Ministerio de Educación-CBC, 2001.

Hurtado de Mendoza, William. *Pragmática de la cultura y la lengua quechua*. Cusco: Universidad Nacional Agraria La Molina-CBC, 2001.

CEDEP

Béjar, Héctor. *Política social, justicia social*. Lima: CEDEP, 2001.

Capacitación a mujeres en gestión municipal con perspectiva de género. Propuesta metodológica. Lima: Consorcio Promujer, 2001.

Propuestas para una nueva Ley Orgánica de Municipalidades desde un enfoque de equidad, género y ciudadanía. Lima: Consorcio Promujer, 2001.

Guerra García, Francisco. *Consensos para el desarrollo: debate elecciones 2000*. Lima: CEDEP, 2000.

Revista *Socialismo y Participación*, No. 91. Lima: CEDEP, octubre 2001.

CEPES

Eguren, Fernando y Juan Rheineck (eds.). *Desarrollo rural: Organizaciones no gubernamentales y cooperación internacional*. Lima: CEPES, 2001.

Eguren, Fernando. *Debate Agrario: Análisis y Alternativa*, No. 31. Lima: CEPES, agosto 2000.

Valderrama, Mariano (coordinador). *La realidad de la ayuda externa: América Latina al 2000*. Editado por el Grupo de Trabajo de Cooperación Internacional de la Asociación Latinoamericana de Organizaciones de Promoción - ALOP. Lima: CEPES, 2000.

Valderrama, Mariano (coordinador). *Mito y realidad de la ayuda externa: América Latina al 2001*. Editado por ALOP. Lima: CEPES, 2000.

CENTRO DE INVESTIGACIONES (CICA) - UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA, AREQUIPA

Revista *Premio a la Investigación*. Arequipa: Centro de Investigación, 2002.

Revista *Univérsitas*, No. 5. Arequipa: Centro de Investigación, 2001.

Revista *Univérsitas*, No. 3. Arequipa: Centro de Investigación, 2001.

Revista *Univérsitas*, No. 2. Arequipa: Centro de Investigación, 2000.

CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y PROMOCIÓN DEL CAMPESINADO – CIPCA

Fort, Angélica; Steve Boucher y Gustavo Riesco. *La pequeña agricultura piurana: evidencias sobre ingreso, crédito y asistencia técnica*. Piura: Universidad del Pacífico-CIPCA, 2001

Fort, Angélica. *Menestras y pequeña producción en la costa de Piura*. Piura: CIPCA, 2000.

Sánchez A., Pablo. *Manual de asesoría técnico productiva y empresarial a pequeños agricultores*. Piura: CIPCA, 2000.

Centro de Investigación y Promoción del Campesinado; Servicio Agropecuario para la Investigación y Promoción Económica. *Evaluación participativa de necesidades prioritarias: distritos de frontera de Piura-Perú*. Piura, Jaén: CIPCA-SAIPE, 2000.

Centro de Investigación y Promoción del Campesinado; Servicio Agropecuario para la Investigación y Promoción Económica. *Evaluación participativa de necesidades prioritarias: Alto Marañón*. Lima: CIPCA-SAIPE, 2000.

CIUP

Vásquez H., Enrique; Carlos E. Aramburú, Carlos Figueroa y Carlos Parodi, *Los desafíos de la lucha contra la pobreza extrema en el Perú*. 1ª ed. corregida. Lima: CIUP-IDRC, 2002.

Caravedo, Baltazar, *Cambio de sentido. Una perspectiva para el desarrollo sostenible*, Serie: Documento de Trabajo, 42. Lima: CIUP-LIDES, 2002.

López Maguiña, Santiago, Gonzalo Portocarrero, Rocío Silva Santisteban y Víctor Vich (editores), *Estudios culturales: discursos, poderes, pulsiones*. Lima: Red para el Desarrollo de las Ciencias Sociales en el Perú, 2001.

Mindreau, Manuel, *Introducción a la teoría de las relaciones internacionales*, Serie: Biblioteca Universitaria. Lima: CIUP, 2001.

Parodi, Carlos, *Globalización y crisis financieras internacionales: causas, hechos, lecciones e impactos económicos y sociales*. Lima: CIUP, 2001.

DESCO

Directorio de Organizaciones Juveniles de Villa El Salvador. Lima: DESCO-Flora Tristán-Mesa de juventud de VES, 2001.

Hacer de Villa El Salvador una comunidad educativa. I Congreso Distrital de Educación de Villa El Salvador. Lima: DESCO, 2001.

Manejo de áreas verdes urbanas. Para promotores ambientales de Villa El Salvador. Lima: DESCO-Programa Urbano, 2001.

Plan de desarrollo y reconstrucción de la provincia de Caravelí. Lima: DESCO-Municipalidad Provincial de Caravelí, 2001.

Toro, Oscar y otros (editores). *Crianza de camélidos andinos y desarrollo rural. Programa de desarrollo rural del Valle del Colca*. Lima: DESCO, 2001.

ESAN

Roca, Santiago y colaboradores. *La inversión en el Perú 2002-2003: entorno, industrias, regiones, financiamiento y estrategias empresariales*. Lima: ESAN, 2002.

Berríos, Rubén. *La transparencia en la privatización: una aproximación a partir de tres casos del proceso peruano*, Serie: Documentos de Trabajo, No. 9. Lima: ESAN, 2001.

Gastañaduy, Alfonso. *Franquicias: opción de desarrollo estratégico*. Lima: ESAN, 2000.

Roca, Santiago y Luis Simabuko. *Retos de la gerencia macroeconómica: propuestas de cambio a la política económica 2000-2005*. Lima: ESAN, 2000.

ESAN (eds.). *Descentralización en educación y salud: experiencias latinoamericanas*. Lima: ESAN, 2000.

GRADE

Robles, Miguel y otros. *Estrategia y racionalidad de la pequeña empresa*. Lima: OIT-GRADE-Mesa de Coordinación PYME, 2002.

Pascó-Font, Alberto y Jaime Saavedra. *Reformas estructurales y bienestar: una mirada al Perú de los noventa*. Lima: GRADE - CEPAL, 2001.

Torero, Máximo Alberto Pascó-Font. *El impacto social de la privatización y de la regulación de los servicios públicos en el Perú*, Serie: Documento de trabajo, No. 35. Lima: GRADE, 2001.

Saavedra, Jaime y Juan Chacaltana. *Exclusión y oportunidad: jóvenes urbanos y su inserción en el mercado de trabajo y en el mercado de capacitación*. Lima: GRADE, 2001.

Cueto, Santiago y Marjorie Chinen. *Impacto educativo de un programa de desayunos escolares en escuelas rurales del Perú*. Serie: Documento de trabajo, No. 34. Lima: GRADE, 2001.

INSTITUTO APOYO

Boletín Descentralización II - Retos del proceso de descentralización: competencias, recursos y capacidades. Servicio de Asesoría Económica al Congreso, No. 2. Lima: Instituto Apoyo, enero 2002.

Boletín Descentralización I - Las instituciones en el proceso de descentralización: competencias, recursos y capacidades. Servicio de Asesoría Económica al Congreso, No. 1. Lima: Instituto Apoyo, diciembre 2001.

Kuczynski, Pedro Pablo y Felipe Ortiz de Zevallos. *Competir y crear empleo: el reto 2001*. Lima: Instituto APOYO-El Comercio, 2001.

Balcázar, Rosa Ana, Oscar Aquino, Luis Cordero, Jorge Figueroa y Javier Paulini. *Política nacional para la reducción de la desnutrición crónica en el Perú*. Lima: Instituto APOYO-USAID, 2001.

Instituto APOYO, Ministerio de Salud (Minsa), Proyecto VIGIA (Minsa-USAID). *Impacto económico de la tuberculosis en el Perú 1999*. Lima: Minsa-Proyecto VIGIA-USAID, 2001.

IEP

Blondet, Cecilia. *El encanto del dictador. Mujeres y política en la década de Fujimori*. Lima: IEP, 2002.

Portocarrero, Gonzalo y Jorge Komadina. *Modelos de identidad y sentidos de pertenencia en Perú y Bolivia*. Lima: IEP, 2002.

Boelens, Rutgerd y Paul Hoogendam. *Derechos de agua y acción colectiva*. Lima: IEP, 2001.

Marcus-Delgado, Jane y Martín Tanaka. *Lecciones de final del Fujimorismo*. Lima: IEP, 2001.

Rostworowski, María. *Pachacutec Inca Yupanqui*. Lima: IEP, 2001.

IPAE

Centro de Estudios Estratégicos . *Competir un esfuerzo conjunto la prosperidad de todos* (Cade 2001). Resumen Ejecutivo. Lima: CEE-IPAE, 2002.

Centro de Estudios Estratégicos (ed.). *Perú: ¿en qué país queremos vivir? La apuesta por la educación y cultura* (Cade 2000-2001). Lima: CEE-IPAE, 2001.

Contiene: Resúmenes ejecutivos. Tomo I y II: Cultura. Tomo III: Educación. Tomo IV: Propuesta de educación y cultura. Tomo V: Testimonios de la historia (editado por Cecilia Bákula).

Centro de Estudios Estratégicos (ed.). *Documentos preparatorios* (Cade 1999-2000). Lima: CEE-IPAE, 2000.

Contiene: Tomo I: Resúmenes ejecutivos. Tomo II: Documentos. Tomo III: Eventos previos. Tomo IV: Visión del Perú: iniciando la prospección. Tomo V: Reflexiones del panel.

Kisic, Drago y Ramón Bahamonde (editores). *El desarrollo del sur del Perú. Realidad y desafíos*. Lima: Centro de Estudios Internacionales - Centro de Estudios Estratégicos de IPAE, 2000.

MACROCONSULT

Reporte Económico Mensual (REM)

Reporte Semanal

PUCP

Ruiz Díaz, Gonzalo. *Y a usted... ¿le sobra la plata? Determinantes de los precios minoristas en el mercado de gasolina en Lima Metropolitana*, Serie: Documento de Trabajo, No. 206. Lima: PUCP, noviembre 2001.

Jiménez, Félix; Gisella Chiang y Erick Lahura. *Macroeconomía: enfoques y modelos. Nuevos ejercicios resueltos: capítulos 3, 4, 5 y 7*, Serie: Documento de Trabajo, No. 205. Lima: PUCP, octubre, 2001.

Jiménez, Félix; Chiang, Gisella y Erick Lahura. *Macroeconomía: enfoques y modelos. Nuevos ejercicios resueltos: capítulo 8*, Serie: Documento de Trabajo, No. 204. Lima: PUCP, octubre, 2001.

Guardia, Gustavo. *Una función de importaciones para el Perú (1990 - 1999)*, Serie: Documento de Trabajo, No. 203. Lima: PUCP, setiembre 2001.

Figueroa, Adolfo. *Ciencia y desarrollo: el papel de la ciencia económica*, Serie: Documento de Trabajo, No. 202. Lima: PUCP, setiembre 2001.

SOCIOS DEL CIES

Institución / Representante

LIMA

Universidades

- . Escuela de Administración de Negocios para Graduados-ESAN / *Santiago Roca*
- . Pontificia Universidad Católica del Perú, Departamento de Economía / *Oscar Dancourt*
- . Universidad de Lima, Centro de Investigaciones Económicas y Sociales / *Percy Correa*
- . Universidad del Pacífico, Centro de Investigación / *Felipe Portocarrero S.*
- . Universidad Nacional Agraria La Molina, Facultad de Economía y Planificación / *Luis Jiménez*
- . Universidad Nacional de Ingeniería, Facultad de Ingeniería Económica y Ciencias Sociales / *Alfonso López-Chau*
- . Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Instituto de Investigaciones Económicas / *Enrique Palacios*
- . Universidad Peruana Cayetano Heredia, Facultad de Salud Pública y Administración / *Marcos Cueto*

Centros

- . Centro de Estudios para el Desarrollo y la Participación - CEDEP / *Félix Wong*
- . Centro de Estudios y Promoción del Desarrollo - DESCO / *Julio Gamero*
- . Centro Peruano de Estudios Sociales - CEPES / *Fernando Eguren*
- . Grupo de Análisis para el Desarrollo - GRADE / *Santiago Cueto*
- . Instituto Apoyo / *Gabriel Ortiz de Zevallos*
- . Instituto Cuánto / *Moisés Ventocilla*
- . Instituto de Estudios Peruanos - IEP / *Carolina Trivelli*
- . Instituto Nacional de Estadística e Informática - INEI / *Gilberto Moncada*

- . Instituto Peruano de Administración de Empresas - IPAE - Centro de Estudios Estratégicos / *Juan Díaz*
- . Macroconsult S.A. / *Elmer Cuba*
- . PRISMA / *Delia Haustein*
- . Seguimiento, Análisis y Evaluación para el Desarrollo - SASE / *Ricardo Vergara*
- . Sociedad Nacional de Industrias, Instituto de Estudios Económicos y Sociales / *Luis Abugattás*

PROVINCIAS

Universidades

- . Universidad Nacional de Piura, Facultad de Economía / *Humberto Correa*
- . Universidad Nacional del Altiplano, Facultad de Ingeniería Económica / *Félix Olaguivel*
- . Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco, Facultad de Economía / *José Cáceres*
- . Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, Facultad de Economía / *Angel Paz*
- . Universidad Católica de Santa María, Arequipa, Centro de Investigaciones / *Edgar Borda*
- . Universidad Nacional de Trujillo - CEPUN, Facultad de Ciencias Económicas / *Enrique Rodríguez*

Centros

- . Centro Bartolomé de las Casas / *Jean-Jacques Decoster*
- . Centro de Investigación y Promoción al Campesinado - CIPCA / *Bruno Revesz*
- . Instituto de Investigaciones de la Amazonía Peruana - IIAP / *Dennis del Castillo*

Dirección Ejecutiva del CIES

Jr. León de la Fuente 110 - Magdalena
Lima 17 - Perú. Telefax (511) 264 1557
