
La salud peruana en el siglo XXI.
Retos y propuestas de política

La salud peruana en el siglo XXI.
Retos y propuestas de política

Juan Arroyo, editor



Edición: Lima, julio de 2002
Impreso en el Perú
(c) Consorcio de Investigación Económica y Social, DFID-Ministerio Británico para el Desarrollo Internacional, Proyecto POLICY

Corrección de estilo: Martha Alvarez y Graciela Alvarez
Cuidado de edición: Carolina Teillier
Arte de carátula: Roni Heredia

Hecho el Depósito Legal No. 1501162002-3153
Impreso por Visual Service SRL

ISBN 9972-804-21-6

El Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES) está conformado por más de veinticinco instituciones de investigación y/o docencia; y cuenta con el auspicio del Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (CIID), la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (ACDI) y otras fuentes de cooperación.

Este libro y los estudios que reúne han sido posibles gracias al auspicio de DFID-Ministerio Británico para el Desarrollo Internacional y del Proyecto POLICY, que es un proyecto de USAID, implementado por *The Futures Group International*, en colaboración con *Research Triangle Institute* (RTI) y *Centre for Development and Population Activities* (CEDPA).

CIES, DFID-Ministerio Británico para el Desarrollo Internacional y el Proyecto POLICY no comparten necesariamente las opiniones vertidas en el presente libro, que son responsabilidad exclusiva de sus autores.

Sobre los autores

Presentación

Introducción

Viejos y nuevos problemas para la acción colectiva en salud
Juan Arroyo Laguna

- I. Focalización de los recursos públicos en salud
Betty Alvarado Pérez
- II. Financiamiento en salud
Margarita Petreza
- III. Acceso y uso racional de medicamentos en el Perú
Manuel Vargas Girón
- IV. Para mejorar la salud reproductiva
Alfredo Guzmán Changanaquí
- V. Para una política hospitalaria
Henry Rebaza Iparraguirre
- VI. Participación comunitaria en la salud:
la experiencia peruana en los CLAS
Laura Altobelli Meier
- VII. Hacia una política nutricional en el Perú:
estrategias alimentarias y no alimentarias
María Inés Sánchez-Griñan Caballero

Índice de siglas

Betty Alvarado Pérez

Economista de la Universidad de Lima. Estudios de doctorado, máster en Filosofía y máster en Gestión Pública de la *New York University*. Profesora e investigadora de la Universidad del Pacífico (UP). Coordinadora académica y profesora del Programa de Capacitación en Gestión Municipal y Desarrollo Local en INTERPRAXIS, Escuela de Postgrado de la UP. Consultora en organismos internacionales. Ha trabajado en el diseño e implementación de programas de desarrollo social. Actualmente trabaja como consultora del Banco Mundial, en temas de desarrollo urbano y descentralización. Sus publicaciones, libros y ensayos giran en torno a finanzas públicas, descentralización y financiamiento de la salud.

Laura Altobelli Meier

Salubrista, con maestría, doctorado y post-doctorado en Salud Pública de la Universidad de Johns Hopkins en EE. UU. Profesora principal de la Maestría en Salud Pública de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Investigadora y evaluadora en temas de salud y nutrición materno-infantil y salud comunitaria. Consultora en distintos organismos internacionales y no gubernamentales, entre ellos el BIRF, BID, USAID, Embajada Real de Holanda, UNICEF, ADRA, CARE, Population Council, URC, AED y JHPIEGO. Ha participado en foros internacionales y ha publicado distintos estudios sobre participación ciudadana en salud.

Juan Arroyo Laguna

Sociólogo, maestro en Salud Pública, jefe del Departamento de Salud y Ciencias Sociales y director de la Maestría en Gerencia de Proyectos y Programas Sociales de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Investigador y con-

sultor en temas de reforma del Estado, políticas sociales, políticas de salud y gerencia social. Ha sido director general de Planificación en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos y consultor en diversos organismos internacionales. Ha publicado múltiples ensayos, artículos y libros, entre ellos: *Salud: la reforma silenciosa. Interculturalidad en la atención de la salud y gobernabilidad en salud en el Perú en los 90.*

Alfredo Guzmán Changanquí

Médico especialista en Ginecología y Obstetricia, egresado de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, con Maestría en Salud Pública de la Universidad de Johns Hopkins. Tiene veinte años de experiencia como consultor en salud reproductiva y salud pública en diversos organismos internacionales, entre ellos USAID, Pathfinder, Population Council, AVSC, Futures Group, Mothercare, John Snow, UNFPA, BID y DFID. Implementó, organizó y dirigió el primer Programa Nacional de Planificación Familiar en el Instituto Peruano de Seguridad Social. Es miembro de misiones de país de UNFPA para República Dominicana y Ecuador. Fue representante por seis años de Pathfinder International para Latinoamérica Sur. Ha sido jefe del Gabinete de Asesores del Despacho Ministerial en el Ministerio de Salud.

Margarita Petrerá Pavone

Magíster en Economía de la Pontificia Universidad Católica del Perú, donde también obtuvo los títulos de Economista y Socióloga. Magíster en Salud Pública de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Se desempeña como consultora de la Organización Panamericana de la Salud. Ha publicado distintos estudios en el área de economía de la salud referidos a la seguridad social en salud, al efecto de la crisis económica en los servicios de salud, al impacto económico de la epidemia del cólera, a la inversión en salud y a la equidad en la atención de salud. Ha sido, además, profesora del Departamento de Economía de la Pontificia Universidad Católica del Perú y es actualmente profesora de la Facultad de Salud Pública de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Henry Rebaza Iparraguirre

Médico Cirujano. Maestro en Salud Pública, egresado del Instituto de Salud Pública de México. Ha trabajado en los diferentes niveles de atención hasta alcanzar el cargo de director regional de Salud del Ministerio de Salud de La Libertad. Es consultor e investigador en sistemas de salud, recursos humanos,

gerencia de servicios de salud y economía de la salud, docente en el Postgrado de la Universidad Nacional de Trujillo.

María Inés Sánchez-Griñan Caballero

M Sc. en Fisiología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima y M Sc en Nutrición Internacional de la Cornell University, Ithaca, EE. UU. Ha realizado investigaciones en alimentación infantil y seguridad alimentaria de hogares urbanos y rurales en el Instituto de Investigación Nutricional y ha sido docente en la Universidad Nacional Agraria de la Molina. Especialista en el fortalecimiento del manejo nutricional en el contexto de la atención integral a través del Ministerio de Salud, ONG y comunidad. Consultora de GTZ, USAID, OPS, FAO y BID en temas de nutrición pública, evaluación y política alimentaria nutricional a nivel local, nacional e internacional.

Manuel Vargas Girón

Médico Cirujano especialista en medicina interna, egresado de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, magíster en Ciencias con mención en Farmacología y estudios de Doctorado en Ciencias en la Universidad Peruana Cayetano Heredia, de la cual es profesor asociado. Es investigador y consultor en temas relacionados a medicamentos para diferentes organismos nacionales e internacionales, y miembro del Comité de Salud Pública del Colegio Médico del Perú. Ha sido miembro de la Comisión Farmacológica Nacional del Ministerio de Salud en 1997, del Comité de Redacción de la Guía Farmacoterapéutica Nacional (MINSa 1993), del Comité Editor del Formulario Nacional de Medicamentos Esenciales (MINSa 2000) y editor del libro *Manejo racional de medicamentos en hospitales, un componente del mejoramiento continuo de la calidad (MINSa / Proyecto 2000 / USAID 2000).*

Presentación

Desde que se iniciaron los trabajos del Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES) sobre Políticas de Salud (junio 2000), el Perú ha tenido tres gobiernos distintos. Lo que se inició como un proyecto para influir en el gobierno autoritario de Fujimori, se convirtió en propuesta para el gobierno de transición del presidente Paniagua (noviembre 2000 a julio 2001) cuyas autoridades de salud la acogieron con interés y, recientemente, como un aporte para la política sanitaria del gobierno del presidente Toledo (julio 2001 a la actualidad).

Mucho cambió en el país en ese corto período, incluyendo las políticas de salud. Estas han respondido a prioridades coyunturales y a preferencias de la administración de turno y no a una política de Estado basada en una visión de largo plazo y en una consulta amplia con la sociedad civil, los partidos políticos y los expertos. Preocupados por la discrecionalidad en la formulación de las políticas de salud, CIES, con el renovado apoyo de DFID-Ministerio Británico para el Desarrollo Internacional y una nueva contribución de USAID a través de su Proyecto Policy, lanza esta nueva publicación que complementa y amplía el libro *Políticas de Salud 2001-2006*, publicada por el CIES en julio de 2001. Este libro es el resultado de seis meses de investigación y discusiones con especialistas, académicos, funcionarios y activistas del campo de la salud pública. Examina ocho temas centrales para la salud peruana referidos a la reforma institucional, la focalización del gasto, el financiamiento, el acceso a medicamentos, la salud reproductiva, la política hospitalaria, la participación de la comunidad y la política nutricional. Cada autor, seleccionado por concurso entre una amplia lista de expertos, ha priorizado en su trabajo el tema de la equidad y superación de la pobreza con una perspectiva de derechos. Al mismo tiempo, los autores han abordado estos temas clave teniendo en cuenta la necesidad de mejorar la eficacia y la eficiencia de los programas de salud y que las responsabilidades no corresponden sólo a los prestadores, sino también a los usuarios.

Este aporte del CIES, cuya misión central es contribuir a cerrar la brecha entre lo que se sabe y lo que se hace en políticas públicas, se inserta en un nuevo contexto socio-político. Efectivamente, como reacción a diez años de autoritarismo y corrupción, asistimos a un resurgimiento de movimientos de la sociedad civil organizados para proponer, vigilar y presionar sobre las políticas públicas. Tal es el caso de Forosalud, espacio que se inicia a fines del 2000 con un grupo de los investigadores del primer estudio del CIES y otras personas comprometidas con el tema de la salud. Hoy son más de cien las instituciones y personas involucradas en este movimiento. Su futuro dependerá de su capacidad para articularse con redes y grupos que trabajan en salud en el nivel nacional y para crear consenso y mecanismos de influencia en la política sanitaria. Pero su desarrollo dependerá también de los esfuerzos para incluir a los pobres y a las organizaciones de base, promoviendo conciencia sobre la salud como un derecho y la educación sanitaria como un recurso y una responsabilidad. La presente publicación pretende contribuir con este proceso.

Carlos E. Aramburú
Director Ejecutivo
Consortio de Investigación Económica y Social

INTRODUCCIÓN

JUAN ARROYO¹

Democratización y racionalización: viejos y nuevos problemas para la acción colectiva en salud

El presente libro contiene siete trabajos de investigación auspiciados por el Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES) sobre los temas de financiamiento en salud, focalización, medicamentos, nutrición y alimentación, salud reproductiva, gestión hospitalaria y participación social en salud. Los informes que aquí presentamos fueron sistematizados y debatidos entre setiembre del 2001 y marzo del 2002 y desarrollan la propuesta sanitaria presentada en junio del año pasado por el CIES en el primer libro sobre «Políticas de Salud 2001-2006», que incluyó trabajos sobre lineamientos de políticas de salud, gobernabilidad, reestructuración institucional, descentralización en salud, situación de salud, atención de primer nivel, servicios hospitalarios y recursos humanos en salud.

Los trabajos muestran diferentes facetas de nuestra realidad sanitaria y finalizan planteando propuestas de políticas para cada una de ellas. El primer libro del CIES tocó temas transversales a todo el sector y uno podría esperar que los trabajos de este segundo libro, por tratar temas especializados, no tuvieran muchos puntos de contacto. Sin embargo no es así. La presente introducción es precisamente una reflexión sobre el significado unitario de estos materiales en el actual contexto nacional y sectorial. El énfasis aquí no será adentrarse en algún campo sanitario específico. Su objetivo es otro, desarrollar dos ideas-fuerza representadas en este libro: las de democratización y racionalización en salud, puntos críticos que condensan viejos y nuevos problemas para la acción colectiva en el sector salud.

¹ Jefe del Departamento de Salud y Ciencias Sociales de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

1. Sociedad asertiva y buena administración pública, bienes públicos escasos

Es poco común en nuestro país que investigadores se reúnan y hagan un esfuerzo de reflexión programática sobre sus campos de especialidad, esto es, debatan durante varios meses propuestas globales de políticas de salud en sus materias, sin que existan elecciones de por medio. En el Perú, como seguramente en la mayoría de países latinoamericanos, los especialistas no suelen realizar propuestas holísticas sobre sus temas sino en determinadas coyunturas, sea porque se le solicitan insumos para programas electorales o para la instalación de nuevos equipos de gobierno. Este libro, sin embargo, presenta políticas de salud luego de que pasaron las elecciones y sin que sus autores estén en funciones de gobierno. En ese sentido, traduce una opción nueva en el sector salud peruano: la voluntad de participar en la cosa pública desde la sociedad civil; por tanto, de participar en lo público desde lo privado y de articular lo profesional y lo técnico con lo político. Sus materiales han sido formulados explícitamente como aportes del equipo de investigación en salud del CIES a la construcción del Foro de la Sociedad Civil en Salud y como una contribución a la gobernabilidad democrática en salud.

Esto cambia los términos del debate sobre cómo mejorar la relación entre los investigadores y los decisores en salud, que es la forma como se ha venido discutiendo en América Latina el impacto de la investigación en salud. Mucho se ha investigado y escrito al respecto (Walt y Gilson 1994, Trostle *et al.* 1999, Sauerborn *et al.* 1999, Pittman y López-Acuña 2001, Almeida *et al.* 2001). Los investigadores del presente libro, en la práctica, han respondido a este viejo problema de la relación entre académicos y políticos escribiendo para y desde la sociedad civil, cambiando, o mejor ampliando, los usuarios de sus investigaciones y buscando empoderar sus propuestas empoderando a la sociedad civil.

Esto expresa en alguna medida un cambio en los actores de la sociedad civil sectorial, que tradicionalmente no han tenido voz sobre las políticas de salud en el Perú. En estos últimos tiempos, por un momento, se ha abierto una ventana de oportunidad que, como vamos a intentar demostrar, podría ser la posibilidad para instalar una nueva relación sociedad-Estado en el sector sanitario y avanzar hacia otra forma de hacer salud en el país.

El que un conjunto de investigadores se proponga apoyar el desarrollo de la capacidad propositiva y de vigilancia ciudadana de la sociedad civil tiene implícita una reconceptualización de la tarea del «buen gobierno». La vieja concepción iluminista sostiene que ella corresponde exclusivamente al Estado. Ciertamente éste deberá llevar un peso central en la gestión de la respuesta social a los

problemas de salud, pero la *performance* de esta respuesta sanitaria al final es siempre una responsabilidad compartida. El Estado se lo recuerda a la población cuando «inculpa a la víctima» por sus estilos de vida no saludables. Es mejor, por tanto, que se explicita desde el inicio que el Estado y la sociedad comparten activos y pasivos porque construyeron juntos la intervención en todas sus fases. Kliksberg (1994) sistematizó hace unos años las tendencias en el rediseño del Estado y una de ellas era precisamente el paso de las antiguas oposiciones «Estado versus sociedad» o viceversa, a una fórmula «Estado más sociedad».

El hecho concreto es que el poder técnico y la sociedad civil en salud han dado algunos pasos hacia la articulación en los últimos tres años en el Perú y ello podría ayudar a rectificar la paradoja develada por la transición democrática peruana: la transición democrática nacional no se acompaña necesariamente de una transición democrática sectorial. El régimen político nacional de hecho ha cambiado, pero ello no se ha traducido en un cambio en el régimen institucional sectorial, que permanece intocado.

Esto de por sí es un contrasentido luego de diez años de régimen autoritario y en medio de un mundo global que ha consagrado la democracia como valor. Pero a ello deben añadirse razones prácticas: en otros países tal vez no se necesita una apertura democrática para ser eficaz y eficiente, pero en el nuestro sí. Está demostrado que la transparencia y la rendición de cuentas (*accountability*) son factores muy importantes para un buen gobierno en países desinstitucionalizados (Shepherd 1999, Bresser 1999, Arroyo 2001).

Esto no significa obviamente volver a concepciones maniqueas en que la sociedad contiene todas las virtudes cívicas y el Estado los intereses específicos de algunos sectores. La tesis central es que el interés público no lo representa alguien de por sí –salvo que se vuelva a los viejos fundamentalismos– y sólo podrá surgir de procesos de deliberación pública. La medida del «bien común» surge del diálogo, que establece la moral pública. Lo nuevo en el siglo XXI es por eso el carácter cada vez más amplio de lo público, que ya no es sinónimo de lo estatal, y la consiguiente exigencia de una construcción transparente de la política pública.

La tesis de quienes desean un «gobierno de pocos» es que ni la población nacional ni la comunidad sectorial están preparadas para la democracia. Efectivamente, el conservadurismo alerta sobre un hecho real: las bases sociales y morales para una democracia eficaz están muy debilitadas en el Perú. Con un 25% en situación de extrema pobreza, 54% de pobreza y 70% de informalidad, no hay un acuerdo nacional sobre la desigualdad tolerable y la puja redistributiva es permanente, pese a la escasez de recursos. Ello indica que la construcción de una gobernabilidad democrática deberá ser gradual, emprendiendo realístenamente una articulación sinérgica entre democracia y eficacia. Pero no existen tampoco

evidencias de que un gobierno elitista garantice un buen gobierno, pues en las sociedades fragmentadas no sólo no hay una «sociedad asertiva» sino que tampoco existe una tradición de buena administración pública, porque ambos son bienes públicos escasos, fruto de los problemas para la acción colectiva.

Hace muchos años Mancur Olson (1971) explicó la dificultad para agruparse cuando todos quieren gozar de los bienes públicos pero muy pocos quieren pagar los costos de ese bien colectivo. Él explicó que la lógica de la acción colectiva contenía esta tensión, pues no hay forma de que las personas no consuman bienes que por su naturaleza son colectivos pero cuyos costos no se distribuyen por igual entre todos los que los usufructúan. Bajo ese enfoque se fundó el *public choice* y la teoría de los juegos. El punto de partida era la antropología filosófica del hombre egoísta, fruto de la aplicación del cálculo económico a la interpretación de la política y sociabilidad. Años más tarde Robert Putnam (1993) demostró las inconsistencias de una interpretación basada en sólo el cálculo y el interés, proponiendo la teoría del capital social. Amartya Sen (1989, 1998) dejó establecido al respecto que el interés propio no es lo único racional ni toda desviación del interés propio es sinónimo de irracionalidad, existiendo pluralidad en las motivaciones humanas. Ni siempre somos egoístas ni siempre somos desinteresados.

Pero en la historia de los países hay momentos sinérgicos y momentos en que priman los bloqueos por conductas no cooperativas, siendo por tanto útil apoyarse en la lúcida reflexión de Olson para estos últimos casos. En estas situaciones de suma cero florecen los «*free riders*» y las sociedades y los gobiernos son prisioneros de su propia desconfianza. Es el caso peruano luego de dos décadas de desestructuración y de diez años de culto al individualismo posesivo.

Detrás, entonces, de esta entrega de siete investigaciones a la sociedad civil hay una propuesta de construcción gradual de un sistema democrático en salud. Las fórmulas organizacionales concretas están explicitadas en el primer libro del CIES sobre «Políticas de Salud 2001-2006» (CIES 2001: caps. 1 y 2) y en la propuesta del Gobierno de Transición (MINSA 2001: caps. 1 y 5). Este régimen democrático sectorial es un sistema de rectoría fuerte con contrapesos que promueven la acción común y el mejoramiento continuo. Está basado en una posición de ciudadanía activa, esto es, en actores sanitarios que superan las situaciones tradicionales de consenso pasivo, indiferencia o malestar continuo y no productivo. La emergencia del Foro de la Sociedad Civil en Perú expresa esta nueva concepción ciudadana de derechos y responsabilidades. Es verdad que el tejido de la sociedad civil que se viene organizando en salud involucra por ahora a un tipo de «sociedad civil», la de las clases medias o profesionales del sector, y aún no al otro tipo de «sociedad civil», más extrasectorial, la de la gran población, relacionada con los servicios como pacientes y usuarios. Pero son de todas

formas pasos para superar la actual situación en salud de «ciudadanía de baja intensidad», para usar los términos de O'Donnell (2001). Por último, este sistema democrático sectorial permite un «mejoramiento continuo» de la *performance* del gobierno en salud, con el involucramiento generalizado y la vigilancia ciudadana, siendo superior a la opción clásica que apuesta la calidad del gobierno al «todo o nada» cada cinco años.

2. La «comunidad sectorial» de los noventa y sus opciones en la transición

Este nuevo posicionamiento de una parte de los actores sanitarios fue propiciado por la transición democrática en curso en el país. En realidad, todas las transiciones democráticas expresan y a la vez promueven el despertar de las sociedades civiles. El resurgimiento de nuestra actual sociedad civil sectorial empezó en 1997, agrupándose tras una identidad de resistencia nacional y sectorial en oposición al proyecto reeleccionista del ingeniero Alberto Fujimori y también al pequeño grupo de autoridades y funcionarios que condujo casi sin interrupción el Ministerio de Salud desde 1994. Los primeros actores que integraron este inicial movimiento fueron profesionales de ONG, dirigentes médicos, investigadores, consultores, docentes universitarios y organizaciones de mujeres y jóvenes. Dos fueron las críticas centrales a la gestión ministerial del fujimorismo en salud: su conducción autocrática del sector y su fracaso en la formulación y gestión de una reforma en salud que mejorase el desempeño del sector en beneficio de los más pobres. Si algún consenso se generó a fines de los noventa fue la crítica a las iniciativas dispersas y no coherentes y el reclamo en pro de un cambio sistémico del sector.

La ocasión para el paso de esta «identidad de resistencia» a una «identidad de proyecto» (Castells 1998) la dieron las elecciones de abril del 2000 y del 2001. Éstas propiciaron el despliegue de un movimiento sectorial de construcción de una nueva visión-objetivo del sector. En ese tiempo se produjeron por lo menos nueve propuestas de nuevas políticas de salud: la del CIES, Colegio Médico, Academia Peruana de Salud, Agenda: Perú, APRA, Unidad Nacional, Perú Posible, Solidaridad Nacional y, finalmente, la del Gobierno de Transición, todas diseñadas por equipos amplios de profesionales. Fueron años de muchos seminarios, talleres y reuniones programáticas en los que los actores sanitarios buscaron dotarse de un nuevo sentido de futuro.

Las elecciones avivaron el debate y ampliaron el número de personas interesadas en las políticas de salud, pero existían desde antes núcleos de producción programática y líderes de opinión en el sector, que habían venido formulando y defendiendo propuestas permanentes. Es curioso: no hay casi partidos, pero sí hay programas sanitarios y una geografía política sectorial. Resaltamos la pre-existencia de esta «comunidad sectorial» porque la construcción de una «demo-

cracia sinérgica» en salud tiene que ver, en parte, con la adecuada modificación de esa geografía sectorial con cada nuevo gobierno, o incluso con cada ministro.

El sector salud es lo que Bourdieu (1999) llamaba un «campo» de la vida social, esto es, un área delimitada en la que habita una «comunidad técnico-política» que es referencia en el sector y que desarrolla en forma legítima la lucha por el control de los recursos materiales y simbólicos que se generan o circulan en su interior. Un campo existe, decía Bourdieu, cuando hay un capital común, sea éste de conocimientos o habilidades, o de lo que fuere, y cuando se establece una lucha por ese capital. En un «campo», sea éste un partido, una iglesia, una disciplina, una sociedad científica, los contendores contribuyen con su lucha a la reproducción del juego, que se mantiene porque se cree en él. Belmartino y Bloch (1994) mostraron la utilidad del concepto de «campo» analizando el sector salud argentino, porque el concepto de sector deja de entenderse burocráticamente, como sumatoria de instituciones o establecimientos, y empieza a ser visto como una comunidad de referencia. El sector salud peruano ha sido, en los noventa, un «campo», de tal forma que ya se sabe de alguna manera quién es quién en el sector, esto es, qué proyecto de sector salud encarna cada líder de opinión y por tanto cuál es la geografía política y programática del sector.

Esto es importante porque la experiencia enseña que, existiendo una debilidad de los partidos, el tipo de relación que se establece entre los militantes del partido de gobierno y esta «comunidad técnica y política sectorial» determina en alguna medida el futuro de la función gobierno. Puede darse el caso de que el partido trabaje con la mayoría de la comunidad técnico-política, como pasó con el Gobierno de Transición, que se sustentó en la tecnocracia de los noventa y en profesionales en oposición desde la sociedad civil. Pero puede darse el caso de que el partido relegue los recursos humanos técnicos existentes, ocupando sus puestos, en cuyo caso hará el aprendizaje gubernamental en el ejercicio mismo del gobierno. Una investigación sobre gobernabilidad en salud en el Perú mostró que el régimen fujimorista, que nació sin un equipo propio en salud, demoró cuatro años en formar su equipo de gobierno en el Ministerio de Salud, cinco años en tener sus lineamientos de política en salud y siete años en formular su modelo de reforma sectorial (Arroyo 2001). En medio de ambos extremos hay múltiples situaciones intermedias.

Con todo lo injusto de las definiciones, se podría decir, en pocas palabras, que en la geografía sectorial de los noventa había cinco programas sanitarios representados. Ocupaba entonces el lugar del oficialismo el *programa de modernización sectorial a la colombiana*, representado por el Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud del MINSa. En oposición a éste estaban en la sociedad civil de entonces, por un lado, los programas que ofrecieron restaurar el *sistema de salud trisegmentado* para, desde ahí, mejorarlo. Las dos fórmulas para lograr lo

anterior eran el *Sistema Nacional Coordinado*, planteamiento enarbolado por sus autores desde 1978, y la universalización del *Seguro Social bismarckiano* con afiliados independientes, propuesta que se intentó implementar durante el gobierno aprista de 1985-90. También en la oposición desde la sociedad civil estaba el programa técnico-social del *Seguro Público Unificado*, enarbolado por investigadores y consultores, fruto del ensamble, desde la perspectiva de derechos ciudadanos, de elementos de la nueva gestión pública y del modelo de reforma democrática del Estado, planteamiento condensado en el primer libro del CIES y en la «Propuesta de Políticas para la Salud» del Gobierno de Transición (2001). El quinto sector de opinión, también en la oposición, estuvo representado por la dirigencia médica de la etapa 1998-2001, con un planteo que articulaba la defensa de la equidad y solidaridad con algunas propuestas de modernización de la gestión, en particular el planeamiento estratégico y los acuerdos de gestión. El *programa de privatización ortodoxa*, alguna vez representado por el exministro de Salud Jaime Freundt-Thorne y el exministro de Economía Carlos Boloña, prácticamente dejó de tener representación visible en el sector salud en la segunda mitad de los noventa.

Ésta era la geografía sectorial que ingresó a la transición democrática y que resultó modificada con las elecciones, surgiendo una nueva disposición general. El oficialismo tecnocrático de la década pasada tenía frente a sí a las viejas posiciones bismarckianas, a los estatistas moderados de los ochenta, a la izquierda clásica y a las posiciones técnico-sociales de centro y nueva centroizquierda.

En ese momento de inicio y desarrollo de la transición democrática en el Perú, en que los actores proyectaban sus visiones-objetivo para el sector, los representantes de estos programas optaron por dos estrategias diferentes de participación en la cosa pública: unos se integraron a los partidos políticos en las campañas electorales del 2000 y 2001, mientras que otros se mantuvieron en la sociedad preparando las bases de lo que es hoy el FOROSALUD. Esto significa que la mayoría de actores principales del actual gobierno sectorial y de la sociedad civil han compartido la etapa de resistencia antidictatorial. Quienes actualmente dirigen el sector salud hace poco fueron miembros de la sociedad civil y plantearon, desde el llano, democracia, equidad, integralidad, solidaridad, descentralización y transparencia; valores que no propiciaban quienes gobernaron el sector durante una década. Ello debe facilitar el diálogo para la instalación de un nuevo régimen institucional en salud. Pero esto quiere decir, también, que como fruto de esas estrategias diferentes se ha producido un cambio en la geografía sectorial: el polo tecnocrático salió del Ministerio de Salud, apareció con peso la crítica neoconservadora al neoliberalismo, varios programas anteriormente en oposición se constituyeron en el nuevo oficialismo llevando a su interior sus coincidencias y discrepancias, y el programa técnico-social permaneció en la sociedad civil.

El grueso de la sociedad civil sanitaria no se integró a la «sociedad política» en las dos campañas electorales, pese a que la partidización de los actores de la sociedad civil era, hacia fines de la década pasada, una estrategia realista para un futuro «buen gobierno» en salud. Cada uno tuvo sus razones para ello. En parte debe haber tenido que ver con el hecho de que los partidos políticos son muy débiles en el sector salud y hay una desconfianza respecto a los agrupamientos aluvionales preelectorales. Seguramente también influyó la política de apertura del Gobierno de Transición del doctor Valentín Paniagua, que condujo democráticamente el Ministerio de Salud entre noviembre del 2000 y julio del 2001, convocando a los representantes del Colegio Médico y de la sociedad civil en general a cogobernar, lo que consolidó la confianza de que los niveles de democratización podían depender de las personas y no de la institucionalidad.

Evidentemente, un elemento que ha contribuido también a esta apuesta de la sociedad civil por sí misma es la cantidad de frustraciones acumuladas en una y otra administración ministerial, y la consiguiente conclusión de que lo que realmente falta no es un proyecto mesiánico de gobierno en salud, que crea poder resolver todos los problemas de una vez y para siempre, sino sobre todo un proyecto más compartido y realista, de «perfeccionamiento permanente» basado en la mirada de todos, lo cual requiere una sociedad civil autónoma, articulada, permanente, activa, dialogante, plural, y no fragmentada como la actual, que construya a escala sectorial la vigilancia social y haga de sus amplios recursos técnicos una plataforma eficaz de defensa y promoción de los derechos ciudadanos, que estimule la creación de corrientes de pensamiento en el campo de la salud y que contribuya codo a codo a la gobernabilidad democrática del sector, esto es, a la buena *performance* del gobierno compartido.

Es por eso que en la primera semana de agosto del 2001, al mismo tiempo que se instalaba el nuevo gobierno electo, nació el comité impulsor del FOROSALUD, con la firma de doce personas y de cuatro instituciones: CIES, Colegio Médico del Perú, Asociación Nacional de Centros y Centro de la Mujer Peruana Flora Tristán. El equipo de investigadores en salud del CIES contribuyó especialmente a este esfuerzo plural, que cuenta ahora con cerca de 100 organizaciones afiliadas, 300 profesionales afiliados en forma individual y las redes temáticas más importantes formadas en el sector salud en los últimos años.

Ahora, a casi un año de instalado el nuevo gobierno nacional y sectorial, los actores sanitarios que durante tres años prepararon activa y apasionadamente un nivel superior de gobernancia y gobernabilidad sectorial al vivido en los noventa, pueden evaluar serenamente, con objetividad, si lo que hacen cotidianamente cubre las expectativas que se tuvieron y si las opciones que se tomaron hace un tiempo fueron las mejores para el país. Como dice el proverbio confuciano, cuando uno llega a una encrucijada se hace la pregunta de Yang Chu: «¿No

es aquí dónde si uno da medio paso en falso despierta a mil millas fuera del camino correcto?»². ¿Estuvieron bien las opciones de todos hace dos años? ¿Qué hacemos ahora con el gobierno sectorial, tal como está? ¿Tendremos hoy que esperar cinco años más para, en otra encrucijada, encontrar el camino correcto? ¿No es éste el momento de la encrucijada en que le toca a la sociedad civil articularse y volverse asertiva?

3. Ciudadanía de baja intensidad: ¿derechos sociales sin derechos políticos o viceversa?

Es probable que la comprensión de las características específicas de nuestra transición democrática ayude a entender la posibilidad de establecer arreglos institucionales que fortalezcan el control social como contrapeso a los problemas de la acción colectiva.

La peculiaridad de la actual transición democrática en el Perú es que, a diferencia de otros países que restauraron formas democráticas ya conocidas, se ve obligada a reinventar la democracia porque no puede volver al modelo de los ochenta. De ahí surgen los debates actuales sobre reforma constitucional, descentralización y reforma del Poder Ejecutivo. Esto la hace una transición hacia una institucionalidad nueva.

Estamos ante una «transición prolongada», diríamos copiando el lenguaje sanitario. En el esquema clásico de O'Donnell y Schmitter (1994) la transición terminaba con el cambio del régimen político y por eso se define como «el intervalo que se extiende entre un régimen político y otro». Después viene la etapa de la «consolidación». Esta tesis es compartida por otros teóricos de las crisis de las democracias, como Linz (1987). Pero en el caso peruano el cambio de régimen ya terminó con las elecciones del 2001 y la instalación del gobierno del presidente Alejandro Toledo, y sin embargo la definición del tipo de régimen sigue abierta y la transición también. Es probable que las elecciones regionales y municipales del 17 de noviembre del 2002 cierren la etapa de «formulación básica» del nuevo régimen nacional.

La teoría clásica de las transiciones dice que el cambio de régimen es fruto de un proceso de negociación entre la dictadura y su oposición, en el que las «alas blandas» de ambos bandos propician un acuerdo: las dictaduras se repliegan a los cuarteles a cambio del olvido de sus transgresiones a los derechos civiles y políticos, esto es, bajo ciertas garantías para quienes estuvieron comprometidos con los regímenes de facto. La diferencia, por tanto, entre la caída de una

² Citado por Dror, Yehezkel. «El profesionalismo en el arte de gobernar». *Reforma y Democracia*, n.º 1, noviembre de 1993.

dictadura y una transición democrática remite a la gobernabilidad del proceso de finalización de la dictadura: en la primera, la sociedad civil se desborda y trae abajo a la dictadura, como pasó con Ceaucescu en Rumania o Trujillo en República Dominicana; en la segunda, se da un proceso de repliegue medianamente ordenado de tensiones y mutuas concesiones, como ocurrió con Pinochet en Chile, con Odría en el Perú o con Balaguer en República Dominicana. Si aplicamos *sensu strictu* esto al Perú, podríamos decir que el régimen fujimorista colapsó en medio de la transición. Fujimori fugó al Japón en plenas negociaciones de la Mesa de la OEA. El fujimorismo no pudo negociar su repliegue por la precipitación de los acontecimientos, y el país entró a una vacancia imprevista de gobierno.

Este colapso abrevió los plazos e hizo que el desmontaje global del régimen y el acuerdo social sobre el nuevo régimen político-social no se diesen antes de su finalización, como pasa gradualmente en las transiciones democráticas. Por eso ahora, pese a haberse retornado a la democracia, sigue en juego la definición del tipo específico o combinación particular («mix» particular) de régimen democrático: ¿sólo democracia representativa clásica de votación quinquenal? ¿Democracia participativa?; ¿cómo? ¿Democracia descentralista?; ¿cuál? ¿Democracia social, no es acaso eso lo que reclama la amplia mayoría pobre del país? Esta reinvencción de la democracia hace que actualmente se dé un proceso masivo de movilización de la sociedad civil, promovido desde abajo y desde el Estado. Por todo el territorio se reúnen mesas de concertación de la lucha contra la pobreza, mesas de diálogo entre el Estado y los frentes regionales, foros departamentales de gobernabilidad, audiencias de la comisión de descentralización del Congreso, foros de debate del anteproyecto de reforma constitucional. Pocas veces se ha visto al país tan abocado a imaginar su futuro.

Casi todos los sectores del Estado se han involucrado en la transición democrática y la formulación de reformas sectoriales. El sector educación ha generado la nueva Ley de Educación y reincorporado al Consejo Nacional de Educación dentro de la estructura orgánica de su sector (D.S. 010-2002-ED), ha creado los Comités de Democratización y Moralización a nivel provincial y los Consejos Escolares por centros educativos, y acaba de inaugurar el primer Centro de Atención a la Comunidad Educativa. El Ministerio de Trabajo ha creado el Viceministerio de Promoción del Empleo, que expresa un viraje fundamental respecto a sus tareas tradicionales referidas a la negociación de conflictos. El Ministerio del Interior está impulsando los Consejos de Seguridad Ciudadana, integrados cada uno por el comisario, el alcalde y representantes de la sociedad civil, buscando desmilitarizar a la policía y centralarla en las comisarías y ya no en sus unidades especiales, como en la década pasada. Hasta el Ministerio de Defensa ha planteado al Congreso su proyecto de reestructuración de las Fuerzas Armadas, tendiente a ponerlas en consonancia con el régimen democrático. En todos estos sectores la efervescencia de sus profesionales y sociedades civiles durante la

fase final del régimen autoritario fue canalizada después por los nuevos equipos ministeriales.

Los ministerios del Ejecutivo están siendo reestructurados para que sean más operativos, pero a su vez para que estén más atentos a los pulsos de la sociedad y sean más inclusivos de sus profesionales y trabajadores. La antigua tesis de los ministerios-aparatos burocráticos se origina de una lectura esquemática de la tesis lockeana de la división de poderes y proviene de la etapa burocrático-estatista en que los ministerios debían ser operadores directos antes que normativos y políticos. Se pensaba que sólo el Parlamento debía canalizar institucionalmente los consensos y disensos, preocuparse de la construcción de hegemonías y de los actores sociales. Los órganos del Ejecutivo eran considerados simplemente implementadores, actuando casi sobre cosas. Eso explica la debilidad de los órganos de la alta dirección de los ministerios para atender las dimensiones profesional, cultural, programática y política de sus funciones, así como para involucrar a su personal utilizando la nueva administración del liderazgo y del aprendizaje organizacional.

Todo ello redundaba en una situación de «ciudadanía de baja intensidad» que, como ha definido O'Donnell (2001), es «un estado de derecho truncado» en el que los derechos políticos, civiles y sociales se viven en forma incompleta. Aplicado a nuestro caso, significa que los derechos políticos se ejercen quinquenalmente, los derechos civiles se negocian permanentemente entre la legalidad teórica y la «legalidad realmente existente» y los derechos sociales se ejercen a medias.

En el caso de los profesionales y trabajadores del sector salud la paradoja consiste en que proveen servicios para garantizar el derecho social de los demás, pero sus propios derechos sociales y políticos están recortados. En el caso de la población, la tradicional relación entre el Estado y la sociedad en las áreas sociales se ha venido basando en una división del trabajo en que el Estado ejecuta y la sociedad «colabora». La población no participa en el momento de la formulación, acompaña la gestión y por lo general vuelve a ser soslayada en el momento de la evaluación de las políticas y programas sociales. Está suficientemente documentado que cuatro problemas se originan a partir de esta relación utilitaria del Estado con la sociedad: la tasa de errores en el diseño aumenta, la posibilidad de que no se responda al interés colectivo se acrecienta, no hay compromiso poblacional ni sinergia en la gestión, y por consiguiente hay una baja sostenibilidad de las intervenciones. Sin intentar asumir responsabilidades que son propias del Estado y ante las cuales no debe abdicar, la tendencia actual en el mundo es la ampliación de la esfera pública desde la sociedad civil y la «responsabilización» (*accountability*) del Estado. En esto coinciden tanto los civilistas (Cunill 1997, Bresser y Cunill 1998, Levy 1998) como los teóricos de la nueva gestión pública (Ormond y Loeffler 1999, Boston *et al.* 1996, Barzelay 2001).

4. La racionalización de la respuesta social a los problemas de salud

En el Perú, la transición democrática ha abierto una oportunidad para cambiar el sistema de salud. Las transiciones en otros países no suelen poner en la agenda los temas sociales porque tienen en la base distribuciones de los beneficios que están establecidas o no están en el primer plano. Las transiciones son procesos eminentemente políticos. Sin embargo, la incesante movilización social que acompaña este retorno a la democracia en el Perú expresa una expectativa por modificar los grados de exclusión social y entender la democracia no sólo como sistema político sino en cierta medida como régimen social.

Los informes compendiados en este libro tienen también aquí un segundo mensaje unitario: la necesidad de una racionalización de la respuesta social a los problemas de salud, entendida ésta en sentido amplio, como un momento de reordenamiento sistémico que no se dio en el pasado. Los materiales especializados que introducimos aquí señalan, cada uno en su campo, respuestas y vías de salida para soluciones integradas, pero todos en conjunto señalan la urgencia de una racionalización general. Luego de la fragmentación de los años pasados, la racionalización emerge como un componente de peso dentro de la reforma del sector salud.

Este nuevo ordenamiento parece además imprescindible en el actual contexto de demandas sociales desbordadas y de escasez fiscal. Es claro que la sociedad peruana destina relativamente pocos recursos a salud: 4.4% del PBI en 1998 y un per cápita de 100 dólares, que se hallan por debajo del promedio mundial (5.5%) y del promedio de los países latinoamericanos de similares características (7-8%). Carlyle Guerra de Macedo (2001) ha explicado que el volumen de la riqueza nacional destinado a salud es el indicador de la «prioridad nacional de la salud» y por tanto la expresión de la importancia del tema en la agenda nacional. Añadimos que una sociedad que no asigna un presupuesto importante a la salud, en el fondo tiene una valoración devaluada de la vida porque tolera como normal un nivel de muertes y enfermedades evitables. Esta transgresión de la ética se da en el Perú.

Por otro lado, está demostrado que los países latinoamericanos en general tienen peores condiciones de salud que países de otras regiones del mundo con el mismo per cápita en salud, lo que refleja en alguna medida la ineficiencia y escasa efectividad de nuestros sistemas de salud (Lunes 2001: 208). Los países obtienen resultados distintos de sus sistemas de salud de acuerdo al nivel del gasto y la gerenciableidad en salud. Hay así cuatro tipos de países: países de gasto alto y gerenciableidad baja; otros, de gasto bajo y alta gerenciableidad; unos terceros, de alto gasto y alta gerenciableidad; y finalmente, los de baja inversión en

salud y baja gerenciableidad. Se deduce de varios de los estudios de este libro que el Perú estaría ubicado en este último tipo.

Esta baja gerenciableidad se expresa en los importantes subsidios cruzados, filtraciones y subcoberturas existentes en el sector salud. Ya en 1995 el Ministerio de Salud había advertido como un caso de ineficiencia sistémica el subsidio cruzado entre los dos grandes subsistemas de prestación de servicios de salud, el MINSA y el Seguro Social, pues el primero había atendido en 1994 el 13% de los asegurados del Seguro, el 9.8% de asegurados privados y el 20% de los asegurados en instituciones militares (MINSA 1995: 25). Petrera y Cordero (1999) ratificaron años después la persistencia de este defecto estructural del sistema. Con información reciente se ha establecido que del total de asegurados en EsSalud que presentan problemas de salud sólo el 53.3% usa la consulta del Seguro. El 22% de los asegurados enfermos recurre a establecimientos del MINSA, el 8.3% al sector privado y el 8.2% a la consulta directa en farmacia. Además, el MINSA atendió en el año 2000 al 14.6% de asegurados de las Fuerzas Armadas y Policiales. Esto representa una importante distracción de recursos públicos. La pregunta que surge es si una simple coordinación entre los representantes de los subsectores en un Consejo Nacional de Salud de nueve personas, como ha sido propuesto por el MINSA, podrá hacer que cada público-objetivo retorne a su sitio, o si éste es más bien un asunto menos superficial.

Este «desorden» de los públicos-objetivo de cada subsector se repite al analizar los pacientes que utilizan los servicios del MINSA. En 1998, un estudio de cinco hospitales importantes de Lima descubrió que los nosocomios públicos estaban cambiando de estratos de usuarios hacia las capas medias (Arroyo 1999). Luego se generalizaron todos los hallazgos imaginables sobre la mala asignación de los recursos públicos. En esta oportunidad Petrera demuestra, sobre la base de ENNIV 2000, que entre los consultantes de los establecimientos del Ministerio de Salud, los del decil más pobre van poco a los hospitales públicos (19.4%) pues la mayoría de ellos (80.65%) utiliza los centros o puestos de la periferia. Lo sorprendente es que el MINSA tiene consultantes del decil más rico, que van en un 44.1% a los hospitales del Ministerio de Salud y en un 55.9% a sus establecimientos periféricos. El 41.8% de los consultantes del MINSA provenientes de los cinco deciles más pudientes va en promedio a hospitales y el 58.2% a centros y puestos de salud. Esto quiere decir que cuanto más compleja la atención menos acceso a ella tienen los segmentos más pobres, y que los deciles más pudientes utilizan regularmente hospitales y periferia del MINSA.

Sin embargo, esta «desfocalización» y «desorden» del sistema no sucede sólo con las consultas y atenciones. En este libro Alvarado señala que, en términos de desigualdad, el gasto per cápita por consumo en salud del quintil más rico es 4.5 veces más que el del quintil más pobre y que la distribución departa-

mental del presupuesto público ha venido siendo regresiva, favoreciendo a los departamentos de mejor nivel. Rebaza analiza el desgobierno hospitalario mostrando cómo los nosocomios públicos peruanos tienen todos los niveles de atención en su interior y compiten con las redes periféricas. Guzmán, Sánchez Griñán y Altobelli encuentran en los temas de salud reproductiva, alimentación y nutrición y participación social la misma ausencia de visiones integrales. Casi no hay campo sanitario en el que no se advierta los efectos de una antigua ausencia de rectoría y de la desregulación incentivada en la década pasada.

El campo de los medicamentos, estudiado por Manuel Vargas, es uno de los más claros respecto a este panorama. Sólo el 39% de los pacientes de las zonas rurales y el 61% de los de las zonas urbanas adquiere la totalidad de los fármacos prescritos. Pero el valor de las ventas anuales de los medicamentos se elevó de 126.1 millones de dólares en 1977 a 457 millones en 1997, un aumento del 245.3%, pese a que las unidades consumidas en el 2000 fueron sólo el 40% de las consumidas en 1977. El valor promedio de los medicamentos pasó en el período de 0.93 a 5.40 dólares. En conclusión, el crecimiento del mercado se ha venido basando en el aumento de los precios y por tanto en la exclusión de sectores importantes de la población.

De otro lado, la liberalización del registro sanitario de medicamentos promovida en virtud del D.L. 25596 elevó los registros anuales de 163 en 1990 a 2,053 en el año 2000, al flexibilizarse los requisitos para solicitar el registro. Vargas señala que no es casual que estudios realizados en 1997 demostraran que de los 1,613 medicamentos registrados en 1996, el 26% carecía de valor terapéutico, el 23.3% correspondía a combinaciones a dosis fijas y el 75% tenía escaso valor terapéutico. En este panorama, el campo de los medicamentos ha quedado fuera del modelo trisegmentado clásico, pues conforme a este modelo, los medicamentos esenciales y genéricos subsidiados por el Estado para su público-objetivo, debían tener un peso importante al lado del mercado. Lo que existe actualmente corresponde más bien a un esquema dual con primacía de lo privado.

Toda la información indica que en el Perú se ha venido dando un desplazamiento del propio modelo trisegmentado clásico, en que los trabajadores debían atenderse en el seguro social, los pobres en los servicios del Estado y las capas medias y altas en el sector privado. Por lo que se observa, se ha quebrado esta simetría entre proveedores y públicos-objetivo. Todos los estudios recientes muestran que habríamos entrado por tanto a otro tipo de segmentación, que opera normalmente con altas filtraciones y subcoberturas y que sufre, en consecuencia, un tipo de crisis especial diferente a la crisis o colapso operativo de los años 1988-92. En este caso, se trata de una crisis de ineficiencia sistémica incluso en plena marcha. El sistema necesariamente dilapida recursos para operar. El desplazamiento histórico del público-objetivo de los servicios del Estado ha conver-

tido a las filtraciones, subcoberturas y subsidios cruzados en regularidades necesarias al esquema fragmentado.

Esto implica que la función gobierno requiere centrarse ahora en el cambio de esta situación y que ya no basta una mejor administración de lo mismo. Sólo una parte de la desfocalización se puede resolver con reasignaciones presupuestales e identificación de beneficiarios. Es probablemente el caso de los recursos ordinarios del MINSA, que han venido siendo distribuidos en forma inversa a las necesidades básicas insatisfechas, o la «refocalización» de programas y el Seguro Integral de Salud. Los asegurados del Seguro Escolar Gratuito en el año 2000 se encontraban en un 45.2% en los tres deciles más pobres, pero 41.1% en los cuatro deciles intermedios y 13.7% en los tres deciles más ricos. Pero la bicefalia MINSA-EsSalud es a todas luces el *nudo gordiano* de la racionalización sectorial, el problema clave cuya resolución podría desplegar una ampliación considerable de la oferta de servicios ante un contexto nacional de escasez de recursos.

El problema es que cambiar las cosas implica afectar intereses y modificar las situaciones de suma cero propiciadas por la feudalización de las instituciones y la cristalización permanente de intereses propios. Dicen las teorías pesimistas sobre los burócratas que es propio de su función irse transformando en «buscadores de rentas» (Buchanan y Tullock 1965, Grindle 1991). Todos sabemos que esto no es así y que en los decisores y funcionarios hay valores e intereses cruzados. Sea como fuere, sin embargo, por lo que se ha visto, el resultado por lo general es la administración del *status quo* con pequeñas mejoras y ello no modifica la dinámica histórica de ganancias y pérdidas en salud, no logra revertir una alta «carga de morbilidad» evitable sobre la sociedad. En otras palabras, la imposibilidad para establecer políticas de Estado en salud y la baja *performance* del sistema de salud, por omisión de cambios en muchos casos a nuestro alcance, se convierten en bloqueos para «el disfrute del más alto nivel posible de salud» por la población, con costos altos en términos de años de vida potencialmente perdidos.

5. La segmentación en salud como fruto de la ausencia de una reforma burocrática

A diferencia de lo que se cree, el modelo trisegmentado no proviene de un momento histórico en el que se reestructuró el sector salud de esa manera, sino que es fruto, más bien, de la imposibilidad para triunfar sobre los particularismos, una vez más de viejos problemas para la acción colectiva. En otras palabras, la segmentación es resultado de la ausencia de una reforma burocrática en el Perú.

Esto es bueno remarcarlo ahora que se ha producido el retroceso –no sabemos si parcial o global ni tampoco hasta cuándo– del paradigma neoliberal en el

sector y también de los sectores de opinión que propugnaban el modelo colombiano. En este nuevo contexto podría producirse la ilusión óptica de considerar que el modelo trisegmentado es el «modelo normativo de racionalidad organizativa» (Prats 2002: 2), es decir, la estructura neutra o normal del sector sobre la cual operar cambios de otro orden menor, en particular la expansión en cobertura del modelo trisegmentado y el reorientamiento del Seguro Social y el MINSA.

Todas las investigaciones históricas y entrevistas sostenidas con los conductores del sector de las décadas pasadas señalan que el modelo trisegmentado no fue fruto de una reforma sectorial. En nuestra historia no hemos tenido ni la reforma estatista ni tampoco la reforma de la atención primaria. En los momentos en que primaron dichas concepciones no se implementaron proyectos globales de reestructuración sectorial. Hubo quienes los plantearon, como Mario León Ugarte en los setenta o David Tejada de Rivero en los ochenta, pero ambos fueron vencidos por los particularismos. De ahí que, como en los noventa, se incluyeran micro y meso-reformas procedentes de esos enfoques en la vieja estructura segmentada. La arquitectura sectorial «acumulativa», intocada, acogía en su interior los nuevos conceptos sin cambiar. El modelo trisegmentado apareció entonces como fruto de decisiones e indecisiones históricas amalgamadas en los últimos cincuenta años. Lo que significa que los problemas para la acción colectiva señalados por Olson son viejos en el Perú.

Es decir, los mismos problemas para hacer gobierno y no sólo administración, los tuvieron nuestros antecesores en el sector. Esto explica que en plena época de apogeo de las concepciones estatista-desarrollistas, los gobiernos que representaron esas posiciones –Belaunde 1963-68 y Velasco Alvarado 1968-75– prolongaran la existencia de la Beneficencia y su viejo sistema hospitalario. Bridgman y Roemer (1974) dejaron constancia de que en esos tiempos el subsistema más grande dentro del sector era el de los hospitales de la Beneficencia, con 57 hospitales y el 42% de las camas del país, siguiéndole en importancia la Seguridad Social con 14 hospitales y el 18% de las camas, y sólo en tercer lugar el MINSA con 23 hospitales y el 16% de las camas.

El subsistema de las Beneficencias era grande, pero desde tiempo atrás era mantenido por el Estado, pues los recursos provenientes de las donaciones y loterías no alcanzaban. En otras palabras, el Estado prefería mantener dos subsistemas paralelos, el propio y el de las Beneficencias, pese a la insolvencia de estas últimas y de vivirse la hegemonía del paradigma intervencionista. En pleno apogeo del estatismo, el velasquismo consentía la fragmentación. Hacia 1972 el doctor Oscar Urteaga Ballón era a la vez presidente del Directorio de la Beneficencia y director superior del Ministerio de Salud, una de esas fórmulas complicadas que siempre inventamos los peruanos para postergar decisiones importantes. Sólo cuando los médicos de la Beneficencia empezaron a hacer

huelgas pidiendo homologar sus sueldos –bastante más bajos– con los del MINSA y el Seguro Social, el Gobierno Militar comenzó a expedir los decretos supremos que finalizaron la larga agonía de la Beneficencia. Sólo se quebró la tendencia al mutuo acomodamiento cuando no hubo otro remedio.

Pero en ese entonces, durante el régimen de Velasco Alvarado (1968-75), había varias posibilidades sobre cómo terminar con el viejo subsistema de las Beneficencias y se tomó una decisión histórica que generó la actual bicefalía: la integración de los hospitales de la Beneficencia al Ministerio de Salud. En Costa Rica, los hospitales similares a los de las Beneficencias fueron traspasados directamente a la Caja del Seguro Social, con lo cual el sector salud costarricense en adelante fue trisegmentado (Caja del Seguro Social, Ministerio y subsector privado) pero con un claro predominio del Seguro Social. Los consultorios privados resultaron una oferta opcional para sectores minoritarios y el Ministerio de Salud sólo conservó servicios rurales, que terminó trasladando también a la Caja del Seguro Social en los ochenta. Esta situación de «oferta integrada» en el Seguro Social promovió que la población pagase su aportación al seguro en salud incluso en el caso de tratarse de trabajadores independientes, lo que permitió a la Caja costarricense apalancar recursos y ofrecer una oferta integral y universal, que se expresa en los grandes avances en indicadores de salud de Costa Rica. En los fondos de la Caja siempre se han juntado, además, las aportaciones de los trabajadores y del Tesoro Público.

En el Perú se escogió la otra variante: pasar los hospitales más grandes de la Beneficencia a la administración del Ministerio de Salud, con lo cual surgió un sector de «dos pies y medio», al que llamamos trisegmentado, pero que es un tipo específico de trisegmentado, más público que privado, sobre todo en la oferta de servicios, no así en el financiamiento y mucho menos en la provisión de medicamentos. La integración de los hospitales de la Beneficencia convirtió al MINSA en el gran sistema prestador que conocemos, mientras, en paralelo, crecía el sistema prestacional del Seguro. Si hubiéramos seguido el camino costarricense o el del Sistema Nacional de Salud chileno, hoy sería otra la situación para una reforma moderna y progresiva de la seguridad social en salud.

Evidentemente, la «comunidad sectorial» de la época fue consciente de que los paradigmas dominantes entonces implicaban marchar o al Servicio Nacional de Salud o al Sistema Único de Salud, o a alternativas interesantes como la costarricense (seguro bismarckiano universalizado con fondos públicos) u otras variantes. Esa comunidad fue reunida precisamente por el Gobierno Militar, quien convocó a la Comisión encargada de formular el Proyecto de Ley General de Salud. La Comisión se constituyó el 6 de agosto de 1975 mediante Decreto Supremo 00193-75-SA/DS (MINSA 1976). La presidió el insigne salubrista peruano Mario León Ugarte. La instalación de la Comisión tuvo lugar el 10 de noviem-

bre de ese año y su trabajo despertó una legítima expectativa. El trabajo lo llevaron a cabo en dos etapas, la primera para el diagnóstico preliminar y el diseño del «modelo tentativo» y la segunda para el diagnóstico final de la situación de salud, el planteamiento del modelo deseable y el plan de conversión. Sin embargo, el proyecto de reforma sistémica presentado por Mario León Ugarte fue derrotado por la medicina liberal y el patrimonialismo, que enarbolaron entonces el sistema coordinado. Su dictamen en mayoría no tuvo eco en la segunda fase del Gobierno Militar, que estaba justamente desestructurando el populismo estatista velasquista. El 6 de diciembre de 1976 la comisión entregó dos dictámenes, uno de mayoría y otro de minoría. El régimen expidió en 1978 el Decreto Ley 22365 que creó el denominado Sistema Nacional de Servicios de Salud, acogiendo el dictamen en minoría de un sistema coordinado.

Cuando en los ochenta se hizo evidente la bicefalia sectorial, se ensayaron múltiples fórmulas para resolverla. Todas fueron derrotadas por el peso del patrimonialismo, esto es, por la cultura premoderna existente. Uno de esos intentos por resolver la bicefalia se dio durante la administración del doctor David Tejada de Rivero. Se decidió entonces la «integración funcional», estableciéndose una división de niveles de atención entre el MINSa y el IPSS. El MINSa cumplió con traspasar algunos hospitales al Seguro, pero éste no cumplió con transferir sus policlínicos al MINSa. Cuenta el doctor Guido Miranda, uno de los fundadores de la seguridad social de Costa Rica, que cuando sus especialistas llegaban a Lima en misiones técnicas resultaban dirimiendo las diferencias entre la Alta Dirección del MINSa y el Directorio del Seguro Social. Todos sabemos en qué terminó el ensayo. Hasta hoy se siguen negociando los rezagos de ese intento frustrado. La cultura institucional no correspondía aún al régimen de dominación legal weberiano, en el que por primera vez quien dirige no se considera propietario de la institución.

Evidentemente, como se explicó en la propuesta de políticas de salud del Gobierno de Transición (MINSa 2001: 42-47), no se trata de propiciar el retorno al estatismo, a un sistema único de salud con integración vertical de funciones. El objetivo es arribar a un Seguro Público de Salud integrado y descentralizado, que asegure a la población un Plan Garantizado de Salud. Este seguro no es un programa especial, aparte de las actividades regulares de los proveedores públicos, sino precisamente la organización de toda la atención de la salud de los dos grandes subsistemas públicos como seguro público. Existen diversas fórmulas de transición para la articulación progresiva del financiamiento, el plan básico y los proveedores públicos y privados, dependiendo de los niveles de viabilidad, desde las más ambiciosas, que se basan en arreglos institucionales globales, hasta las más graduales, que se sustentan en el desarrollo de la función compradora a partir de un fondo financiero. En cualquier caso, en algún punto del camino la bicefalia pública se desvanece.

Este planteamiento no es nuevo. En las décadas pasadas había ya países, como Canadá y los países europeos, que mostraban al mundo sistemas de seguridad social avanzados con fondos articulados, financiamiento mixto y prestación plural, pública y privada. En otros países, como Brasil, la constitución del Sistema Único de Salud conservó el subsector privado en la prestación, pero exigió procesar la unificación de los servicios del Ministerio y del Seguro (Fleury 1995 y 2001). En un tercer tipo de países, como Costa Rica, el sector salud siempre ha sido plural pero con un claro predominio de la Caja del Seguro Social, que recibió los servicios provenientes de otros subsistemas (Rosenberg 1983). Por eso las condiciones para la actual reforma en salud son en ellos cualitativamente diferentes a la mayoría de países andinos y centroamericanos, en los que el modelo trisegmentado se caracteriza por la bicefalia y las ineficiencias, inequidades e ineficacias sistémicas. La sucesiva postergación de una política de Estado en salud nos ha dejado en herencia, en un nuevo contexto, un viejo problema.

6. El triángulo difícil: patrimonialismo, burocratismo y gerencialismo en la reforma en salud

Las múltiples manifestaciones actuales de superposiciones, de iniciativas fragmentadas y de desorden, se explican entonces por esta aún débil implantación del cálculo racional weberiano, por la fortaleza de la cultura patrimonialista y la promoción última del individualismo posesivo. Arrastramos una doble falla histórica: la debilidad del momento burocrático en nuestra historia y la desestructuración reciente de lo avanzado en la construcción sistémica del Estado. Por eso, como se ha dicho, luego de una década de predominio de un discurso modernizante y tecnocrático, no ha surgido un sector salud gerencial sino un sector que entremezcla la administración basada en confianzas, la cultura burocrática centrada en los procedimientos y las ideas-fuerza de la eficiencia y la administración con base en resultados (Arroyo 2001).

Si esto es así, significa que hoy no sólo falta gerencia, sino además burocracia, en el sentido weberiano del término, requiriéndose una reforma del Estado y sectorial «dos en una» -gerencial y burocrática- que «erradique» el patrimonialismo y sepa integrar aspectos positivos del modelo burocrático en un nuevo desarrollo gerencial y democrático del Estado.

Venimos, sin embargo, de una década en que se marchó en otro sentido. En los noventa la «teoría del Estado mínimo» planteó en América Latina que el problema era la excesiva regulación, la sobrepresencia del Estado, poniendo en el blanco el modelo burocrático de gestión. El supuesto que sustentaba lo anterior fue que ya se había dado la reforma burocrática. En consecuencia, se desestabi-

lizaron sistemas racionales de administración que aún no habían logrado imponerse, en la mayoría de nuestros países, sobre la administración premoderna, clientelar y patrimonialista. La teoría minimalista interpretó nuestras realidades a partir de un esquema bipolar importado de los países desarrollados -mercado versus Estado, modelo gerencial versus modelo burocrático- sin advertir que en muchos de los países latinoamericanos el desarrollismo no había logrado consumir la hegemonía de la racionalidad burocrática.

Este esquema rígido no pudo, por eso, explicar las situaciones mixtas que se daban en Latinoamérica. Evans (1992) ha señalado, por ejemplo, casos en que organizaciones patrimoniales se disfrazan de burocracias weberianas. Guiados por esas ideas, muchas de las reformas de Estado y reformas sectoriales crearon enclaves que se situaban fuera de las estructuras ministeriales. Shepherd (1999) ha explicado que estas «islas de excelencia» lograban a veces éxitos parciales, pero a su vez dificultaban los esfuerzos por reformar la administración pública. Bajo ese esquema rígido se desestabilizó en los noventa, en el Perú, el incipiente desarrollo burocrático existente, desordenando aún más al Estado y convirtiéndolo en un haz disperso de organismos públicos descentralizados (OPD), programas y proyectos.

Conviene por eso tener un diagnóstico realista sobre nuestro punto de partida para la transformación del Estado y del sector. No es casual que este debate sea un asunto relevante en la literatura internacional sobre reforma del Estado. Luiz Carlos Bresser plantea la necesidad de pasar a la reforma gerencial, suponiendo la existencia de un Estado burocrático en nuestros países, tesis que puso en práctica en Brasil a partir de diciembre de 1994 al asumir el nuevo Ministerio de Administración Federal y Reforma del Estado (MARE). El proyecto que desarrolló tenía como expectativa darle forma a la segunda gran reforma de la administración pública en Brasil, dado que en su concepto la primera reforma se había dado en los años treinta y había creado la burocracia profesional. Bresser no soslayó el peso del patrimonialismo pero explicó que éste ya no existía en Brasil como cultura, como valor, sino como práctica, planteando al respecto el castigo y erradicación de este «tipo de cultura pre-capitalista» (Bresser 1999:28).

Joan Prats (2002), por el contrario, ha venido defendiendo que en América Latina, por lo general, «no llegó a institucionalizarse sino parcial y excepcionalmente el sistema que Weber llamó de dominación racional-legal encarnado en la burocracia. De ésta se tomaron las apariencias formales; pero en ausencia de los condicionamientos socio-económico-políticos necesarios, se desarrollaron «buropatologías», que en el mejor de los casos se aproximan al sistema mixto que Weber llamó «burocracias patrimoniales». En anteriores trabajos hemos fundamentado que esta mixtura es la dominante hoy en el Perú.

En síntesis, las reformas en las áreas sociales requieren hoy un fuerte componente de racionalización weberiana, además de integrar elementos de los diversos desarrollos del modelo gerencial (en particular de la «nueva gestión pública» y de escuelas de gerencia *soft* referidas a liderazgo, cultura y aprendizaje organizacional) y del modelo de reforma democrática del Estado.

Por último, todo lo dicho sugiere estrategias de superación de nuestros problemas que no se basen exclusivamente en incentivos materiales. Luego de años de crisis de la ética pública y privada, y de entronización de comportamientos sociales basados en el aprovechamiento, la apuesta al reencuentro de ONG, redes, universidades, investigadores, dirigentes populares y demás personas interesadas supondrá seguramente una inversión de tiempo, recursos, ideas y afectos, en aras de que prime la ética del interés común y del emprendimiento social y de que se reabra la confianza en la posibilidad de actuar colectivamente. Es en ese pozo común que ponen su capital intelectual, emocional y valorativo los autores de este libro.

BIBLIOGRAFÍA

- ALMEIDA, Celia, Roberto BASSANI y Patricia PITTMAN
2001 *Investigación sobre reformas del sector salud en América Latina y el Caribe: Reflexiones sobre sus contribuciones al desarrollo de políticas*. Washington, D.C.: OPS.
- ARROYO, Juan
2001 *Gobernabilidad en salud en el Perú en los 90. La función gobierno, la intersectorialidad y la sociedad civil en salud*. Ministerio de Salud. Oficina General de Epidemiología. Lima: MINSA.
2000 *La reforma silenciosa*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.
1999 "La autonomización de hospitales públicos y sus consecuencias sobre la demanda de atención. Lima, 1988-1997". *Revista Panamericana de Salud Pública* año 78, vol. 6, n.º 5, noviembre, pp. 301-310.
- BARZELAY, Michael. THE NEW PUBLIC MANAGEMENT
2001 *Improving Research and Policy Dialogue*. University of California Press/Russell Sage Foundation.
- BELMARTINO, Susana y Carlos BLOCH
1994 "El sector salud en Argentina. Actores, conflictos de intereses y modelos organizativos 1960-1985". Organización Panamericana de la Salud. *Publicación n.º 40*. Buenos Aires: OPS.
- BOURDIEU, Pierre
1999 *La distinción. Criterios y bases sociales del gusto*. España: Taurus.
- BOSTON, Jonathan, John MARTIN, June PALLOT y Pat WALSH
1996 *Public Management. The New Zealand Model*. Oxford University Press.
- BRESSER, Luiz Carlos
1999 *Reforma del Estado para la ciudadanía. La reforma gerencial brasileña en la perspectiva internacional*. 1ª. edición, Buenos Aires-Caracas: CLAD-Eudeba.
- BRESSER, Luiz Carlos y Nuria CUNILL
1998 *Lo público no estatal en la reforma del Estado*. 1ª. edición, Caracas: CLAD.
- BRIDGMAN, R. F. y M. I. ROEMER
1974 "La legislación y la administración hospitalarias". *Cuadernos de Salud Pública*.
- BUCHANAN, James y Gordon TULLOCK
1965 *The Calculus of Consent. Logical Foundations of Constitutional Democracy*. USA-Canada: The University of Michigan Press and Ambassador Books Limited.
- CASTELLS, Manuel
1998 *El poder de la identidad. La era de la información*. Alianza Editorial, vol. 2.
- CONSORCIO DE INVESTIGACIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL (CIES)
2001 *Políticas de Salud 2001-2006*. Lima: CIES.
- CUNILL, Nuria
1997 *Repensando lo público a través de la sociedad. Nuevas formas de gestión pública y representación social*. 1ª. edición, Caracas: CLAD.
- DROR, Yehezkel
1993 "El profesionalismo en el arte de gobernar". *Reforma y Democracia* n.º 1, noviembre.
- EVANS, P.
1992 "The State as Problem and Solution: Predation, Embedded Autonomy and Structural Change". En: S. Haggard y R. R. Kaufman, editors. *The Politics of Economic Adjustment: International Constraints. Distributive Conflicts and the State*. Princeton, N. J.: Princeton University Press.
- FLEURY, Sonia
2001 "Dual, Universal or Plural? Health Care Models and Issues in Latin America: Chile, Brazil and Colombia". En: Carlos Molina y José Núñez del Arco, editores. *Health Services in Latin America and Asia*. Washington: IDB, pp. 3-36.
1995 "Iniquidades nas políticas de saúde: o caso da América Latina". *Rev. Saúde Pública* 29 (3): 243-250.
- GRINDLE, Merilee S.
1991 "The new political economy: positive economics and negative politics" En: Gerald Meier (ed.). "Politics and policy making in developing countries". San Francisco: International Center for Economic Growth, pp. 41-67.
- GUERRA DE MACEDO, Carlyle
2001 "La extensión de la protección social en salud en el nuevo Estado latinoamericano". *Reforma y Democracia* n.º 19, febrero, pp. 69-88.
- IUNES, Roberto
2001 "Health Sector Organization / Reorganization in Latin American and the Cari-

- bbean". En: Carlos Molina y José Núñez del Arco, editores. *Health Services in Latin America and Asia*. Washington: IDB, pp. 203-221.
- KLIKSBERG, Bernardo
1994 El rediseño del Estado para el desarrollo socioeconómico y el cambio: una agenda estratégica para la discusión. *Reforma y Democracia*. CLAD n.º 2, junio, pp. 117-142.
- LINZ, Juan
1987 *La quiebra de las democracias*. Madrid: Alianza Editorial S.A.
- LEVY, Evelyn
1998 "Control social y control de resultados: un balance de los argumentos y de la experiencia reciente". En: Bresser Luiz Carlos y Nuria Cunill. *Lo público no estatal en la reforma del Estado*. 1ª. edición, Caracas: CLAD, pp. 385-400.
- MINISTERIO DE SALUD (MINSA)
2001 *Por un país saludable. Propuesta de Políticas para la Salud*. Lima: MINSA, julio.
1995 *Lineamientos de Política de Salud 1995-2000. El desafío del cambio de milenio: Un sector salud con equidad, eficiencia y calidad*. Lima: MINSA, diciembre.
1976 *Informe General de la Comisión para el Proyecto de Ley General de Salud*. Noviembre.
- O'DONNELL, Guillermo
2001 "La irrenunciabilidad del Estado de Derecho". *Revista Instituciones y Desarrollo* n.ºs 8 y 9: 43-82. Institut Internacional de Governabilitat de Catalunya, Barcelona.
- O'DONNELL, Guillermo y Philippe SCHMITTER
1994 *Transiciones desde un gobierno autoritario. Conclusiones tentativas sobre las democracias incipientes*. Barcelona-Buenos Aires-México: Ediciones Paidós, 1ª. reimpresión, t. 4.
- OLSON, Mancur
1971 *The Logic of Collective Action. Public Goods and the Theory of Groups*. Harvard University, Department of Economics.
- ORMOND, Derry y Elke LÖFFLER
1999 "Nueva gerencia pública: ¿qué tomar y qué dejar?" En: *Revista del CLAD Reforma y Democracia* n.º 13: 141-172. Caracas, febrero.
- PETRERA, Margarita y Luis CORDERO
1999 "El aseguramiento público y la elección del proveedor". En: *Pobreza y economía social*, Lima: Cuánto S.A.
- PITTMAN, Patricia y Daniel LÓPEZ-ACUÑA
2001 "Investigación sobre Reformas del Sector Salud en América latina: Consideraciones sobre el vínculo entre investigación y políticas". En: Almeida *et al.* (editores) *Investigación sobre Reformas del Sector Salud en América Latina y el Caribe. Reflexiones sobre sus contribuciones al desarrollo de políticas*. Washington: OPS, pp. 1-16.
- PRATS, Joan
2002 "Reinventar la burocracia y construir la nueva gerencia pública". Instituto Internacional de Gobernabilidad, Colección de Documentos, <http://www.iigov.org>
- PUTNAM, Robert
1993 *Making Democracy Work*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press.
- ROSEMBERG, Mark
1983 *Las luchas por el Seguro Social en Costa Rica*. San José: Editorial Costa Rica.
- SAUERBORN, R., S. NITAYARUMPHONG y A. GERHARDUS
1999 "Strategies to enhance the use of health systems research for health sector reform". *Tropical Medicine and International Health*, vol. 4, n.º 12: 827-835, december.
- SEN, Amartya
1998 "Teoría del desarrollo a principios del siglo XXI". En: Louis Emmerij y José Núñez del Arco. *El desarrollo económico y social en los umbrales del siglo XXI*. Washington: BID, pp. 589-610.
1989 *Sobre Ética y Economía*. Madrid: Alianza Editorial.
- SHEPHERD, Geoffrey
1999 "Administración Pública en América Latina y El Caribe: En busca de un paradigma de reforma". En: Carlos Losada (editor). *¿De burócratas a gerentes? Las ciencias de la gestión aplicadas a la administración del Estado*. Washington, D. C.: Banco Interamericano de Desarrollo, pp. 69-103.
- TROTSTLE, J., M. BRONFMAN y A. LANGER
1999 "How do researchers influence decision-makers? Case studies of Mexican policies". *Health Policy and Planning*, vol. 14: 103-114.
- WALT, Gill y Lucy GILSON
1994 "Reforming the health sector in developing countries. The central role of policy analysis". *Health Policy and Planning* 9(4): 353-370.

I. FOCALIZACIÓN DE LOS RECURSOS PÚBLICOS EN SALUD

BETTY ALVARADO PÉREZ¹

El asesino más grande y la causa más importante de las enfermedades y sufrimiento alrededor del mundo está listado en el Clasificador Internacional de Enfermedades. Está identificado con el código Z59.5-pobreza extrema. (Introducción al Informe Mundial de la Salud 1995, OMS).

1. Introducción

La frase introductoria del Informe Mundial de la Salud 1995 de la Organización Mundial de la Salud, citada arriba, resume la gravedad manifestada en el estado de la salud de los pobres. Pero esta preocupación ya estaba presente en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud llevada a cabo en 1978 en la ciudad de Alma Ata que, al respaldar la atención primaria de la salud, sostenía que ayudaría a “reducir las brechas entre los que tenían y los que no tenían”. Curiosamente, el informe de la OMS, después de 17 años, sigue teniendo como subtítulo “Cerrando las brechas”, lo que indica la persistencia de diferencias en el estado de salud entre grupos poblacionales.

Al iniciarse el siglo XXI la situación no ha cambiado, ya que, como lo manifiesta Feachem, a pesar de las increíbles transformaciones en la salud mundial en el último medio siglo, todavía hay una nube que ensombrece el panorama, y es que los pobres y pobres extremos tienen mal estado de salud mientras que la brecha entre ricos y pobres permanece desproporcionada. No actuar a tiempo traerá consecuencias para la economía mundial, el orden social y la justicia para todas las civilizaciones (Feachem 2000). Los esfuerzos legítimos de los gobiernos en los países en desarrollo para ofrecer cobertura universal con fondos generales del Tesoro Público, financiado con fuentes impositivas, no han tenido buenos resultados, y la razón principal es que los recursos han resultado insuficientes, lo

¹ Economista de la Universidad de Lima, con maestrías y estudios de doctorado en Gestión Pública en New York University. Se desempeña como docente, investigadora y consultora en temas de salud y gestión urbana y municipal.

que llama a tomar medidas diferentes para hacer más costo-efectiva la inversión en salud². La diferencia entre las necesidades que hay que cubrir y la escasez de recursos tiene implicancias tanto en la equidad como en la eficiencia y, en este caso específico, es difícil tratar una sin la otra, lo que ampliaremos más adelante.

¿Qué hemos hecho en el Perú hasta ahora por la salud del 54% y 15% de nuestra población que hemos identificado como pobre y pobre extremo? (ENNIV 2000). En nuestro caso, las tasas de mortalidad más altas están concentradas en los pobres, en las áreas rurales y en las urbano-marginales.

Tenemos la responsabilidad de explicitar claramente las estrategias de lucha contra la pobreza y, específicamente, el tema de la salud en los pobres, en la que deben intervenir todas las dependencias vinculadas con esta problemática. Debe quedar claro que la inacción del gobierno ante el problema de salud de nuestra población vulnerable también contribuye a la injusticia. Es imprescindible cambiar la perspectiva y entender, como lo manifiestan los estudiosos del tema, los servicios de salud gratuitos dentro de esquemas de protección del riesgo tales como los seguros de salud.

Para enfrentar los problemas mencionados, se tiene que tomar la decisión de hacer el mejor uso de los recursos escasos enmarcados en los principios de equidad y eficiencia. Para tal propósito, la literatura académica y las experiencias en varios países han llevado a recomendar la *focalización* del uso de los recursos; entendiéndose como *focalización al acto por el cual el gobierno canaliza los subsidios a grupos objetivos de población*.

El documento presenta en la sección 2 los problemas de inequidad en el estado o condición de la salud en nuestro país, que coincide lamentablemente con la distribución inequitativa de los recursos públicos.

Seguidamente, en la sección 3 se discute la necesidad de focalizar, basándose en dos problemas principales, que sin embargo no son los únicos: por una parte, la poca disponibilidad fiscal; y por otra, la necesidad, fundada en el derecho al bienestar, de cerrar las brechas existentes. Frente al tema de la focalización, el documento en la sección 4, provee ejemplos de algunas experiencias.

La sección 5 describe los avances y retrocesos en el proceso de generación de instrumentos y políticas relacionadas con la focalización para, finalmente en

² Algunos países desarrollados (como Finlandia, Canadá, Suecia y Reino Unido) aplican la política de cobertura universal con fondos provenientes del tesoro (recaudación impositiva); las evidencias indican que esta misma práctica en países en desarrollo ha resultado en inequidades e ineficiencias (Bitrán 2001).

la sección 6, bajo el título “El reto actual” presentar las recomendaciones de política y describir las condiciones para que la focalización sea efectiva.

2. Aspectos críticos

2.1. Problemas de inequidad en el acceso y resultados sanitarios

Existen tres grandes hechos que hacen que las diferencias en el estado y acceso a los servicios públicos de salud sean consideradas un tema de desarrollo y preocupación de salud pública.

Los pobres usan menos recursos públicos que los no pobres. Existen grandes diferencias entre grupos socioeconómicos, por género y origen étnico, lo que sugiere una relación entre los resultados sanitarios y las condiciones de vida social y material. Las diferencias en el impacto de los determinantes a nivel macro en la salud y en el bienestar están creciendo (globalización, expansión del libre comercio, economías de mercado y democracia liberal) (PAHO 1999).

Antes de pasar a discutir el marco de equidad y eficiencia que justifica la adopción de políticas y estrategias de focalización, presentamos evidencias de las diferencias entre los que tienen y no tienen, entre la población urbana y rural, y datos de la población más vulnerable: la madre y el niño.

Para calcular la dimensión del problema, basta con mencionar que cada año mueren en el mundo 12.2 millones de niños menores de 5 años por causas que pudieron prevenirse con sólo centavos de dólar; la esperanza de vida en un país desarrollado es de 78 años, un tercio de siglo más que la esperanza de vida en los países más pobres, la cual sólo llega a los 43 años³. “El 20 por ciento más pobre de la población mundial tiene un riesgo 14 veces mayor de morir en su infancia que el 20 por ciento más rico.” (Reino Unido 2000).

Obsérvese, además, que las causas principales de muerte en países pobres siguen siendo las enfermedades infecto-contagiosas y la falta de cuidado perinatal, que causan el 40% de las muertes a nivel mundial, mientras que en los países ricos las causas se relacionan más con enfermedades crónico-degenerativas (WHO 1995).

³ En el Perú, la esperanza de vida llega a 69 años; sin embargo, existen grandes diferencias internas (ENDES).

Cuadro 1
Causas de muerte más importantes en diferentes grupos de población, 1990

Pobres		Ricos		Total población	
Causa	% de muertes totales	Causa	% de muertes totales	Causa	% de muertes totales
Infecciones respiratorias	13.4	Enfermedades coronarias	23.4	Enfermedades coronarias	12.4
Enfermedades diarreicas	11.3	Tumores malignos	22.6	Tumores malignos	11.9
Condiciones perinatales	7.9	Enfermedades cerebro-vasculares	12.0	Enfermedades cerebro-vasculares	8.7
Salud del niño	7.8	Otras cardio-vasculares	10.2	Infecciones respiratorias	8.7
Enfermedades coronarias	7.3	Enfermedades respiratorias	4.8	Otras cardiovasculares	7.3

Fuente: Gwatkin y Guillot, 1999: 9.

Asimismo, lo que debe preocupar es la diferencia en el patrón epidemiológico según el grupo socioeconómico y también es importante considerar si es necesario plantear diferentes estrategias para cada uno. El Perú no es una excepción: las enfermedades infecto-contagiosas o transmisibles siguen siendo un problema entre los pobres; estas enfermedades son las causas más comunes de muerte en los pobres y representan casi la mitad de las muertes en el quintil más pobre, comparado con sólo una quinta parte en el quintil más rico (Banco Mundial 1999).

Otro parámetro de análisis es la edad. A todas luces, de acuerdo con el Cuadro 2, la edad más vulnerable en la población pobre a nivel mundial es la que comprende a los niños menores de 15 años. Obsérvese cómo el número de muertes de este segmento de la población más pobre mundial es 50.7% del total poblacional, mientras que en la población más rica el porcentaje de muertes de ese grupo de edad alcanza sólo 3.9%. Otro aspecto que hay que resaltar aquí, nuevamente, es que los promedios esconden las grandes diferencias grupales.

En el Perú, la tasa de mortalidad en el 60% de la población más rica tiene un nivel similar al promedio latinoamericano; el problema está concentrado en el 40% pobre, donde se produce casi el 60% de casos de muerte infantil. A pesar de los avances en mortalidad infantil, el Banco Mundial encuentra que, en comparación con países con el mismo nivel de ingresos, la tasa es aún alta, e incluso es una de las peores en América Latina (Banco Mundial 1999).

En 1996, la tasa de mortalidad infantil en el Perú fue de 43 por mil nacidos vivos; sin embargo, se observan grandes diferencias al interior del país: en la zona urbana, la tasa de mortalidad infantil fue de 30, y de 62 en la zona rural. En el año

2000, se registran 33 por mil nacidos vivos, siendo 24 en zonas urbanas y 45 en zonas rurales. Asimismo, el ENDES 2000 reporta que, según lugar de residencia, "los mayores niveles de mortalidad infantil se presentan en la Sierra y en el área rural y que la tasa de mortalidad infantil disminuyó más en el área urbana, particularmente en Lima Metropolitana y otras ciudades grandes (43 por ciento en ambas)". Tomando como referencia Lima, cuyo nivel de mortalidad es 17 por mil nacidos vivos, los niños de Cusco, Apurímac y Huancavelica tienen entre cinco y cuatro veces más probabilidad de morir (ENDES 2000). Todo indica, entonces, que a pesar de los avances en la reducción de la tasa medida a nivel nacional, aún subsisten grandes diferencias o brechas y éstas no se están reduciendo.

Cuadro 2
Porcentaje de muertes por edad a nivel mundial

Grupo de edad	Grupo de población		
	Quintil más pobre	Quintil más rico	Promedio mundial
Menos de 15 años	50.7%	3.9%	29.9%
15 a 59 años	24.5%	17.8%	24.2%
Sobre 60 años	24.8%	78.3%	45.9%
Total	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Murray, Ch. y A. López. The Global Burden of Disease. World Bank 1996, citado en Gwatkin 2000b.

Además, los logros se han obtenido en el período post natal pero no en el perinatal. La relación de la mortalidad materna 1992-1996 de 265 muertes por 100,000 nacimientos es casi 1.5 veces más que el promedio latinoamericano y es 15 veces más que la de un país desarrollado (Banco Mundial 1999). Peor aún, existen grandes diferencias entre el ámbito urbano y rural (203 y 448 respectivamente, ENDES 1996). Para el año 2000, la ENDES ha estimado 185 muertes por 100,000 nacimientos.

Lo que se ha avanzado en atención materna en las últimas décadas no es significativo y no guarda relación con el incremento habido en los servicios de salud en estos últimos años⁴. Con relación al acceso a servicios de salud, existe una marcada diferencia de cobertura de atención del parto al interior del país: 82.4% de partos en el área urbana fueron atendidos en un servicio de salud, mientras que, increíblemente, el 75.1% de los partos en el área rural fueron atendidos en el domicilio (ENDES 2000).

Otra manera de visualizar las diferencias en la atención y acceso a los servicios, es medirlas a través de la calidad y los problemas percibidos por la población. Por ejemplo, mientras un 13% de mujeres en Lima no saben dónde ir para una atención médica, este número se eleva a casi 30% en las zonas rurales.

⁴ Informe de mortalidad materna. Ministerio de Salud. Proyecto de Salud y Nutrición Básica.

Las mujeres rurales manifestaron mayores problemas que las que viven en zonas urbanas, tales como la distancia al establecimiento, la dificultad para conseguir dinero para la atención y la falta de personal de salud femenino. En la misma línea, mientras un 56% de mujeres del área urbana fueron atendidas por un médico durante el parto, un 69% en el ámbito rural fueron atendidas por una comadrona u otra persona que no era obstetra ni enfermero/a (ENDES 2000).

Por otra parte, 65% de madres que sufren de pobreza extrema en las zonas urbanas esperaban dar a luz en un hospital, mientras que 88% de madres, también evaluadas como pobres extremas en las zonas rurales, querían dar a luz en su casa (HOPE 1998, elaborado por Cortez. En: Vásquez *et al.* 2000: 384). Lo que denota diferencias culturales que también hay que considerar.

La barrera económica sigue siendo la mayor limitante para el acceso a consulta. La ENNIV 2000 ratifica que la razón principal por la que los pobres extremos no acudieron a consulta fue la falta de dinero.

2.2. Problemas de inequidad en la distribución actual de los recursos

Además de la poca importancia que se le confiere al sector salud por el escaso nivel de recursos asignados, la distribución de los mismos recursos no es progresiva. El cuadro 3 considera la distribución del gasto público en una muestra de países, entre los que se encuentra el Perú.

En términos de desigualdad, el gasto per cápita por consumo en salud del quintil más rico es 4.5 veces más que el del quintil más pobre. Esto último considera el gasto personal y el gasto del Estado. En el sector salud en general, la inequidad aumenta al considerar a EsSalud, ya que éste cubre a trabajadores formales que se ubican en los quintiles superiores.

Cuadro 3
Distribución del subsidio público en salud

País	Año	Quintiles				
		1 más pobre	2	3	4	5 más rico
Brasil	1990	8	18	30	25	20
Uruguay	1989	37	21	17	14	11
Bulgaria	1995	13	16	21	26	26
Ghana	1994	12	15	19	21	33
África del Sur	1993	16	a/	66 a/	a/	17
Vietnam	1993	12	16	21	22	29
Perú	1997	20	21	21	22	18

Fuente: Perú: MINSa / SEPS / OPS. Equidad en la Atención de la Salud Perú 1997. Lima 1999. Cuadro 15. Pág. 33. Otras fuentes: World Development Report 2000/2001. Banco Mundial. Cuadro 5.2.

Nota: a/ no distingue distribución entre los tres quintiles.

La distribución del presupuesto total no es progresiva. Para entender esto, consideremos las diferentes vías de financiamiento. En opinión del Banco Mundial, el presupuesto de programas se distribuía progresivamente durante 1998; sin embargo, al ser políticamente muy sensibles, tenían muchas fluctuaciones. Por otra parte, el presupuesto regional⁵ fue regresivo; la distribución departamental, medida en términos per cápita, favoreció a los departamentos más ricos⁶. El presupuesto de Lima (sin considerar los hospitales nacionales) fue 66% más alto que el de los departamentos más pobres. Salud Básica, por su parte, tenía una distribución menos regresiva a nivel espacial, pero aun así no lograba estructurar una distribución progresiva sino solamente proporcional.

Cuadro 4
Distribución per cápita del presupuesto del subsector salud. Año 1999

Departamentos	Presupuesto ejecutado por no asegurado	Presupuesto ejecutado PSBPT por no asegurado	Índice de necesidades de salud
Huancavelica	60.12	19.45	63.74
Apurímac	79.65	14.88	56.92
Ayacucho	87.56	31.35	55.18
Cusco	72.52	10.72	51.55
Huánuco	60.84	21.62	48.44
Puno	67.84	30.24	47.98
Cajamarca	41.73	10.31	47.00
Pasco	118.21	54.61	45.65
Amazonas	52.15	15.47	44.97
Loreto	75.95	9.10	42.83
Piura	54.49	9.07	40.09
Junín	84.99	12.95	39.44
Ancash	78.39	14.91	39.19
Ucayali	101.66	8.02	38.20
Madre de Dios	193.02	56.40	37.20
San Martín	66.11	26.18	36.45
La Libertad	69.16	12.20	30.48
Lambayeque	53.25	23.09	27.50
Tumbes	81.57	24.00	26.79
Moquegua	189.75	39.41	24.24
Arequipa	122.85	30.93	23.37
Ica	140.90	23.61	22.72
Tacna	181.74	39.92	19.54
Lima y Callao \1	114.41	26.52	15.64
Total	85.58	15.77	34.36

Fuente:

1. Distribución presupuestal: Augusto Portocarrero. Análisis del Presupuesto del Subsector Salud. MINSa. Informe de la Oficina General de Planificación.
2. Índice de Necesidades de Salud: Pedro Francke. Focalización del gasto público en salud.

Nota: 1\ Sólo incluye las cinco subregiones de Lima y Callao. El Índice de Necesidades de Salud se refiere a Lima solamente.

⁵ La estructura de distribución permanece hasta hoy.

⁶ La diferenciación entre pobres y ricos se basó en el mapa de pobreza usado en ese año que categorizaba a los departamentos en muy pobres, pobres, medio y aceptable (Banco Mundial 1999).

Entre 1992 y 1995 (datos verificados en 1999) y en términos de distribución espacial (por departamentos), el gasto en salud fue regresivo comparándolo con el índice de necesidades de salud (Cuadro 4). Esta situación no se logró contrarrestar con el inicio del Programa de Salud Básica para Todos (PSBPT).

El presupuesto de los hospitales nacionales absorbe el 24% del presupuesto total; al ser hospitales nacionales, los pacientes vienen de todas partes del territorio nacional, pero principalmente de Lima. Además, beneficia a una población mayormente no pobre. Por ejemplo, en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, cuyos pacientes provienen básicamente del Cono Norte de Lima, sólo se registran 13% de pobres y pobres extremos atendidos⁷ (Alvarado *et al.* 2001).

Medido de otra forma, el subsidio recae principalmente en los quintiles superiores. En 1995, el 56% del subsidio total por consulta ofrecido por los hospitales del MINSA tuvo como beneficiarios a los dos quintiles de ingresos superiores, mientras que el quintil inferior sólo concentró el 10%. En el caso de los centros y puestos de salud, la situación mejora: los dos quintiles inferiores concentran el 58% de los subsidios transferidos (Cortez 1996).

En cuanto a los servicios de primer nivel, tomando como referencia el año 1997, el gasto per cápita ha sido prácticamente proporcional, independientemente del quintil de ingreso; sin embargo, al considerar la hospitalización, el gasto es regresivo: el quintil más pobre recibe menos del 10% del gasto total, mientras que el quintil más rico recibe más del 25%. Debería esperarse una mayor demanda de atención hospitalaria debido al perfil de los pobres, más aún si el número de éstos es mayor en números absolutos.

Con referencia a la dotación de recursos humanos, el PSBPT aporta una cuota del 26% de médicos (1,419) y 36% de otros profesionales de la salud (4,881); sin embargo, todavía subsisten diferencias significativas y zonas vulnerables, como el trapecio andino (MINSA 2001).

Como se ha visto, se ha logrado un avance con los fondos del PSBPT; sin embargo, la fragmentación o fraccionamiento del financiamiento en más de un ministerio y al interior del propio MINSA, dificulta una distribución más equitativa.

Los datos vertidos anteriormente presentan un panorama típico de un país cuyas necesidades sanitarias sobrepasan la disponibilidad de recursos fiscales, por lo menos en el corto y mediano plazo. Antes de proceder a comentar los problemas institucionales que se vinculan con la focalización, es primordial

⁷ Los resultados se basan en una encuesta exploratoria para una muestra representativa de pacientes. Se utilizó el modelo de calificación económica del Proyecto 2000.

revisar el marco de discusión sobre equidad y eficiencia, que justifica la adopción de políticas y estrategias de focalización.

3. Necesidad de focalizar en salud

Como se comentó anteriormente, las políticas de cobertura universal en muchos países en desarrollo no han tenido los resultados esperados, más aún por su fracaso en alcanzar o mejorar la equidad en el sistema de salud, lo que llama a tomar otras iniciativas, como las políticas de focalización⁸. Unido a esto, los datos del estado de la salud de los grupos vulnerables en el Perú, y la distribución poco equitativa de los escasos recursos, confirman la necesidad de focalizar la asignación de recursos.

Para graficar los problemas de la universalidad, o lo que Godínez llama “forma tradicional de hacer política social”, podemos decir que ésta suele atender primero las demandas de los que no son necesariamente pobres, ya que esta población, al tener mayor educación o contar con una organización social y política, puede tener de manera más expedita la información requerida para contar con los servicios o programas que necesitan, mientras que los pobres, en cambio, tienen barreras culturales pues carecen de información y tienen escaso peso político (Godínez *et al.* 1995).

Godínez concluye que la focalización tiene ventajas aun en momentos de prosperidad económica. La focalización es atractiva porque identifica en forma más precisa a los beneficiarios, a los más necesitados o pobres extremos, y en consecuencia pueden diseñarse políticas diferenciadas para cada grupo, lo que permite identificar y aumentar el impacto de las políticas y programas⁹. Con referencia a esto último, las políticas generales o universales tienden a ser de alto costo y de poca eficacia. La “focalización eleva la magnitud del impacto por unidad de recursos invertidos y reduce los costos finales” (Schejtman 1989, citado en Godínez 1995).

¿Cómo puede este tipo de política selectiva mejorar el accionar y la imagen del Estado y gobierno actual en el Perú? Esta sería tal vez la primera pregunta de

⁸ Los programas focalizados se distinguen en directos e indirectos. Los directos hacen selección individual tomando como base la medición de la capacidad de pago u otro indicador del individuo o familia. Los indirectos buscan más bien focalizarse en grupos de población, ya sea por alguna característica, como madre soltera jefa de hogar, donde el índice de pobreza es mayor, o por área geográfica, focalizando áreas que tienen una mayor proporción de población considerada pobre.

⁹ Por ejemplo, en Chile un estudio encontró que el total de subsidios estatales podría representar para una familia en pobreza extrema una renta mensual superior al 90% del ingreso mínimo evitando su dispersión.

un lector comprometido con la implementación de las políticas sociales, incluyendo la salud. En la actual coyuntura, la focalización se muestra como una alternativa metodológica y política para asegurar una acción eficiente y equitativa que permita llegar a los pobres y asegurar su legitimidad dentro de este grupo, pero también como “gerente social” en las clases no pobres que aportan sus impuestos para el mantenimiento de la acción del Estado en los sectores sociales. Asimismo, la identificación transparente de los beneficiarios permitirá reducir el clientelismo político que crea el populismo, y asegurará la gobernabilidad.

Otro aspecto que hay que comentar es que no debe confundirse la responsabilidad del Estado de asegurar acceso universal de la población a los servicios de salud, con un subsidio generalizado; dada la poca disponibilidad de recursos para subsidiar a los no pobres, y en aras de lograr la equidad en los resultados sanitarios y en la financiación de los servicios, se deberán focalizar o priorizar las acciones. Esto es congruente con lo que plantea Grosh, comentado por Francke, al decir que la focalización es “una política orientada a excluir conscientemente a algunos grupos sociales de la percepción de subsidios públicos, con el fin de concentrarlos en los sectores más necesitados”... “la focalización supone que existen cobros por los servicios (ya sea mediante tarifas por servicios, sistema de seguros, prepagos u otros mecanismos) y que existe un grupo de la población, llamado focalizado, a quien no se le cobra o se le cobra una cantidad menor” (Francke 1998).

En realidad, al decir *subsidio público de salud*, se refiere “a la suma de todos los recursos expresada en términos monetarios, que el gobierno asigna al sector salud” (Bitrán y Asociados 1999). Para llevarlo a cabo existen diferentes estrategias, actividades e instrumentos y dependerá de la agencia responsable hacer más efectiva la entrega de los recursos. Por ejemplo, como se verá más adelante, la simple entrega de mayor cantidad de recursos a través de una política de focalización geográfica, no nos asegura que éstos sean utilizados con propósitos redistributivos si las agencias descentralizadas no tienen capacidad de gasto ni los instrumentos debidos.

Considerando, entonces, a la focalización como el acto de destinar los servicios subsidiados por el gobierno a un grupo específico de la población, se la relaciona básicamente con el manejo de los recursos financieros, pero tiene detrás toda una valoración de justicia. De allí que se diga que en este caso es difícil tratar uno separado del otro, es decir eficiencia y equidad, primando el segundo sobre el primero. Los datos que se dieron sobre las brechas en salud entre la población urbana y rural en el Perú, por ejemplo, deben llamarnos a la reflexión sobre la necesidad de priorizar actividades e implementar una política de focalización con una estrategia diseñada con base en esta realidad. Es vergonzoso, por ejemplo, tener en el Perú altísimas tasas de mortalidad materna,

puediendo evitarse muchas de ellas tanto técnica como financieramente. Este llamado a la ética y la justicia es recogido por una de las tres escuelas de equidad resumida a continuación.

3.1. Equidad

No podemos seguir hablando de focalización sin tocar en más detalle el tema de la equidad en salud. La forma en que se entienda la equidad puede afectar la política y la estrategia de focalización que se recomiende y enfatice. Una de las hipótesis de este artículo es que ha habido, en esta área y en otras, un divorcio entre los intereses de los políticos y técnicos, lo que los economistas llaman un problema de principal-agente, y esa diferencia está ligada a la conceptualización del problema y a la forma de ver la realidad. Entonces, como bien lo plantean algunos, es necesario ponerse de acuerdo en el paradigma y sobre todo en qué se entiende por equidad; “...es necesario reconocer que la equidad y, por ende, la justicia son conceptos valorativos. Es necesario, por tanto, explicitar la perspectiva ética dentro de la cual se está haciendo la propuesta de focalización y someterla a discusión...” (De Habich 2002) entre los que toman decisiones de política e interesados o involucrados en ellas.

Con ese mismo espíritu, se ha creído pertinente hacer un pequeño recuento de los estudios y escuelas de interpretación de la equidad para luego poder entender mejor lo que está detrás de la focalización.

Para empezar, diremos que el interés por la equidad ha tenido vaivenes en los últimos 30 años, como lo sintetiza Gwatkin. Este tema tuvo un pico importante desde mediados de los setenta hasta mediados de los ochenta, y su expresión más notoria fue el movimiento de “salud para todos”, consolidado en la propuesta de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud, llevada a cabo en Alma Ata en 1978. Este movimiento enfatizaba la orientación comunitaria, con los gobiernos apoyando iniciativas de atención gratuita de salud para toda la población. Se pensaba, como es lógico, que el perfil epidemiológico de los pobres podía ser cubierto por servicios de bajo costo brindados por personal técnico local. Este modelo fue seguido entonces por UNICEF, en su defensa por la “revolución de la supervivencia infantil”, basado en cuidados de atención primaria.

Sin embargo, a mediados de los ochenta, la crisis experimentada por muchos países pobres puso en duda el financiamiento para la atención gratuita universal. Asimismo, los cambios en Europa del Este y China pusieron en tela de juicio el rol primordial del gobierno en la provisión de los servicios de salud. Igualmente, las metas del modelo de “salud para todos” empezaron a reevaluarse, y el interés giró hacia un nuevo tópico denominado “Reforma del sector salud”. Aun cuando

el tema de la equidad y la salud de los pobres nunca desapareció, no era el más importante sino que los ojos se centraron en eficiencia, sustentabilidad y financiamiento del sector (Gwatkin 2000a: 4-5).

Lo que resalta en el ámbito internacional es el nuevo interés surgido a fines de los años noventa por las inequidades crecientes manifestadas: en la diferencia en el estado de salud entre la población rica y pobre; entre residentes urbanos y rurales, y entre diferentes grupos poblacionales a los que llamamos vulnerables y no vulnerables. Las diferencias se observan tanto dentro de los países como entre ellos¹⁰.

Como conclusión, podemos afirmar que el tema de la equidad en salud y de las políticas para lograrla y mantenerla implican la consideración de una visión amplia de los determinantes de la salud de la población y los riesgos a los que está expuesta la misma; así como el promover la equidad en el estado de la salud y en el acceso a los servicios de salud (uso, financiamiento). Finalmente, supone considerar los temas de gobernabilidad y la libre elección de la comunidad. Por su parte, en el Estado, se necesita que concurren otros sectores como el de educación, y que la visión del país tenga en consideración a la salud como parte innata del bienestar de los países.

La conceptualización y medición de la equidad no es una tarea fácil. A continuación se resumen tres perspectivas, aparentemente diferentes pero que tienen la misma preocupación:¹¹

1. *Perspectiva de pobreza.* El objetivo es mejorar la salud de los pobres. Esta escuela identifica a los pobres considerando una línea de pobreza, diferenciando entre aquellos que pueden acceder a un canasta básica y aquellos que no (medición de gasto e ingreso). Al principio la salud era considerada como un servicio que debía proveerse a los pobres (seleccionados con la metodología arriba indicada). Pero esta posición limitada ha sido cuestionada por pensadores

¹⁰ Podemos citar como ejemplo las nuevas orientaciones de la Organización Mundial de la Salud y sus oficinas regionales como la Organización Panamericana de la Salud y la Oficina de Europa, el Banco Mundial, el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), la Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) y el liderazgo del Department for International Development (DFID) del Reino Unido. Coinciden los siguientes trabajos: el Informe de la Salud 1999 de la OMS y el Informe de Desarrollo Mundial 2000 del Banco Mundial sobre pobreza, y el Informe sobre Desarrollo Humano del PNUD, 1999 y el "Libro Blanco" del DFID (2000). Asimismo, para coronar el ambiente propicio, el profesor Amartya Sen es elegido para el Premio Nobel de Economía en 1998 por sus aportes a la visión de pobreza en la economía.

¹¹ Esta sección se nutre del trabajo de Gwatkin, "Health inequalities and the health of the poor: What do we know? What can we do? En *Bulletin of the World Health Organization*, 2000, 78 (1).

como Amartya Sen, cuya definición de pobreza está basada en la capacidad de los pobres para mejorar su condición, y por lo tanto la salud y la educación son parte de esta capacidad. Igualmente, el PNUD evalúa la pobreza en términos del indicador de desarrollo humano que considera salud, educación e ingreso. Lo importante es que la salud no es simplemente un servicio para los pobres sino un criterio en la estimación de la pobreza.

2. *Perspectiva de igualdad.* El principal objetivo es disminuir las diferencias entre pobres y ricos. Esta escuela ha estado presente desde hace varios años y la Declaración de Alma Ata buscaba reducir la brecha entre pobres y ricos; en 1984, un informe de la oficina regional de Europa de la OMS postulaba que para el año 2000 las diferencias entre países y entre grupos debían reducirse por lo menos en un 25%, mejorando la salud de los países y grupos en desventaja (Gwatkin 2000a: 7). Además de considerar comparaciones basadas en diferencias económicas, últimamente han merecido atención las diferencias de género y raíz étnica. Otro aspecto resaltado por este grupo de estudiosos es el uso de instrumentos justamente para medir las desigualdades, como el coeficiente Gini¹² y las comparaciones entre el quintil más pobre y el quintil más rico.

3. *Perspectiva de justicia y derecho.* El objetivo es eliminar la injusticia representada por las desigualdades antes mencionadas o el pobre estado de salud entre los vulnerables y en desventaja. Esta perspectiva se nutre de las dos anteriores, consideradas pragmáticas, y le agrega una línea normativa y de valores asociada a la justicia social. La búsqueda de equidad en salud consiste en disminuir las desigualdades consideradas injustas; pero también está asociada al concepto de pobreza, ya que es justo considerar mejorar el estado de la salud de los pobres. La definición de inequidad que usa la Oficina Regional Europea de la OMS, considera "las diferencias sanitarias que no solamente son innecesarias y evitables, sino también malas e injustas". Esta concepción, muy bien trabajada anteriormente por Margaret Whitehead, considera los siguientes parámetros para calificar una situación injusta:

- La conducta del individuo daña su salud, pero tiene una elección restringida.
- Existe exposición a malas condiciones de vida y de trabajo.
- No hay acceso adecuado a la salud esencial ni a otros servicios básicos.
- Hay selección natural o movilidad social debido a problemas de salud.
- Puede ser técnica, financiera y moralmente evitable.

¹² "El índice de Gini toma valores entre 0 y 1. Cero indica total equidad y la unidad señala la total ausencia de la misma".

Para este documento, la tercera visión integradora es la más cercana a nuestro paradigma, ya que considera la necesidad de solucionar el problema del estado de la salud de los pobres, utiliza las brechas para operativizar los resultados y descansa en los valores de la justicia.

3.2. Eficiencia

Mientras la focalización bajo un principio de equidad se preocupa de quién se beneficia con los subsidios públicos (pobres o ricos), bajo el principio de eficiencia busca que los recursos se dirijan a servicios costo-efectivos y a actividades de salud pública con altas externalidades, y que no vayan a actividades costosas de segundo y tercer nivel¹³. El lector debe considerar, sin embargo, que hay bienes de salud pública cuyo consumo no es individualizable y tiene altas externalidades, como por ejemplo el control de vectores, cuyos beneficiarios no tienen interés en pagar por el servicio ya que pueden recibirlo gratis gracias al pago del vecino (lo que se llama *free rider*), lo que puede ocasionar una disminución de la oferta. En este caso el servicio no es focalizado sino de provisión universal.

El **paquete básico**, que es el tema predilecto en esta área, se define como un conjunto de intervenciones de salud que se pueden financiar con los recursos disponibles y que maximiza el estado de la salud¹⁴. Los seguidores de los informes anuales del Banco Mundial sobre el Desarrollo Mundial se acordarán de que la edición de 1993 dedicó un importante segmento a este tema (Banco Mundial 1993). En ese informe se sostenía que la conformación de un paquete básico o esencial podía reducir en más del 30% la carga por enfermedad en países de bajos ingresos. Cabe enfatizar, como lo hacen varios otros informes, que el paquete de cada país tiene que responder a las necesidades epidemiológicas y a los valores que cada comunidad considera prioritarios; asimismo, el número de intervenciones garantizadas dependerá de la disponibilidad de recursos en cada país.

¹³ Es importante mencionar que esta última visión, de que el paquete no debería contener intervenciones de segundo y tercer nivel, depende tanto de la interpretación que se tenga de dicho paquete o canasta, el cual 1) puede ser básico y por ende concentrarse en el primer nivel o incluir en él intervenciones más costosas y de carácter catastrófico, evitando de esta manera que pueda llevar a la pobreza a muchas familias, 2) puede depender de los acuerdos de los involucrados para hacer sostenible el modelo de prestación y financiamiento, pudiendo ser éste el del aseguramiento, o inclusive, 3) estar sujeto a la disponibilidad presupuestal del país. Lo importante es que sea resultado del acuerdo de partes, incluyendo a la sociedad civil.

¹⁴ La medición de costo-efectividad se puede hacer a través de los DALYS "Disability adjusted life years", "Años de vida ajustados por discapacidad."

Tabla 1
Construcción del paquete básico

Lo más efectivo en un paquete es agrupar las intervenciones de tal manera que se puedan ofrecer al mismo individuo bajo el mismo canal de provisión (extramural, primer nivel u hospital). Por ejemplo, las inmunizaciones en los niños han resultado ser las más efectivas. Asimismo, la agrupación permite la sinergia entre las intervenciones preventivas y curativas, o la reducción de costos unitarios al permitir la aplicación compartida de insumos. Como lineamiento general se identifican once grupos, de los cuales cinco son de salud pública y seis de atención clínica o servicios individuales de contenido social. Entre las atenciones de salud pública se considera, por ejemplo: 1. inmunizaciones, 2. programa escolar, 3. prevención de HIV, 4. programa de control de tabaquismo y alcohol, 5. otros de información de nutrición, planificación familiar. En la parte clínica: 1. tratamiento de tuberculosis, 2. enfermedades de los niños como EDA, IRA, malnutrición; 3. cuidado perinatal y atención del parto, 4. planificación familiar, 5. tratamiento de enfermedades transmisibles, 6. algunos rubros limitados para el cuidado del adulto. Lo anterior son sólo guías generales, ya que cada país tendrá que decidir su lista de intervenciones a ser cubiertas de acuerdo con las prioridades nacionales, o inclusive podría ser de acuerdo con prioridades regionales, si las principales causas de morbi-mortalidad varían de región en región. Nuevamente, aquí se deberá ponderar las prioridades nacionales que reflejan el promedio nacional o las diferencias regionales, si se basa en un sistema descentralizado.

El punto siguiente a discutir es quién paga el paquete básico. Los grupos de intervenciones de salud pública son cubiertos por el gobierno bajo un principio de eficiencia, considerando que son bienes públicos; pero aun las intervenciones clínicas del paquete mencionadas antes, con características de bienes privados, tienen altas externalidades (como el tratamiento de la TBC) que justifican la intervención estatal¹⁵. Bajo otra perspectiva, y retomando el principio de equidad, las intervenciones consideradas cubren el tratamiento de enfermedades padecidas mayormente por la población pobre.

Ofrecer una cobertura universal del paquete con financiamiento público puede ocasionar que aquellos que están en condiciones de pagar se beneficien con el subsidio, disminuyendo las posibilidades de utilizar los recursos escasos en reducir el peso de la enfermedad (morbilidad y mortalidad) de los pobres. Por otro lado, sería posible que ocasione una inducción de demanda que puede poner en

¹⁵ Un importante aporte en esta área, que ayuda a clasificar los tipos de acciones y atenciones que deberían ser atendidas por el sector público y privado, se encuentra en Musgrove (1996).

aprietos al presupuesto de los ministerios o las agencias de salud. Una forma de solucionar lo anterior es focalizando la entrega de este paquete de servicios básicos, que prioriza las atenciones más costo-efectivas.

Posteriormente se discutirá el tema mismo de la focalización con base en datos que evidencian su éxito o fracaso, para luego centrarse en el caso del MINSA y en las recomendaciones pertinentes.

4. Experiencias de focalización

La pregunta crucial es: ¿Cuánto podemos esperar de un programa o actividad focalizada? ¿Cuál es el real potencial de los programas focalizados?

Generalmente, lo primero que se evalúa en los programas focalizados es ver si cometen alguno de los dos tipos de errores comunes en esta clase de experiencias, es decir: *error tipo I* o “subcobertura”, y *error tipo II* o “filtración”, y en qué dimensión¹⁶. En realidad, los servicios o programas sociales siempre manifestarán algún tipo de error; lo importante es minimizarlos y, para hacerlo, justamente se recurre a métodos de focalización, desde indirectos como los geográficos a directos como la focalización individual.

El Proyecto 2000, con base en la ENNIV 1997, calculó en dos escenarios las filtraciones y subcoberturas de las atenciones en consulta y en hospitalizaciones. En el primero, la población objetivo era sólo la población en pobreza extrema, y en el segundo la población objetivo fue tanto la población pobre como la pobre extrema.

Cuadro 5
Filtraciones y subcoberturas en el sector salud

Escenario 1: Población objetivo es pobre extrema

	Consulta externa		Hospitalización	
	Hospitales	Centros y puestos	Total	Hospitales
Error 1, Subcobertura	87%	21%	50%	50%
Error 2, Filtración	95%	96%	96%	93%

¹⁶ Para el primer caso o subcobertura, el error surge cuando se “califica como no pobre a alguien que es pobre”. Para el segundo caso o filtración, el error surge cuando se “califica como pobre a alguien que no es pobre”.

Escenario 2: Población objetivo es pobre y pobre extrema

	Consulta externa		Hospitalización	
	Hospitales	Centros y puestos	Total	Hospitales
Error 1, Subcobertura	83%	27%	48%	78%
Error 2, Filtración	52%	61%	60%	55%

Fuente: Proyecto 2000.

Como se observa en el primer escenario, el mayor error de subcobertura en consulta, es decir calificar como no pobre a un pobre, se produce en los hospitales. Asimismo, se observan altos niveles de filtración en consulta; es decir, calificar como pobres a los que no lo son, tanto en hospitales como en centros y puestos. Con respecto a la hospitalización, también se observa que el 50% de pobres fue considerado no pobre, con las consecuencias que eso significa.

Asimismo, un estudio de comparación entre tres programas sociales en el Perú: nutrición, educación y salud, refleja una mayor filtración y subcobertura en salud que en los otros dos (Valdivia y Dammert 2001).

Un punto crucial es el costo de administrar el programa o actividades de focalización. Si el costo de su implementación sobrepasa los beneficios, no tiene sentido hacerlo; por eso, como veremos más adelante, el nivel de sofisticación de la identificación de usuarios deberá ser tal que no signifique la utilización de los recursos mismos de la focalización.

Otra de las reservas que suscitan los programas focalizados hacia los pobres es la dependencia que pueden crear en ellos, ya que son iniciados de arriba hacia abajo (*top down*) y, por lo tanto, no surgen como iniciativas propias de los beneficiarios. De todas maneras se acepta que son mejores que los programas no focalizados que benefician a los no pobres (Gwatkin 2000b).

Como lo indica Gwatkin, los especialistas y ejecutores de la focalización son sensibles a la política y la sostenibilidad de los programas. Ellos aceptan cierto grado de filtración, en el sentido de que las clases medias o no pobres van a apoyar las medidas de focalización y dar sostenibilidad política.

A partir de la experiencia mundial sobre focalización, se sabe que ha favorecido a programas con subsidio monetario, programas alimentarios, de empleo y de servicios sociales. Dentro de estos últimos, poco se ha empleado en la salud y la nutrición. Aun cuando no hay muchas experiencias en salud, la evaluación de los programas sociales en su conjunto ha revelado que los que están mejor focalizados han llegado mejor a los beneficiarios, frente a aquellos de alivio a la pobreza con una focalización menos rigurosa.

4.1. Focalización individual

El empleo de la focalización individual ha surgido principalmente como una forma de contrarrestar los efectos de la aplicación de tarifas en el sector salud, y de alguna manera busca reducir el peso a través de tarifas diferenciadas o exoneraciones para los beneficiarios identificados. Las experiencias internacionales muestran resultados variados.

Algunos elementos que han ayudado a incrementar la probabilidad de éxito de este programa residen en la identificación formal de los procedimientos y criterios para reconocer a los pobres, como, por ejemplo: el nivel de ingresos, el tipo de vivienda y la tenencia de capital, como tierras o número de animales¹⁷. Otro elemento es la diferenciación entre los que identifican a los pobres y los proveedores del servicio de salud. Por ejemplo, en Honduras, los maestros, durante tres días identifican a los pobres y les emiten una carné; en Tailandia, las autoridades locales realizan esa función y les emiten igualmente un carné. Llevar a cabo esta tarea no sólo supone un compromiso, sino que toma tiempo para su planeamiento, administración, monitoreo y evaluación. Gwatkin (2000b) comenta que en Tailandia, cuyo programa ha sido considerado el mejor modelo implementado hasta ahora, el proceso ha tomado casi veinte años de ajustes continuos.

4.2. Focalización geográfica

Evidentemente, si se sabe que la pobreza estará concentrada en algunas zonas del país, es prudente recomendar focalizar en estas zonas. Sin embargo, de acuerdo con lo que se observa en la experiencia internacional, tendrán más posibilidades aquellos donde esta concentración sea más alta y las diferencias sean más severas. Una manera fácil de focalizar de esta forma es centrarse, por ejemplo, en las zonas rurales, donde la proporción de pobres es más alta.

Asimismo, se recomienda que la administración del sistema se traspare o transfiera al nivel local o comunitario. Por ejemplo, en México, pasar de una focalización geográfica de estados a municipalidades podría mejorar la cobertura de 40% a 60%, y bajar las filtraciones de 61% a 42%. Pero nuevamente, esto dependerá del nivel de concentración y la forma en que esté asentada la población pobre. Así, mientras en México la medida es positiva, en India, bajar de 16 estados a 56 unidades de agroclimas mejoraría la cobertura solamente de 32% a 34% y reduciría la filtración de 38% a 34% (Gwatkin 2000b: 13).

¹⁷ Un método alternativo para la elección de beneficiarios es emplear el método de evaluación participativa, en el que los facilitadores trabajan con la comunidad y le preguntan a ella misma ¿qué significa ser pobre?; asimismo, se les pide identificar en un mapa las viviendas de los potenciales beneficiarios. Es una especie de método de abajo hacia arriba y lo interesante aquí es que se trabaja con una visión de pobreza relativa en cada diferente realidad. Podemos mencionar que este método está en plena validación.

Otra manera instrumental de mejorar este método de focalización está en prueba y se muestra promisorio. Los investigadores lo están aplicando en Ecuador, Burkina Faso y África del Sur¹⁸. Se están cruzando preguntas de encuestas especializadas de consumo que predicen pobreza, con preguntas de los censos. La idea es que se seleccionen las variables que permiten una mejor predicción, contenidas tanto en las encuestas como en los censos, para que de esta manera se puedan priorizar los centros poblados (Gwatkin 2000b: 13).

4.3. Focalización por grupo étnico

Gwatkin recomienda utilizar esta metodología en dos frentes. Por un lado, ubicar aquellos grupos de edad donde se concentra la pobreza; y por otro, explorar qué programas, orientados a atender grupos de edad en particular, han llegado a beneficiar a los pobres.

El Cuadro 2, que aparece anteriormente, muestra con claridad cómo la focalización en el grupo de menores de 15 años en los países pobres puede reducir grandemente el peso de la morbilidad.

4.4. Focalización por enfermedad o grupo vulnerable

Otra variante es focalizar de acuerdo con las enfermedades más importantes en los segmentos más pobres y/o vulnerables de la sociedad. Esta metodología va de la mano con las canastas o paquetes básicos, cuyas intervenciones buscarán resultados costo-efectivos y que, coincidentemente, reducen el peso de la enfermedad (*burden disease*) de los pobres.

En el Perú específicamente, si consideramos los resultados finales del estado de la salud y nos centramos en la alta tasa de mortalidad materna e infantil como indicadores del desempeño del sector, los esfuerzos deberían concentrarse en todas las actividades, tanto preventivas como curativas, relacionadas con el cuidado materno perinatal.

4.5. Focalización por autoselección

Se espera que la población predominante pobre y pobre extrema, que no puede acceder a los servicios del sector privado o clínicas, se autoelija para atenderse en los sectores públicos gratuitos.

¹⁸ Este método también es utilizado en el modelo de identificación de usuarios impulsado por el Proyecto 2000, que se comenta más adelante.

Para concluir esta parte podemos decir que, entre los programas focalizados, que se basaron en uno o varios métodos al mismo tiempo, se encontró que todos eran igualmente efectivos: el 40% más pobre de la población se beneficiaba con el 70 a 75% del total de los beneficios de los programas. Asimismo, la información disponible acerca de las iniciativas gubernamentales con programas focalizados indican que dan mejor resultado en llegar a los pobres que los programas menos focalizados (Gwatkin 2000b: 5). Los hallazgos de Grosh, basados en una evaluación de programas focalizados en América Latina, confirman que éstos, en comparación con los no focalizados, tienen una distribución más progresiva de los beneficios (Bitrán y Asociados 1999: 67).

5. Los avances en el Ministerio de Salud

El tema de la focalización no es enteramente nuevo en el Ministerio de Salud. El aspecto positivo es que se han desarrollado y validado, con diferentes grados, los instrumentos de focalización individual y geográfica; sin embargo, todo este avance instrumental no ha ido acompañado de una política única o coordinada en el subsector salud.

Es importante destacar que algunos problemas típicos de principal-agente entre los políticos y los técnicos no han ayudado, y actualmente no contribuyen, a que se transfieran los alcances de la implementación de una política de focalización en particular. Asimismo, la fragmentación en la organización del Ministerio ha dificultado el desarrollo de una focalización concertada. Si no se corrige esta situación, se corre el riesgo de que se continúen gastando los pocos recursos disponibles sin tener un horizonte claro que propicie la equidad y el costo-efectividad.

Al final del período 1995-2000 los funcionarios del MINSA realizaron la siguiente autocrítica en el Plan Estratégico Multianual 2001-2005: “No obstante los esfuerzos invertidos en el período 1990-2000 [...] la situación sólo se ha modificado de manera limitada. Los logros obtenidos no han modificado sustantivamente la población en situación de pobreza y de pobreza extrema [...]” (MINSA 2001: 28). En ese mismo documento se recomienda luego, como parte de las prioridades institucionales, la implantación de nuevas modalidades de financiamiento, incluyendo el afinamiento de estrategias de focalización para el financiamiento público de la salud individual, pero luego esto no es seguido por un documento institucional que plantee dicha estrategia y el plan operativo.

El reto es ahora coordinar los esfuerzos aislados y evitar la duplicidad y los mayores costos de administración por procesos redundantes que aportan muy poco a los resultados finales. Además, lograr que los recursos escasos se dirijan

a intervenciones costo-efectivas y que se garantice un mínimo de servicios gratuitos a la población más vulnerable. En los puntos que siguen se hace un recuento breve de las experiencias más conocidas de focalización y desarrollo instrumental.

5.1. Desarrollo instrumental y experiencias institucionales

5.1.1. Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud (PFSS)

Los estudios de focalización en la década de los noventa se inician con el desarrollo del Análisis de Situación de Salud (1995), efectuado por el Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud. Entre otros resultados, provee criterios de estratificación de la población basados en variables de orden socioeconómico, epidemiológico y poblacional, lo que sentó las bases para una focalización geográfica a nivel provincial.

Esta línea de trabajo permitió continuar luego, en 1997, con el desarrollo de una propuesta de focalización geográfica a nivel de distrito y centros poblados con base en mediciones de pobreza de acuerdo con el método integrado, que luego fue complementada con el desarrollo del Sistema de Identificación de Usuarios de Servicios de Salud (SIUSS) para los fines de la focalización individual, en el marco de las Aplicaciones Iniciales de Reforma en los cinco hospitales más importantes de Lima y en cinco redes de salud (Moyobamba, Chulucanas, Islay, Tacna y Villa El Salvador).

Para este efecto se trabajó una ficha de evaluación socioeconómica; intervinieron los equipos de asistentes sociales de dichos ámbitos y de acuerdo con experiencias de campo se construyeron modelos econométricos de calificación de la pobreza individual, diferenciándola, a nivel de los dominios geográficos, de la ENAHO.

Las propuestas de aplicación extensiva en el MINSA no prosperaron, básicamente por una diferente visión entre la parte técnica y la Alta Dirección sobre la factibilidad de su aplicación. Estos hechos coinciden con la entrega, por los consultores internacionales, de información de costos del caso colombiano, en la que se plantea que el levantamiento de los datos por familia costaría entre 5 y 7 dólares americanos, haciendo su implementación aparentemente demasiado onerosa¹⁹. La falta de decisión política para continuar los trabajos a mediano plazo se hizo evidente al cierre del PFSS en 1999.

¹⁹ Pero pruebas piloto posteriores han demostrado que se puede empadronar a una familia, vía censo masivo, por menos de un dólar.

5.1.2. Proyecto 2000

El proyecto 2000, con financiamiento de USAID, ha invertido en el desarrollo de instrumentos de financiamiento, incluyendo los de focalización. Con la experiencia anterior, el proyecto ha intentado mejorar los modelos de focalización geográfica e individual, y los posibles arreglos institucionales para implementar el modelo en el nivel nacional. Asimismo, debido a que sostiene la posición de considerar no sólo el subsidio a los pobres sino también hacer pagar a los no pobres, el tema ha estado integrado al desarrollo de una política tarifaria.

El Proyecto 2000 ha desarrollado varios instrumentos que dan soporte al Sistema de Identificación de Usuarios. Pedro Francke²⁰, a solicitud del Proyecto 2000, desarrolló en 1995 un modelo para la identificación de pobres basado en variables *proxies* (de gasto) fáciles de obtener y sobre todo verificables a través de la observación, tales como vivienda, ubicación geográfica y bienes durables. Luego GRADE mejoró el modelo con el uso de información de la ENNIV 1997, que es la más reciente, e incorporó mejoras como la diferenciación urbano-rural y la posibilidad de elegibilidad entre pobre y no pobre basada en líneas de corte según siete dominios (MINSA / Proyecto 2000 2000a).

Con los resultados de las corridas econométricas se eligió el mejor modelo para aplicarlo en la identificación individual y en la identificación grupal o geográfica. Esto se ha hecho operativo a través del manejo de una llamada "ficha única" de identificación de usuarios y de un mapa de pobreza.

Estos instrumentos han sido validados en La Libertad, en los hospitales de Belén y en el Regional de Trujillo. Como parte de las actividades conexas a un sistema de identificación de usuarios, el sistema de tarifas ha sido reestructurado tanto en sus niveles como en su estructura. Asimismo, dentro de los acuerdos de gestión se ha incluido la reducción de subcobertura.

Asimismo, el Proyecto 2000 ha intentado, desde los inicios del Seguro Materno Infantil, transferir los instrumentos para focalizar el financiamiento del seguro; actualmente, ante la integración del Seguro Escolar y el Seguro Materno Infantil, se han iniciado acciones para la transferencia del sistema de identificación de usuarios al Seguro Integral de Salud.

Con respecto al manejo tarifario, el proyecto ha desarrollado el Catálogo Tarifario General, que permite la determinación de tarifas, ingresos, suscripción de convenios de compra-venta de servicios y un mejor manejo de los ingresos. El

²⁰ Había un interesante avance en un estudio del mismo autor realizado en el Banco Central de Reserva con datos del ENNIV 91.

catálogo ordena los tarifarios según códigos y descripción de servicios uniformes; asimismo, cuenta con índices de valor relativo entre servicios y se sostiene sobre la posición de que los valores monetarios deberían tener como referencia los índices de valor relativo estimados, pero permite también que estos valores sean revisados y ajustados.

De igual forma, el proyecto ha desarrollado una serie de estudios complementarios sobre financiamiento, gasto público, mecanismos de pago, costos y tarifas, lo que representa un buen marco de referencia.

5.1.3. Proyecto Salud y Nutrición Básica (PSNB)

Por su parte, el PSNB, interesado en el desarrollo de un nuevo modelo de atención del primer nivel, también se ha preocupado por la identificación de los usuarios con el fin de mejorar las estrategias de la oferta y de incrementar la demanda con nuevos elementos, muchos de los cuales son comentados en el primer libro de CONSALUD²¹ en el capítulo de atención primaria. En coordinación con el Proyecto 2000, también se ha seguido de cerca el desarrollo de los instrumentos de focalización dentro de su componente de gestión y financiamiento.

Se validó la metodología de recopilación de información vía censos como parte de la línea de trabajo comunitario y desarrollo de metodologías para la mejora del trabajo extramural, además de la identificación de usuarios para nuevos modelos de pago a los proveedores (establecimientos de salud) basado en presupuestos capitados y el desarrollo de inteligencia preventiva en el primer nivel. Se comenzó en Cusco, Cajamarca y Piura utilizando una ficha de identificación de usuarios. Las coordinaciones revelaron que la ficha tenía prácticamente todas las variables que había trabajado el Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud (en uso en PSBPT), y las variables del modelo econométrico de focalización del Proyecto 2000. Los técnicos de ambos proyectos y del PSBPT, con el patrocinio de la Oficina de Estadística e Informática y la Dirección General de Salud de las Personas (DGSP), llegaron a un acuerdo para utilizar una ficha única, e inclusive firmaron un acuerdo de partes, con el objetivo de evitar duplicidades y descoordinaciones en el levantamiento de información de la población.

Uno de los aportes del PSNB en esta área fue la validación de la metodología en el levantamiento de información tipo censo, utilizando en una segunda etapa la ficha única de identificación de usuarios. Los costos de implementación fueron variados y dependió, sobre todo, del tipo de arreglo institucional. Por ejemplo, en las zonas rurales del Cusco, donde participaron organizaciones no gubernamen-

²¹ CIES, Políticas de Salud 2001-2006.

tales (ONG), el costo fue de 0.80 centavos de dólar por familia, mientras que la validación en el Cono Sur de Lima, con la participación de personal relacionado al trabajo extramural y promotoras de salud, el costo alcanzó 1.60 dólares por familia (Alvarado 2000). Esto contrasta con los costos registrados en Colombia, reportados en los informes de los consultores internacionales.

Un caso especial que merece comentarse y rescatarse es el compromiso intersectorial que se logró en Paimas (Piura), donde participó el sector educación, lo que haría interesante evaluar la posibilidad de compartir la tarea. Esto no es nada descabellado ya que, como se mencionó en los antecedentes internacionales, Honduras aplica modelos de identificación de usuarios con la participación de los maestros y se convierte, por tanto, en una agenda de carácter intersectorial con los consabidos beneficios de usos múltiples²².

Sin embargo, a la fecha, los cambios continuos de personal y la falta de visión institucional de las autoridades del sector han hecho que se pierda una gran oportunidad, ya que se superó la fragmentación gracias al empeño de los técnicos y especialistas, para lo cual la Alta Dirección no facilitó las condiciones ni mostró el suficiente interés en implementar la política. Lo que genera esta situación es el agotamiento de los técnicos al tratar de explicar las bondades de los avances y lo único que denota es que, además de la fragmentación, existe una falta de capacidad institucional y visión de futuro en el sector²³.

5.1.4. Programas verticales

El Ministerio de Salud ya lleva experimentando más de veinte años con la focalización grupal a través de programas de salud con importancia epidemiológica. Por ejemplo, el Subprograma Nacional de Inmunizaciones fue creado en 1974; el Subprograma de Control de Enfermedades Diarreicas, en 1980; el de Enfermedades Respiratorias Agudas, en 1987. En total, el Ministerio ha llegado a tener 18 subprogramas en 1999, que se convirtieron en unidades técnico-administrativas y financieras de la Dirección General de Salud de las Personas, con objetivos, estrategias y metas definidas para cada uno.

No se pueden desconocer los logros significativos de algunos programas, como el Subprograma Nacional de Inmunizaciones, que ha permitido la ausencia de casos de poliomielitis desde 1991; asimismo, el Subprograma de Control de

²² La sistematización de las experiencias se encuentran en la web del MINSa-PSNB. www.minsa.gob.pe/psnb, en la ventana de evaluaciones. Asimismo, se encuentran manuales y *software* en la ventana de productos sobre Empadronamiento de Hogares.

²³ Como anécdota se menciona que en cada reunión de seguimiento a los productos, iban diferentes personas enviadas por las oficinas de línea invitadas y a las cuales debería interesarles el tema.

Enfermedades Diarreicas en sus 19 años de desarrollo ha logrado disminuir la tasa de mortalidad infantil específica por diarreas de 21.8 (70-74) a 6.5 por 1,000 nacidos vivos en 1996. También la tasa de mortalidad infantil por infección respiratoria aguda ha disminuido de 16.4 en 1990 a 6.9 en 1998.

El Subprograma Materno Perinatal ha logrado que las mujeres embarazadas aumenten su control de embarazo: en 1995, 55% de las mujeres embarazadas cumplían su control de embarazo según las normas y en 1998 alcanzó 74%.

Como se comenta en el informe del Programa Mujer-Niño de la DGSP, los programas verticales pueden permitir la obtención de resultados en un corto plazo, luego de lo cual la eficacia va decayendo con el tiempo y el costo que supone mantenerla es muy alto. "La concepción no integrada de múltiples programas ha determinado que el Ministerio de Salud y los establecimientos de la red de salud primaria se hayan organizado en función de programas verticales, que tienen su correlato organizacional en todos los niveles hasta los centros de salud. Se ha trastocado el modelo organizacional de los servicios, creando espacios propios para cada grupo profesional y atomizando la atención a las personas.

Por otro lado, la priorización de programas ha dependido en algunos casos de iniciativas externas y no de la política global de la DGSP. Adicionalmente no ha existido una estandarización en el funcionamiento de los programas, tanto en sus aspectos epidemiológicos, de programación y presupuestación, como en los de seguimiento, supervisión y evaluación. Cada programa ha creado su propia red de información a través de formatos propios. Las actividades de capacitación, supervisión y monitoreo se han manejado de manera aislada y existe una multiplicidad de normas y duplicidad de acciones. Ese funcionamiento debilita las instancias permanentes del MINSa y bloquea los esfuerzos de desarrollo institucional" (MINSa\DGSP 2000).

5.1.5. Programa de Salud Básica para Todos

Creado en 1994, tiene como objetivo, como parte del Gasto Social Básico, mejorar las condiciones de salud de la población de menores ingresos; asegurar el acceso universal a un paquete de Salud Básica de carácter preventivo promocional; y brindar atención suplementaria y médica adicional a los grupos de mayor riesgo, priorizando a los niños menores de cinco años y madres gestantes.

Entre los criterios de priorización utilizados se cuenta la contratación de personal asistencial en las zonas priorizadas por los indicadores de necesidades básicas insatisfechas y pobreza, así como de riesgo sanitario. Éste sería el motivo por el cual, en los datos que se mostraron en el punto 2.2., la asignación presupuestal de PSBPT es relativamente progresiva.

El PSBPT está utilizando la focalización geográfica pero, tal como se comentó anteriormente, ésta no logra revertir la asignación regresiva del resto del subsector. Se tiene conocimiento de que, actualmente, el PSBPT está elaborando un mapa para la asignación presupuestal en la que se incluirían las variables epidemiológicas.

Específicamente, a nivel de identificación individual, el programa continúa utilizando una ficha similar a la elaborada en el PFSS y es aplicada, básicamente a demanda, en los establecimientos dentro del área de Zonas de Aplicaciones Iniciales de Reforma.

Asimismo, se han emitido unos lineamientos de política tarifaria que buscarían impulsar la referencia y contrarreferencia dentro de una red de servicios que sería aprobada por el nivel central, en el sentido de que las tarifas de los puestos serían menores que las de los centros y las de estos últimos menores que las de los hospitales. Dicha política no hace referencia a las metodologías de fijación de las mismas o los parámetros que se utilizarían, tales como los costos propios o promedios, excepto que plantea que las tarifas de servicios similares dentro de establecimientos similares (por ejemplo todos los centros) sean iguales dentro de una red.

5.1.6. Oficina General de Epidemiología (OGE)

En consonancia con la corriente que considera el peso o costo de la enfermedad como guía para focalizar el uso de los recursos, la Oficina General de Epidemiología, con apoyo del Proyecto Salud y Nutrición Básica (PSNB), llevó a cabo en 1999 el estudio de las "Prioridades Sanitarias" (MINSA 1999). El espíritu del documento, según lo manifiestan sus autores, basa sus principios en los lineamientos de Políticas de Salud 1995-2000, de "garantizar el acceso universal de la población peruana a los servicios de salud pública y de atención individual, priorizando a los sectores más pobres y vulnerables de la población, prevenir y controlar los problemas prioritarios de salud...". (MINSA 1995).

Lo interesante de este instrumento es que ha permitido procesar diferentes variables para la ponderación de las prioridades, obteniéndose quince prioridades nacionales:

1. Atención materna y perinatal	9. Enfermedades transmitidas por vectores y rabia
2. Enfermedades inmunoprevenibles	10. ETS/SIDA
3. Enfermedades respiratorias	11. Accidentes y envenenamientos
4. Salud sexual y reproductiva	12. Salud mental
5. Enfermedades transmitidas por alimentos y agua	13. Enfermedades cardiovasculares y diabetes
6. Malnutrición	14. Salud ocupacional
7. Tuberculosis	15. Cáncer
8. Salud bucodental	

Obsérvese la importancia de cada una y los niveles de diferencia en el acceso o enfermedad entre el medio rural y urbano mencionado en la sección 2.1. de este documento.

El Análisis de Situación de Salud (ASIS), iniciado por el PFSS, fue institucionalizado en el MINSA en 1998 con la participación de la Oficina General de Epidemiología, la Oficina de Estadística e Informática y la Oficina General de Planificación. La institucionalización significó la transferencia de la metodología a los equipos de las unidades subnacionales del MINSA: Direcciones de Salud (DISA), Redes y Microrredes. De los informes presentados se deduce que el proceso de transferencia ha tenido diferentes resultados a nivel nacional.

Durante el período de transición (noviembre 2000 a julio 2001), se elaboraron guías para estandarizar la metodología del Análisis de Situación de Salud (ASIS) con el fin de conocer los problemas de salud, así como sus factores determinantes y condicionantes. Este instrumento permite "medir la situación de salud de la población en sus distintas dimensiones (variables demográficas, sociales, económicas y epidemiológicas), a través de medidas representativas (promedios y otras medidas de tendencia central) y del establecimiento de brechas para identificar los grupos más vulnerables".

La priorización y la focalización, aun cuando son procesos diferentes, a raíz de sus objetivos finales de identificar grupos vulnerables y por la utilización de variables socioeconómicas, hacen que muchas veces se confundan entre ellos. Como se mencionó al comienzo del documento, la focalización a veces se justifica por principios de eficiencia que llevan a la construcción de un paquete básico; justamente, la metodología de priorización ayuda a la construcción del mismo. Asimismo, otra diferencia entre ellos es que la priorización es un instrumento de gestión que se utiliza en el nivel desconcentrado, pudiendo perfectamente complementarse con la política nacional de focalización. Pero no debe dejar de manifestarse que la coordinación es necesaria para evitar incoherencias entre los niveles de gestión (central, regional y local).

5.1.7. Los seguros

Como se mencionó párrafos antes, el MINSA se encuentra en proceso de implementar un esquema de seguro público, con la integración del SEG (Seguro Escolar Gratuito) y del SMI (Seguro Materno Infantil). El primero cubre a la población de 3 a 17 años matriculada en las escuelas públicas; las evaluaciones indican que el SEG ha tenido una mejor focalización en Lima Metropolitana y una deficiente focalización rural, lo que lleva a recomendar la extensión de su cobertura en las zonas rurales (ver el capítulo de financiamiento en este libro).

Lo preocupante del caso es que en el nivel del discurso presidencial y ministerial, se presenta el Seguro Integral o Seguro Público a la ciudadanía, con una cobertura y financiamiento universal²⁴. Al costearse, el plan considerado sobrepasa la disponibilidad presupuestal, por lo que es de suma urgencia plantearse un esquema de focalización mientras se incrementen los fondos suficientes del presupuesto para superar las limitaciones actuales. Entre los ajustes internos y paulatinos que deberán hacerse se encuentra el traspaso de los fondos de los programas verticales.

Como se comentó anteriormente, se espera que en el Seguro Integral se adopte la metodología de identificación de usuarios que el Proyecto 2000 está transfiriendo.

6. El reto actual

El reto actual del MINSA es implementar un modelo de focalización acorde con la capacidad institucional actual del Ministerio. Dicha capacidad debe contemplar los costos razonables de administración, una implementación progresiva e integrada al resto de actividades en desarrollo dentro del nuevo modelo de atención integral, que contemple el trabajo intramural y extramural. Asimismo, los problemas más urgentes de la condición sanitaria del país deben ser el motor conductor de la focalización.

Entonces, el eje que debe guiar finalmente la política de focalización y el desarrollo de la estrategia para implementarla, es ver, justamente, si responde solucionando los problemas más urgentes existentes en el estado de salud de la nación, y si se cubren las necesidades sanitarias de los pobres extremos. Una vez que se deja sentado este objetivo final, tendrán más sentido la construcción de las estrategias y el desarrollo de actividades bajo las políticas de focalización.

En concreto, se recomienda:

1. Aplicar la **focalización geográfica** de todos los fondos del subsector, dadas las características de pobreza extrema concentrada en las zonas rurales del país, para lo cual será necesario concentrar todos los recursos, incluyendo los del Seguro Integral.
2. Aplicar la **focalización individual** en hospitales y en centros de salud de referencia en las zonas urbanas, consolidada con la calificación individual por demanda, es decir, intramuros.

²⁴ La oferta presidencial de cubrir a todos los pobres del Perú (28 de enero 2002) requiere del incremento presupuestal.

3. Construir progresivamente el resto de base de datos de la población para la **focalización individual**, utilizando el trabajo extramural en centros y puestos de salud y aplicando censos focales en zonas de riesgo.

4. **Lograr la participación** de otros agentes e instituciones del sector público y ONG, en especial los gobiernos locales, tanto en la definición de políticas como en la recopilación de información de la población dentro de las áreas adscritas a un establecimiento de salud, de manera de hacer costo-efectivo el levantamiento de información. Considerar la focalización como parte integrante de la construcción de un *safety net* o red de fortalecimiento y protección social (ver comentarios más adelante).

5. Uniformizar las herramientas de calificación individual y hacer transparente el proceso de calificación, para evitar clientelismos y mejorar la gobernabilidad del sistema.

6. Complementar el Seguro Público o Seguro Integral con un sistema de precios o cargo a los usuarios, bajo diferentes modalidades, dependiendo del esquema de financiamiento (tarifas de venta directa total o copagos, primas de seguros). Para el caso de tarifas, se deberá contar con lineamientos centrales que permitan ajustes de acuerdo con las realidades y los costos de cada red, bajo un modelo de gestión desconcentrado²⁵.

7. Establecer el nivel de exoneraciones acorde con la disponibilidad presupuestal. Al respecto, el Proyecto 2000 había estimado que en el corto plazo, tomando como objetivo a la población en pobreza extrema, las exoneraciones de consulta y hospitalización no generarían desequilibrios; pero esta situación cambia si se considera a los pobres y pobres extremos a nivel nacional (Proyecto 2000 2000b). Los requerimientos presupuestales adicionales de la focalización individual para cubrir los recursos que se dejan de recaudar, dependerán de las elasticidades de la demanda frente a las tarifas y exoneraciones²⁶.

8. Promover la participación del sector privado e incentivar el aseguramiento del sector informal que puede aportar el pago de primas.

²⁵ Es importante distinguir entre tarifas a los usuarios y tarifas de proveedores. En el primer caso, el tomar en cuenta los costos de producción y los costos de la competencia ayuda a monitorear y mantener la eficiencia del sistema de salud. El proceso de focalización exonera de los pagos tarifarios a los pobres. Por otra parte, las tarifas de proveedores se utilizan, por ejemplo, cuando los fondos de seguros compran a los prestadores un determinado conjunto de servicios.

²⁶ Este hallazgo ha sido verificado en simulaciones realizadas en Trujillo, donde se ha constatado que los cambios no afectan el equilibrio financiero, pero cada caso es diferente.

Para conseguir que se lleve a cabo lo recomendado en los puntos anteriores se tendrá que seguir algunos pasos que se detallan en las secciones siguientes.

6.1. Compromiso político: acceso universal vs. subsidio total

Antes de proponer cualquier esquema de arreglo institucional debe quedar claro que se necesita la aceptación política de los directivos, incluyendo al Despacho Ministerial, quienes deben reconocer, ante el panorama de resultados sanitarios poco equitativos por un lado y la restricción financiera presupuestal por otro, la necesidad de focalizar los recursos a través de la identificación de la población vulnerable pobre, y priorizar las atenciones que justamente benefician a este segmento de la población, con la consiguiente efectividad a nivel nacional. Si esto no se logra, se corre el riesgo de mantener las brechas de inequidad existentes. El compromiso político debe ser consciente de que un modelo de focalización, como en otros países, puede ir mejorando progresivamente.

En la actualidad nadie discute que tener atención para el cuidado de la salud es un derecho, pero se confunde “acceso universal” con “subsidio total”. Mientras en el primer caso el Estado garantiza la provisión del servicio, que puede estructurarse en un paquete básico o garantizado, el segundo caso asumiría el financiamiento total del paquete si se contara con los recursos suficientes. Pero como éste no es el caso en el Perú ni en otros países en desarrollo, se tiene que decidir subsidiar a los pobres por los servicios de salud individuales y requerir el pago total o copago a los que tienen capacidad de hacerlo. Lo preocupante del caso es que en el discurso presidencial y ministerial se presenta a la ciudadanía el nuevo “seguro público” con una cobertura universal, sin necesidad de pago de prima de los no pobres, corriéndose el riesgo de causar no sólo una crisis presupuestal en el sector y el desfinanciamiento de los establecimientos (como ocurría a veces con el Seguro Escolar) sino el descontento popular.

6.2. Incremento de recursos presupuestales

No existe una respuesta exacta ante la pregunta ¿cuánto se debe subsidiar y hasta cuánto se puede cobrar? Todo dependerá de la disponibilidad presupuestal y de la necesidad de tener subsidios cruzados entre los no pobres y pobres. Cada país es único en sus características y valores; en el caso particular del Perú, hay problemas adicionales: la base tributaria que alimenta de recursos al sector (*financial burden*) se basa en impuestos indirectos que de por sí ya son regresivos, y en el impuesto a la renta con una base tributaria reducida²⁷. ¿No sería acaso

²⁷ De allí las opiniones de especialistas en el tema de que se acepte cierto nivel de filtración para hacer viables las políticas de focalización políticamente sostenibles.

justo que los que ya pagaron sus impuestos tengan atención gratuita? Sí lo sería, si hubiera suficientes recursos fiscales que permitan tener un modelo como el británico o el canadiense, pero lamentablemente no es el caso, y tenemos que recurrir a la aplicación de tarifas.

Como bien lo explica Petrera en el capítulo de financiamiento, tenemos que recuperar el principio de la solidaridad. Parte del problema se solucionaría con el desarrollo de los seguros, que incluyan la posibilidad de la diversificación del riesgo. Además, el Perú, en comparación con otros países de América Latina, sólo gasta en salud el 4.4% del PBI, mientras que otros países de la zona, con el mismo nivel de producto nacional, gastan entre 7 y 8% de su PBI. De acuerdo con un equipo de especialistas, si llegara a implementarse el Seguro Público, y aplicando un proceso de focalización progresiva, el gasto per cápita actual de 100 dólares (considerando gasto de bolsillo)²⁸, tendría que duplicarse (Bardález *et al.* 2001). A nivel de los establecimientos de salud, los recursos adicionales que necesitaría cada establecimiento que aplicara la focalización individual dependerían de la elasticidad del precio de la demanda²⁹ (De Habich 2002).

6.3. Integración de políticas sociales y concurso intersectorial

Este punto se enmarca dentro de las sugerencias de la Comisión Económica para América Latina (CEPAL), que considera que las políticas sociales deben buscar la protección social, además de tener viabilidad fiscal y universalidad, pero con criterios de selectividad; es decir, que la focalización sea vista como un elemento de la universalidad. Dentro de esta misma visión, se debe buscar la integralidad de las políticas sociales, es decir aprovechar “las relaciones virtuosas” de las protecciones sociales (Ocampo 2001). Para nuestro caso, la focalización financiera y la de acciones en salud se verían robustecidas con la focalización en la educación primaria de las niñas; asimismo, la ventaja de los gobiernos locales para organizar a la población facilitarían los programas de medicina preventiva.

En concordancia con lo que opina Amadeo, “la política social no debe ser la suma de programas focalizados” (tal como lo sostenemos en este capítulo y en otros de este libro), sino que se debe lograr que los sectores interactúen coordinadamente y que la política social en su conjunto tenga una base institucional fuerte, de manera que se la trate al mismo nivel que las políticas económicas y financieras. Los nuevos enfoques del bienestar nos obligan a reflexionar sobre la impor-

²⁸ Gasto de bolsillo se refiere al pago que hacen las familias, por ejemplo en el ticket para consultas, o por el pago de medicinas en farmacia.

²⁹ Es decir, cuánto más se incrementará la demanda como consecuencia de la disminución de la barrera económica a través de la disminución de las tarifas.

tancia de la salud como parte integrante de las capacidades humanas para superar la pobreza. Como lo manifiesta Acevedo (2001), la Alta Dirección del MINSA, a través del CIAS, podría coordinar su estrategia de focalización con los otros sectores. Esta preocupación por la integralidad de la política social es parte de la agenda de muchas instituciones —la de la Universidad del Pacífico entre otras—, las mismas que vienen desarrollando una propuesta nacional de red de protección y fortalecimiento social³⁰.

El manejo del *safety net* o similares se ha probado en experiencias de proyectos enmarcados dentro de un fondo de inversiones³¹. Por ejemplo, Godínez describe que el Fondo de Inversión Social de Bolivia ha articulado el sistema de apoyo social a los sectores pobres mediante un eje central, como brazo ejecutor de políticas fijadas por los ministerios del sector social y que a la vez permitió desconcentrar la política social. Un fondo de esta naturaleza puede desempeñar una función aglutinadora, en el sentido de “potenciar la eficiencia de los recursos, para agilizar las acciones de apoyo y para acercar la política social del Estado a las demandas de la sociedad civil, sobre todo de los sectores pobres” (Godínez *et al.* 1995).

En lo que respecta a la focalización, específicamente a su ejecución, la identificación de usuarios no es sólo de interés del sector salud, sino de otros sectores sociales e inclusive productivos. El ejemplo de Honduras nos cuenta la participación del sector educación en el levantamiento de información de áreas prioritarias. En el caso del Perú, las tareas piloto en el PSNB han demostrado que es muy factible trabajar con gobiernos locales y con el sector educación.

6.4. Focalización y el modelo de atención integral

Así como el levantamiento de información tipo censo se puede realizar con la participación del sector educación y los gobiernos locales, la identificación individual o por familia se puede realizar progresivamente a través de las actividades extramurales. La preparación de planes de salud e identificación de grupos de riesgo para los ámbitos adscritos a un centro de salud o red, necesitan del levantamiento de información de la comunidad, que perfectamente puede ser la misma que se utiliza para calificar como pobre y no pobre.

³⁰ En este caso, la Universidad del Pacífico considera la red de protección y fortalecimiento social como un conjunto de políticas, programas y normas, integradas entre sí, que brindan protección a los grupos vulnerables frente a riesgos de diferente naturaleza, con el objeto de aliviar la pobreza y fortalecer la capacidad humana para la generación de ingresos sostenibles. Por otra parte, De Habich define el *safety net* como un “paquete” de servicios sociales complementarios entre sí, que representen un nivel de bienestar debajo del cual no debe caer ninguna familia peruana. Una discusión interesante al respecto se encuentra en Moser y Antezana (2001).

³¹ Diferente de un fondo de emergencia de corto plazo.

Al respecto se recomienda el Manual de Trabajo Extramural desarrollado por consultores del PSNB, cuyo capítulo II, de organización del trabajo, guía a los establecimientos en sus labores extramuros, incluyendo la identificación de sus áreas de responsabilidad y la elaboración del mapa de riesgo. La ficha de identificación de las familias es la ficha única a la que se hizo mención anteriormente, coordinada entre las diferentes instancias del MINSA.

Asimismo, el proponer el funcionamiento de redes de salud y la posible instalación de mecanismos de pago a proveedores, como el capitado, requiere de todas maneras del levantamiento de información de la población adscrita a los establecimientos, por lo que la identificación de usuarios es necesaria no sólo por consideraciones de riesgo financiero sino también para manejar el riesgo biológico.

Deben rescatarse, como lo plantea el modelo de atención integral, las actividades de carácter preventivo y promocional para lograr cambios en la conducta, tanto de los proveedores como de los usuarios, para lo cual existen los instrumentos de mercadeo social³².

La focalización también debe considerar priorizar las actividades a emprender, y una de ellas es lograr incrementar el peso de la población pobre y enferma que no consulta por motivos culturales y por no encontrarse satisfecha con el servicio. En esta línea es congruente seguir las recomendaciones de ejecutores y académicos que consideran las actividades preventivo-promocionales como parte de las estrategias para incrementar el acceso a los servicios formales de salud, por ejemplo, los controles prenatales en las zonas rurales.

6.5. Aprovechamiento del desarrollo instrumental existente

Un aspecto positivo es que el MINSA no parte de cero, como lo hemos resumido anteriormente, sino que cuenta con todos los instrumentos para iniciar una política de focalización de todos sus recursos, además de los recursos del PSBPT.

Es necesario superar la fragmentación y dispersión de esfuerzos en este ámbito. Se han identificado, dentro del MINSA, tres mapas de focalización geográfica, cada uno con diferentes matices y grado de verificación y prueba; sin contar con el mapa del MEF-FONCODES.

Al margen del mapa de pobreza que se utilice para focalizar geográficamente,

³² Se puede visitar la web del Ministerio de Salud: www.minsa.gob.pe/psnb y contar con los resultados de validación e instrumentos de mercadeo social. Cabe manifestar que esta área también ha merecido la atención de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard, cuyo paradigma para hacer exitosa una reforma del sector salud incluye cambios de conducta a través del mercadeo social.

tomará tiempo ajustar los presupuestos regionales, ya que el costo fijo de recursos humanos es alto, a menos que los incrementos presupuestales del sector se redistribuyeran de manera de lograr un presupuesto progresivo a favor de la pobreza en menor tiempo. Por ejemplo, en el caso de Bolivia fue necesario incrementar de manera interesante los salarios de los médicos y otros profesionales de la salud para equiparar el costo de oportunidad de los recursos humanos y lograr que se movilizaran hacia las zonas rurales.

Se cuenta con los modelos de calificación individual, con *software* y manuales para el levantamiento de información censal, ya sea parcial o total. Asimismo, está a disposición un “Catálogo Tarifario General” para hospitales, y una “Guía para la Determinación de Tarifas para el Primer Nivel”, esta última compatible con la guía para la estimación de costos “Para Gerenciar en Salud”.

A continuación se resumen los instrumentos disponibles, algunos de los cuales están en uso o han sido aplicados en experiencias piloto. La lista no es exhaustiva, pero permite orientar a los interesados:

Tabla 2
Instrumentos para la focalización

Instrumento	Dependencia que lo desarrolló	Características y objetivos
Mapa de Pobreza	Proyecto 2000	Basado en modelo econométrico (<i>proxy means test</i>) aplicado a resultados del INEI.
Mapa de Pobreza	PSBPT	Rige la distribución actual de recursos del PSBPT.
Mapa de Pobreza "Hacia la búsqueda de un nuevo instrumento de Focalización.	MEF, Dirección General de Asuntos Económicos y Financieros	Utilizado por FONCODES, basado en modelo econométrico, llega al nivel distrital (ver instrumento de MEF 2001)
Lineamientos técnicos referenciales para las zonas de aplicaciones iniciales de reforma: tarifas, citas, identificación de usuarios, exoneraciones.	Programa de Administración de Acuerdos de Gestión (PAAG), PSBPT, Administración compartida (AC)	Lineamientos de política tarifaria, sistema manual de citas para el primer nivel, sistema de identificación de usuarios permite ponderar referencialmente el grado de pobreza, proceso referencial de registro y reporte de exoneraciones.
Sistema de Identificación de usuarios de servicios de salud (SIUSS)	Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud	Estimación estadística para determinar línea de pobreza.
Sistema de identificación de usuarios, metodología, marzo 2000. Documento que recoge los resultados de los documentos de GRADE, ver bibliografía.	Proyecto 2000	Calificación individual <i>Proxy means tests</i> . La recopilación de información se hace en una "ficha única" coordinada con varias instancias del MINSA.

Sistema de identificación de usuarios, <i>software</i> y manuales de usuario y sistema	Proyecto 2000	Se cuenta con <i>software</i> de calificación SIU, que ha sido validado en varios hospitales y puede ser fácilmente manejado por personal asistencial.
Metodología de empadronamiento de hogares, 2000	Proyecto de Salud y Nutrición Básica	Sistematización del proceso, en www.minsa.gob.pe/psnb
Manuales de empadronamiento: empadronadores, supervisores, crítico codificadores, 2000	Proyecto de Salud y Nutrición Básica	Se utiliza la ficha única de empadronamiento. En www.minsa.gob.pe/psnb
Sistema de Empadronamiento e Identificación de Usuarios (SEMIU). Manuales de usuario y de sistema, 2000	Proyecto de Salud y Nutrición Básica	Permite almacenar y administrar información que se genera en el empadronamiento. Contiene reportes analíticos. Ha sido validado. Compatible con el SIU del Proyecto 2000. Se puede obtener el sistema de la página web www.minsa.gob.pe/psnb

PRODUCTOS COMPLEMENTARIOS

Análisis de la Situación de Salud 1) Guía para el Análisis Demográfico y Socioeconómico, 2) Guía para el Análisis de la Morbimortalidad. 3) Guía para la Evaluación de Programas y Servicios de Salud. 4) Guía para la Integración del ASIS.	Oficina General de Epidemiología	El ASIS, instrumento que brinda soporte servicios de salud, facilita encontrar los factores (medidos por indicadores) que tienen mayor repercusión sobre el estado de salud de la población.
Manual de trabajo extramural, setiembre 2000	Proyecto Salud y Nutrición Básica	Identifica zonas en riesgo y población vulnerable para planificación y priorización del trabajo extramural. También utiliza la ficha única de identificación de usuarios.
Catálogo Tarifario General, marzo 2001	Proyecto 2000	"Destaca su utilidad en la generación e intercambio de la información estadística de la producción de servicios de salud, determinación de tarifas, suscripción de convenios de compra-venta, ingresos...". Se puede ubicar en la web www.minsa.gob.pe/catalogo
Guía para la determinación de tarifas de servicios de salud del primer nivel, junio 2000	Proyecto de Salud y Nutrición Básica	Permite fijar tarifas a nivel desconcentrado en taller presencial utilizando información de costos, presupuestos y producción. Incluye disquete con hojas de cálculo de ayuda. También se puede obtener en la web www.minsa.gob.pe/psnb
Guías de mercadeo social para servicios de salud	Proyecto de Salud y Nutrición Básica	Metodología que permite reducir barreras culturales e incrementa la demanda de población que no se atendía con personal de salud. La sistematización de resultados pilotos se puede encontrar en www.minsa.gob.pe/psnb

6.6. Rol de las diferentes instancias e instituciones

Partiendo de la revisión de las directrices actuales sobre el tema, del interés de los diferentes involucrados o interesados en el problema dentro del Ministerio de Salud, y de los instrumentos desarrollados en esa misma institución, se podrá emprender la tarea pendiente que es encontrar el mejor arreglo institucional para hacer andar la propuesta de focalización, tanto de los instrumentos financieros (seguros, tarifas y exoneraciones, identificación de usuarios), como de las actividades ejecutoras (trabajo extramural, identificación de población en riesgo).

Es imprescindible que, aunque todas las oficinas y direcciones del MINSA estén involucradas, el asunto sea manejado por el despacho viceministerial mediante la conformación de un grupo *ad hoc* para el caso, bajo la coordinación de la Oficina General de Planificación.

Será necesario retomar, a través de la Oficina General de Planificación, la Dirección General de Salud de las Personas y la Oficina General de Epidemiología, con el apoyo de la Oficina de Estadística e Informática, la agenda para establecer el plan de implementación de la focalización y priorización, coordinando a través del viceministerio la integralidad con otros sectores.

Asimismo, es pertinente preguntarnos ¿qué rol van a tener las Direcciones de Salud en los próximos gobiernos regionales? ¿Qué rol van a tener las municipalidades? La mayor autonomía de los gobiernos locales y el aprovechamiento de sus ventajas comparativas podrían facilitar la identificación de los grupos vulnerables. Por ejemplo, en el caso de México, el programa Progresía utiliza mecanismos de focalización en tres fases o niveles. Primero se selecciona a las localidades beneficiarias, luego se identifica a las familias pobres con un método estadístico formal y finalmente la comunidad coteja si las familias identificadas como pobres son las correctas. Sin embargo, este modelo no tiene sentido en poblaciones donde casi toda la población es pobre (Wodon 2000).

El reconocimiento de que organizaciones débiles pueden ser un obstáculo para la consecución y aplicación de políticas, nos lleva a reflexionar sobre la capacidad de los proveedores de salud del MINSA, por lo que es necesario pensar en más de un frente. En el primero, se recomendó la redistribución geográfica de los recursos presupuestales de acuerdo con los indicadores de necesidad (mapa) que finalmente decida el MINSA; en el segundo, se debe asegurar que se utilizarán los recursos en la población o enfermedad focalizada. Esto tiene relación con lo que se mencionó en el punto anterior, acerca de la promoción de las actividades preventivo-promocionales y la adecuación cultural de los servicios.

6.7. Cambio en las tendencias demográficas

Debemos ser conscientes de que aun en regiones en las que se considere que no hay suficiente peso de pobreza, existen pobres. Hay que recordar que la pobreza extrema está ubicada mayormente en zonas rurales, pero el mayor número absoluto de pobres se encuentra en zonas urbanas y éste ha aumentado, lo que hace el problema más complejo.

El perfil poblacional del país no debe desconocerse, ahora que el 70% de la población está asentada en zonas urbanas. En ese escenario es recomendable la identificación individual con las características delineadas antes; es decir, la construcción progresiva de la base de datos en el primer nivel a través de las actividades extramurales, con la participación intersectorial y de los gobiernos locales. En lo que respecta a los hospitales, la calificación individual por demanda, como se dijo anteriormente.

6.8. Derechos y responsabilidades de los usuarios

Es necesario trabajar en el empoderamiento de la población pobre, para que conozca su derecho a los servicios públicos en general y en especial en salud, y evitar que se sienta incapaz de reclamar por cualquier injusticia o maltrato. La otra cara de la moneda exige al usuario ser consciente de la responsabilidad social en cuidar su salud y la de su familia.

Un estudio en el Hospital Loayza encontró que los pacientes jóvenes con mayor nivel de educación estaban menos satisfechos, mientras que aquellos de mayor edad y con menor nivel de educación estaban más satisfechos; igualmente, a través de grupos focales se encontró que la población pobre pensaba que si recibían exoneraciones no podían quejarse, lo cual refleja la poca autoestima y falta de conocimiento de sus derechos (Alvarado *et al.* 2001).

6.9. Aportes de diferentes disciplinas

Existen instrumentos disponibles, como el mapa de pobreza, que utilizan variables que pueden predecir la pobreza: el tamaño de la familia, el número de niños, el estado de la vivienda y los servicios públicos, la tenencia de artefactos y el tipo de combustible utilizado. Recomendaciones de instituciones internacionales aconsejan también considerar el “*burden disease*”, o peso de la enfermedad, en los esfuerzos por focalizar el subsidio.

En este sentido, se debe aprovechar la experiencia ganada en la Oficina General de Epidemiología en la elaboración de ASIS y la fijación de prioridades

nacionales y regionales. Este punto está íntimamente relacionado con los roles de las instancias del MINSA y de los otros niveles de gobierno, y de los proveedores mismos.

Se recomienda poner en consideración los instrumentos y guías elaborados por la OGE en relación con prioridades nacionales y su posibilidad de utilización a nivel de las DISA, sin entrar en contradicción con la política de focalización fijada a nivel nacional.

6.10. Nuevo sistema de información y monitoreo

Aun cuando nos interesan los promedios de la sociedad, es imprescindible hacer el monitoreo y el seguimiento de los resultados de focalización y atención a los grupos poblacionales identificados como en desventaja, que son los que se quiere favorecer. Para ello se pueden emplear diferentes criterios como: nivel socioeconómico, género, edad, estado gestacional, lugar de residencia (urbano versus rural), trabajadores en ocupaciones peligrosas, etc.

El plan de instalación de la focalización de recursos públicos y de priorización de actividades tendrá éxito si se monitorean los resultados con el fin de hacer los ajustes necesarios a lo largo del tiempo. Hay que recordar que ésta es una política que debe aplicarse en forma sostenida por un largo período (ver Anexo).

BIBLIOGRAFÍA

- ACEVEDO, José Luis
2001 *Identificación y calificación de usuarios*. Ayuda Memoria. Lima, mimeo.
- ACEVEDO, José Luis y Eduardo DEL SOLAR
1997 *Consultoría en implementación de instrumentos para la focalización del gasto, RB220*. Lima: MINSA, PFSS. Mimeo.
- ALVA, Javier, Carlos BARDALES y otros
2000 *Manual de trabajo extramural*. Lima: MINSA-PSNB, setiembre.
- ALVARADO, Betty
2000 *Empadronamiento de Hogares. Sistematización de la experiencia de implementación en establecimientos del primer nivel en el ámbito del Proyecto Salud y Nutrición Básica*. Lima: PSNB.
- ALVARADO, Betty, Enrique CHON y José Antonio ALFAGEME
2001 *Plan de Desarrollo Institucional del Hospital Nacional Arzobispo Loayza*. Lima: Organización Panamericana de la Salud.
- BANCO MUNDIAL
2001 "Lucha contra la Pobreza" Informe Anual sobre el Desarrollo Mundial. Banco Mundial: Washington.
1999 "PERU: Improving Health Care for the poor". *A World Bank Country Study*. Washington D.C.
1993 Informe Anual sobre el Desarrollo Mundial. Banco Mundial: Washington.
- BARDALEZ, Carlos, Miguel GARAVITO, Midori DE HABICH y Juan PICHIHUA
2001 *El Seguro Público de Salud. Propuesta*. Lima: MINSA.
- BITRÁN y ASOCIADOS
2001 "Targeting Public Subsidies for Health." Prepared for the *Flagship Course on Health Sector Reform and Sustainable Financing*. World Bank Institute, Washington, D.C.
1999 "Focalización de subsidios públicos para la salud". Instituto del Banco Mundial. Washington, D.C. pp. 5-16.

BOBADILLA, José Luis y Helen SAXENIAN

- 1993 "Designing an Essential National Health Package". En: *Finance and Development*. Fondo Monetario Internacional y Banco Mundial. Setiembre 1993, Vol. 30, n°. 3. Washington, D.C.

CORTÉZ, Rafael A.

- 1996 "El acceso a los servicios de atención de la salud en el Perú y la equidad en su financiamiento". En: *Revista de Análisis Económico*. Noviembre 1996 Vol.11, n°. 2. Lima.

DE HABICH, Midori

- 2002 "Comentarios al documento borrador Focalización de los Recursos Públicos en salud". S/f. Mimeo. Lima.

FEACHEM, Richard G. A.

- 2000 "Poverty and Inequity: a proper focus for the new century". En *Bulletin of the World Health Organization*, 78 (1). Washington, D.C.

FRANCKE, Pedro

- 1998 "Focalización del gasto público en Salud". *Ministerio de Salud*. Junio. Lima.

GODÍNEZ, Armando, *et al.*

- 1995 "Focalización y pobreza". *Cuadernos de la CEPAL*. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina.

GWATKIN, David R.

- 2000a "Health inequalities and the health of the poor: What do we know? What can we do?" En: *Bulletin of the World Health Organization*, 78 (1). Washington, D.C.
- 2000b "The current state of knowledge about targeting health programs to reach the poor." Mimeo. Working document. February (WB). Washington, D.C.

GWATKIN, David R. y Michel GUILLOT

- 1999 "The Burden of Disease among the global poor. Current Situation, future trends, and implications for strategy." *Human Development Network*, World Bank. November. Washington, D.C.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (INEI)

- 2000 Encuesta Nacional Demográfica y de Salud (ENDES 2000). Lima.
- 1996 Encuesta Nacional Demográfica y de Salud (ENDES 1996). Lima.

INSTITUTO CUÁNTO

- 2000 Encuesta Nacional de Niveles de Vida (ENNIV 2000). Lima.
- 1997 Encuesta Nacional de Niveles de Vida (ENNIV 1997). Lima.
- 1991 Encuesta Nacional de Niveles de Vida (ENNIV 1991). Lima.

MINISTERIO DE ECONOMÍA Y FINANZAS (MEF)

- 2001 "Hacia la búsqueda de un nuevo instrumento de focalización para la asignación de recursos destinados a la inversión social adicional en el marco de la Lucha contra la Pobreza." Documento de Trabajo. Dirección General de Asuntos Económicos y Financieros. Febrero, Lima.

MINISTERIO DE SALUD (MINSAL)

- 2001 "Plan Estratégico Multianual de salud 2001-2005". Lima. Mimeo.
- 1999 *Las prioridades sanitarias del Perú*. Lima: MINSAL, julio.

MINISTERIO DE SALUD \ Dirección General de Salud de las Personas (DGSP)

- 2001 "Plan de Implementación del Programa Mujer-Niño". Lima, enero. Mimeo.
- 2000 "20 años contribuyendo a disminuir la mortalidad infantil 1980-1999". Lima, diciembre.
- 1995 El desafío del cambio del milenio: Un sector salud con equidad, eficiencia y calidad. Lineamientos de política de salud 1995-2000, Perú.

MINISTERIO DE SALUD / PROYECTO 2000

- 2000a Sistema de Identificación de Usuarios (SIU). Lima, marzo. Mimeo.
- 2000b "Propuesta para el desarrollo de las experiencias piloto asociadas al sistema de tarifas y exoneraciones por servicios de salud en los establecimientos MINSAL." Elaborado por GRADE bajo contrato con Pathfinder. Lima, mayo. Mimeo.
- 1999 "Bases para un sistema de identificación de usuarios para los establecimientos de salud MINSAL". Elaborado por GRADE bajo contrato con Pathfinder. Lima, setiembre. Mimeo.
- 1998 "Características de los pobres y la identificación individual de beneficiarios en el Perú". Elaborado por GRADE bajo contrato con Pathfinder. Lima, diciembre. Mimeo.

MINISTERIO DE SALUD \ Oficina General de Planificación / SUPERINTENDENCIA DE ENTIDADES PRESTADORAS DE SALUD / ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

1999 *Equidad en la atención de la salud. Perú 1997*. Lima.

MOSER, Caroline y Oscar ANTEZANA

2001 "Social Protection Policy and Practice in Bolivia: Its Implications for Bolivia's Poverty Reduction". Strategy Paper (PRSP). Overseas Development Institute. *Working Paper 156*. November. United Kingdom.

MUSGROVE, Philip

1996 "Public and Private Roles in Health. Theory and Financing Patterns". *World Bank Discussion Paper n°. 339*. World Bank, Washington D.C.

OCAMPO, José Antonio

2001 "Desafíos del crecimiento con equidad en el siglo XXI". Exposición del Secretario Ejecutivo de CEPAL, en el *Seminario Internacional "Desafíos de las políticas sociales: superación de la pobreza e integración social en América Latina"*. CIES, FONCODES. Lima, 3 de diciembre del 2001.

PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION / WORLD HEALTH ORGANIZATION

1999 *Principles and Basic Concepts of Equity and Health*. Division of Health and Human Development. Washington, D.C., October.

REINO UNIDO

2000 *Eliminación de la pobreza mundial: cómo hacer que la globalización beneficie a los pobres*. Libro Blanco sobre el Desarrollo Internacional. Londres, diciembre.

TOLEDO, Alejandro

2001 "Estrategias Sociales 2001-2006". Exposición del Presidente de la República, en el *Seminario Internacional "Desafíos de las políticas sociales: superación de la pobreza e integración social en América Latina"*. CIES / FONCODES. Lima, 3 de diciembre.

VÁSQUEZ, Enrique, *et al.*

2000 *Inversión social para un buen gobierno en el Perú*. Universidad del Pacífico. Lima, diciembre.

VALDIVIA, Martín y Ana DAMMERT

2001 *Evaluando instrumentos de focalización individual en el Perú*. Consorcio de Investigación Económica y Social. Lima: CIES.

WODON, Quentin

2000 "Poverty and Policy in Latin America and the Caribbean". *World Bank Technical Paper 467*.

WORLD HEALTH ORGANIZATION

1995 *World Health Report*. Washington, D.C.

Cómo y qué medimos para monitorear nuestra focalización

Otro aspecto que es importante discutir es qué se va a medir, ya sea como desigualdad o como mejora para los pobres. Esta medida servirá igualmente para hacer el seguimiento y la evaluación de la efectividad de las estrategias de focalización. Es común encontrar como referencia el “acceso a los servicios médicos” (uso y financiamiento), en parte porque es fácil de medir y en parte porque es más fácil mejorar los niveles de acceso que alcanzar una meta más ambiciosa, como la de asegurar un nivel de bienestar de salud de la población.

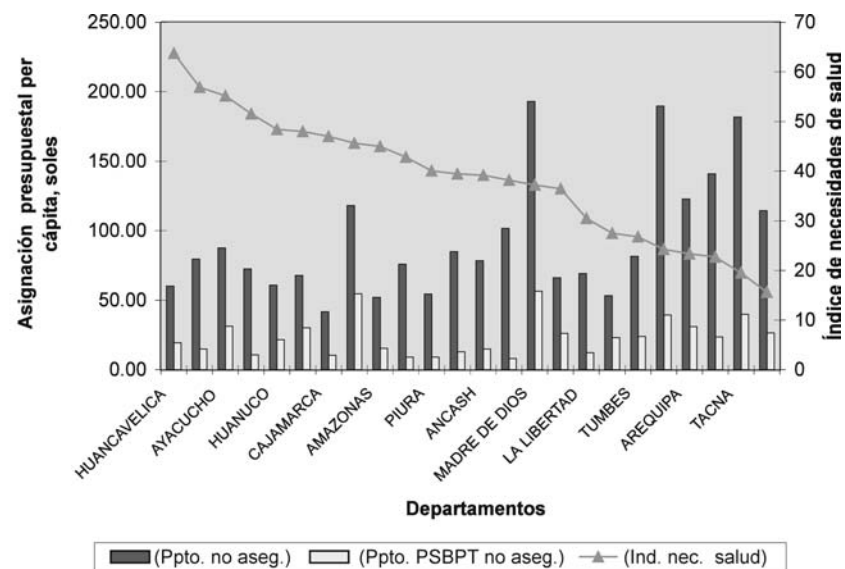
La alternativa planteada en la medición apropiada coincide con el aporte de los epidemiólogos, y consiste en medir resultados sanitarios o estado de la salud. El migrar de un análisis de acceso a los servicios hacia uno de resultados sanitarios no es fácil; implica reconocer que la gente no se enferma al azar, pero sí por su modo de vida, sus condiciones de trabajo, su nivel de educación y el contexto social y político, así como debido a factores biológicos y de medio ambiente, los que están distribuidos en forma heterogénea en la población (PAHO 1999). Esto último implica un trabajo más amplio de desarrollo humano, y convoca a un trabajo intersectorial.

Sin embargo, hay que tener presente que el estado de la salud puede ser medido ya sea con un examen médico o puede considerarse la perspectiva del paciente u entrevistado. Estas dos opciones pueden producir inclusive diferentes resultados. Es sabido, por ejemplo, que la población pobre tiende a manifestar menos estado de malestar que el resto de la población. Por otro lado, aquellos analistas con una visión de pobreza absoluta priorizarán las enfermedades transmisibles que están más relacionadas con los pobres, mientras que los que tienen una visión de pobreza relativa podrían también orientarse a priorizar las enfermedades degenerativas en comunidades con problemas epidemiológicos de estas características. Al respecto, por ejemplo, el ASIS del Cono Norte refleja ya la aparición del nuevo reto de las enfermedades degenerativas (ASIS 2000).

Bitrán considera que “aunque el estado de salud es un criterio de medición de la equidad en salud incompleto y a veces engañoso, el conocimiento acerca de ésta constituye un aporte importante para el diseño de políticas públicas de focalización de recursos en salud y, más ampliamente, para el diseño o evaluación de programas de bienestar social” (Bitrán y Asociados 1999: 41).

En realidad, cada medida tiene su mérito y desventaja en sí misma, y mientras se continúa trabajando con indicadores de acceso, deben irse incorporando progresivamente indicadores del estado de la salud, para lo cual el sistema de información del sector tendrá que madurar. La escuela de Salud Pública de Harvard reconoce los resultados del estado de la salud como resultados finales (*final outcomes*) y a la categoría de acceso como resultados intermedios (*intermediate outcomes*). Esto último también nos lleva a plantear la institucionalización de sistemas de seguimiento y monitoreo de las poblaciones en riesgo.

Gráfico 1
Distribución per cápita del presupuesto del subsector salud
Año 1999



La decisión de cuánto asignar al sistema de salud es una decisión social para la cual no existe una respuesta correcta única. (Informe sobre la Salud en el Mundo 2000. Mejorar el desempeño de los Sistemas de Salud. OMS 2000: 29).

¿Quiere hacer una reforma financiera en el marco de una Reforma de Salud? Antes de que empiece a hurgar en el almacén del instrumental ad-hoc... un consejo. Existen dos principios fundamentales: Transparencia y Reglas (Las No Reformas de Salud en América Latina. Razones que explican su fracaso. Hugo Salinas y Rony Lenz 1999).

Introducción

El Perú comparte con los países de América Latina y del Caribe la preocupación por reformar los sistemas de salud a fin de hacerlos capaces de responder satisfactoriamente a los nuevos desafíos demográficos, epidemiológicos y sociales. No obstante, a diferencia de otros países donde el tema conquista uno de los primeros lugares en la agenda política y económica, en el Perú la atención de la salud ha ocupado un lugar efímero en la agenda de los gobernantes y ha sido poco trabajada en la de los partidos y las fuerzas políticas.

Atendiendo a estas circunstancias, este artículo no se inicia con la consabida expresión de que la atención de la salud en el Perú tiene severos problemas de cobertura para con la población económica y socialmente más excluida; de

¹ Las expresiones vertidas son de exclusiva responsabilidad de la autora. La autora desea agradecer los comentarios recibidos por los demás participantes del Consorcio durante las sesiones de discusión, particularmente los de Betty Alvarado, Rafael Cortez y Midori De Habich.

² Economista, socióloga, magíster en Economía y en Salud Pública. Investigadora en temas de política social y economía de la salud; se desempeña como consultora de OPS/OMS en el Perú.

eficacia en la obtención de sus fines, y de eficiencia en la asignación de sus recursos. La presente reflexión pretende destacar, en primer lugar, la necesidad de colocar la atención de la salud en la agenda política y hacerla asunto explícito de conflicto de intereses y de ausencia de responsabilidades para que pueda así ser objeto de diálogo, aproximándonos a versiones más aceptables de lo que en el lenguaje político se denomina “*el bien común*”. En este diálogo, será necesario determinar cuál debe ser en la actualidad el rol del Estado y el de la política como espacio de negociación de conflictos e intereses entre proveedores de insumos y recursos, prestadores de servicios de salud y usuarios, y a partir de allí definir el tipo de solidaridad a la cual los peruanos desean suscribirse, tanto a nivel del financiamiento como de la prestación de servicios de salud. Entonces, y para construir las, tendrá sentido precisar las estructuras institucionales.

El tema específico de este artículo es el del financiamiento en salud, y de acuerdo con lo expresado en los párrafos anteriores no se trata de un asunto exclusivamente técnico. Las técnicas de tributación; los cálculos actuariales; las estimaciones de cuentas nacionales; los sistemas de identificación y clasificación de beneficiarios; las técnicas de asignación presupuestal de acuerdo con objetivos sanitarios cambiantes desde diversas perspectivas; los sistemas de registro y estandarización, y otras técnicas o metodologías, que aquí olvidamos mencionar, son “*condición necesaria pero no suficiente*” para el logro de un financiamiento armónico con las declaraciones de buena voluntad. La denominada *condición suficiente* es el compromiso explícito sobre los costos que la sociedad está dispuesta a asumir para lograr los beneficios que sus fuerzas representativas han acordado como necesarios para poner en marcha un proyecto de desarrollo nacional.

En la primera parte de este documento se describe el estado actual de la discusión mundial sobre el tema del financiamiento. En la segunda parte se organiza la información y el conocimiento acerca del financiamiento de la salud en el Perú de acuerdo con cuatro ejes: el ingreso de los hogares como uno de los principales factores de exclusión; la visión sectorial del financiamiento en salud y sus efectos en la eficiencia, organización y sostenibilidad del sistema de atención; los cambios en la organización del financiamiento del MINSA, y los problemas para el desarrollo de la seguridad social en salud. En la tercera parte se resumen los aspectos críticos del financiamiento en salud, y finalmente en la cuarta parte se presenta un conjunto de recomendaciones de política para el país.

1. El financiamiento como una de las funciones esenciales de los sistemas de salud

El desarrollo de este punto se basa fundamentalmente en el capítulo destinado a la función financiera en salud presentado en el Informe de la Organización

Mundial de la Salud para el año 2000 (OMS 2000). El referido informe sintetiza las experiencias mundiales en el tema; presenta una visión en la que el logro de los objetivos de los sistemas de salud sólo es factible cuando el financiamiento está integrado a las demás funciones esenciales de estos sistemas, e interrelaciona diversos aspectos de la problemática financiera para la consecución de un fin común: “proteger financieramente a la gente de la manera más justa posible, establecer incentivos que motiven a los proveedores a mejorar el estado de salud, y mejorar la capacidad de respuesta del sistema”.

De acuerdo con el Informe de la OMS, los sistemas de salud tienen tres objetivos fundamentales: mejorar la salud de la población a la que sirven; responder a las expectativas de las personas, y brindar protección financiera contra los costos de la mala salud.

Si bien la salud de la población es el objetivo primordial, los otros dos objetivos, además de ser comunes a otros sistemas de la sociedad, tienen particular sentido en salud, pues la enfermedad misma, y también la atención sanitaria, pueden amenazar la dignidad de las personas. Es así que responder a sus expectativas significa caminar hacia el respeto y consenso, del mismo modo como el financiamiento equitativo busca proteger a los pobres e impedir que la atención sanitaria resulte tremendamente onerosa para los hogares.

Estos objetivos de los sistemas de salud buscan ser atendidos a través de cuatro grandes funciones:

- a. *La función rectora*, que comprende la gestión de los recursos, facultades y expectativas que le son confiados al sistema por la sociedad.
- b. *La función prestadora*, que se ejerce a través de la prestación de servicios de salud.
- c. *La función financiera*, que se refiere a la recaudación, agrupación y asignación de los recursos para obtener los servicios esperados.
- d. *La función de creación de recursos*, que desarrolla las inversiones, formación y elección tecnológica en recursos humanos, construcciones y equipos.

La singularidad del Informe de la OMS radica en no limitar un sistema de salud a la función de prestación de servicios, sino en incorporar asimismo en el debate, como otras funciones igualmente importantes e interrelacionadas, a los procesos financieros, a los de creación de recursos humanos y de capital y, sobre todo, a la capacidad de gobernar un sistema, la que se denomina *rectoría*. Esta última, que tiene como objetivo “la consecución de las metas del sistema”, requiere una visión de política sanitaria que abarque a todo el sector; un escenario realista de los recursos; la capacidad de establecer las reglas de juego y de hacerlas cumplir, y el efectuar los arreglos pertinentes para el acopio y la utilización compartida de

la información, tanto con fines de ofrecer nuevos conocimientos como para brindar orientación y asesoría.

La *función financiera*, denominada de planificación y administración financiera, tiene un sentido eminentemente redistributivo a fin de cumplir con el objetivo de reducir o eliminar la posibilidad de que las personas se hallen imposibilitadas de pagar por los servicios de salud o de que se empobrezcan si tratan de hacerlo. Dentro de esta función se contemplan tres subfunciones específicas: (1) la recaudación de ingresos, (2) la agrupación de los recursos financieros que permitan compartir riesgos y subsidiar a los pobres, y (3) las decisiones de compra estratégica de los servicios de salud, medicamentos y otros insumos, equipos y componentes relevantes en la atención de la salud. Estas tres subfunciones son continuas y pueden ser mejor entendidas si se concibe el financiamiento como un flujo que proviene y depende de fuentes abastecedoras; que cuenta con un volumen de caudal esperado y real; que es susceptible de ser combinado con el o los flujos procedentes de otras fuentes, y que es asignado de manera selectiva para poner en marcha determinados procesos y contribuir a objetivos específicos.

1.1. La recaudación de ingresos

Es el proceso mediante el cual el sistema de salud recibe dinero de los diversos agentes en sus distintas fuentes: a) Tesoro Público: fondos generales, impuestos específicos, préstamos acordados provenientes del gobierno central; b) contribuciones obligatorias a seguros sociales de salud; c) contribuciones voluntarias a seguros y prepagas privadas; c) pagos de bolsillo, y d) donaciones

El Informe de la OMS incluye en el debate de las políticas de financiamiento la discusión acerca de las implicancias de las diversas fuentes. Cuando el financiamiento de los servicios de salud descansa fundamentalmente en el pago de bolsillo de los hogares, se compromete gravemente la equidad, la eficacia y la eficiencia del sistema sanitario. Se afecta *la equidad* porque el acceso se restringe sólo a quienes pueden pagarlo, con lo que se excluye a los miembros más pobres de la sociedad, o muchos de ellos se vuelven aún más pobres al tener que incurrir en dichos gastos (Gertler y Van der Gaag 1990, Bitran y McInnes 1993, Lavy y Quigley 1993, Nyong'o y Kutzin 1999). Esto último es parte de lo que se denomina riesgo financiero en salud, y ocurre cuando el pago de las intervenciones en salud tiene un costo elevado en relación con la capacidad de gasto de las familias. Se perjudica *la eficacia* porque muchos bienes públicos³ esenciales

³ Los bienes públicos son aquellos cuyo consumo no resulta apropiado individualmente sino que se realiza de manera colectiva. Muchos de ellos producen además importantes externalidades positivas, que es cuando los beneficios van más allá de quienes los usufructúan. Tal es el caso de la educación e información en salud, el saneamiento, las vacunaciones y el tratamiento efectivo en el caso de muchas de las enfermedades de elevado contagio.

para la salud de la población no tendrán el financiamiento requerido porque inclusive las personas con ingresos suficientes no estarán dispuestas a adquirirlos (Musgrove 1996a). Finalmente, se deteriora *la eficiencia*, porque no es posible distribuir el riesgo financiero entre los miembros de un fondo común, ya que el financiamiento individual de bolsillo impide que éste se comparta.

Por el contrario, cuando el financiamiento depende mayormente del Tesoro Público y/o de fondos de la seguridad social en salud, el gasto o pago es anticipado a la ocurrencia y está presente en fondos comunes de grandes proporciones que permiten diversificar el riesgo. En consecuencia, tan importante como saber el monto que una sociedad destina a la atención de salud, es conocer cómo sus planificadores, o las fuerzas del mercado cuando la rectoría es inexistente, organizan la participación y jerarquía de las distintas fuentes. La experiencia internacional evidencia que la mayor parte de los países desarrollados dependen principalmente de los impuestos generales o de las contribuciones obligatorias a los seguros sociales de salud, mientras que los países en vías de desarrollo se supeditan más al pago de bolsillo.

Si bien es conocido que *el pago de bolsillo* origina los problemas antes mencionados, ¿por qué continúa utilizándose tanto esta fuente sobre todo en los países menos desarrollados? (Schieber y Maeda 1997). El Informe de la OMS señala que ello se debe fundamentalmente a la ausencia de una capacidad institucional y organizativa sólida, la misma que está asociada a economías de bajos ingresos y a instituciones débiles.

La tributación general como fuente principal de financiamiento de la atención sanitaria exige economías de mayores niveles de ingresos y una buena capacidad recaudadora de impuestos, característica muy vinculada a una economía fundamentalmente estructurada sin predominio del sector informal. Igualmente, *las contribuciones a la seguridad social* suelen estar limitadas a los trabajadores del sector estructurado, ya que se contribuye a través de deducciones basadas en los sueldos. Por esta razón, el Informe de la OMS observa que el objetivo en los países en vías de desarrollo (con capacidades institucionales y organizativas muy débiles) es crear las condiciones para aplicar mecanismos de recaudación de ingresos: proponiéndose complementar los impuestos generales “con sistemas de contribuciones vinculados al trabajo, planes de pago anticipado comunitarios o por intermedio de proveedores”. El Informe advierte que estos últimos sólo pueden ser transitorios hacia niveles más altos de agregación ya que “son difíciles de mantener” (Bennett *et al.* 1998, OIT 1999). A medida que las economías y los acuerdos sociales se estructuran más, será posible incrementar el número de arreglos de pagos anticipados y el fortalecimiento y la expansión de los sistemas de contribuciones obligatorias relacionadas con el trabajo, la exposición al riesgo y el financiamiento público dirigido hacia los pobres.

Asimismo, también se discute la pertinencia del “copago”, ya que si bien puede resultar útil para incrementar el financiamiento, tiene como “efecto racionar o disminuir el consumo de una intervención determinada”, sin que ello signifique necesariamente que el consumidor se comporte de manera más racional para distinguir cuándo pedir servicios o qué servicios pedir. Por lo tanto, los “copagos” indiscriminados reducirán la demanda indiscriminadamente, afectando particularmente a los pobres⁴ (Newhouse *et al.* 1981: cap. V, Abel-Smith y Rawal 1992). En tal sentido, se propone el “copago” como instrumento para controlar una evidente sobre-utilización de atenciones concretas o como complemento de atenciones no prioritarias.

La fuente proveniente de *los recursos internacionales* ejerce funciones diversas. En los países muy pobres, la cooperación internacional puede representar el soporte para ayudar a salir del círculo vicioso de la pobreza, mientras que en los países con mayor capacidad de acción contribuye a la solución de problemas compartidos o “importados” y a la capacidad de formulación y de gestión de “soluciones” (Guerra de Macedo 2001).

Si bien el Informe señala que no sólo es asunto del nivel de ingresos de una economía sino también de su capacidad institucional y organizativa, no desarrolla el aspecto político en lo que se refiere al compromiso social al que las grandes fuerzas económicas y sociales deseen suscribirse para asumir los costos del financiamiento y para que definan los beneficios que esperan del sistema de salud.

1.2. La agrupación de los recursos financieros

La agrupación de los recursos financieros para distribuir los riesgos y subsidiar a los pobres es el proceso que permite agrupar los recursos en fondos. De acuerdo con el informe de la OMS, la única forma de caminar hacia un financiamiento justo es agrupar los recursos provenientes de individuos con diferentes niveles de ingresos y diversas edades y necesidades en grandes fondos que permitan efectuar en su interior los subsidios de quienes representan un menor riesgo hacia los de mayor riesgo, y de quienes tienen mayores ingresos hacia los de menor ingreso. Existe una fuerte tendencia mundial a que los sistemas de salud intenten repartir el riesgo y subsidiar a los pobres mediante diversas combinaciones de arreglos organizativos y técnicos (Londoño y Frenk 1997).

Aunque los subsidios cruzados pueden darse entre miembros de distintos fondos comunes a través de mecanismos explícitos de nivelación de riesgos e

⁴ El Informe enfatiza que incluso aquellos servicios que no implican un costo directo para la población no son necesariamente gratuitos y asequibles a los pobres debido a los otros costos asociados como medicamentos, transporte y horas de trabajo perdidas.

ingresos como los que utilizan los sistemas de seguridad social en Argentina, Colombia y los Países Bajos (World Bank 1997, Baeza y Cabezas 1999, Van de Ven *et al.* 1994), la formación de grandes fondos comunes permite el beneficio de economías de escala en la administración y ejercicio de la ley de los grandes números, dando un mejor uso a la reserva financiera y permitiendo ampliar la gama de servicios ofrecidos. Aun en las organizaciones en las que se da un fondo común único, es necesario introducir mecanismos compensatorios entre las distintas regiones, como ocurre en el Brasil (Musgrove 1996b). Cuando no existen mecanismos compensatorios entre múltiples fondos, sus organizaciones de prestación tienden a seleccionar a aquellas personas que representan un menor riesgo y a excluir a los pobres, ancianos y enfermos.

En los sistemas fragmentados, muchos de los fondos son demasiado pequeños y ofrecen un conjunto de prestaciones muy reducidas, con el peligro constante de que su sostenibilidad financiera se vea afectada, como ocurre en los países en desarrollo (Schieber y Maeda 1997). No obstante las dificultades, estos sistemas resultan mejores que el financiamiento de bolsillo.

El argumento a favor de los grandes fondos no es un argumento a favor de un fondo único, advierte el Informe de la OMS. La competencia entre grandes fondos puede ser un incentivo para bajar los costos administrativos y proceder a fusiones que permitan a los afiliados recibir mayores beneficios por los mismos aportes; sin embargo, admite que cuando se desarrolla la competencia entre los fondos, éstos tienden a desarrollar comportamientos selectivos de exclusión (Arrow 1965, Feldtein 1993), tales como escoger a los consumidores de más bajo riesgo (selección del riesgo) e invertir en sistemas de información para mantenerse informados acerca de los riesgos de los consumidores, lo que aumenta los costos administrativos y tiende a excluir a los pobres y enfermos.

La disyuntiva entre un fondo único y grandes fondos que compiten no está todavía resuelta. Si las medidas reglamentarias y los incentivos organizativos y financieros⁵ consiguen evitar los problemas de la selección que se dan en la competencia, aún está presente el hecho de que su implementación es siempre administrativamente costosa y eleva los costos de la transacción (Williamson 1985).

⁵ Como ejemplo de medidas reglamentarias tenemos la participación obligatoria en el aseguramiento; la determinación de contribuciones no relacionadas con el riesgo, como es el caso de las contribuciones iguales para afiliados que viven en la misma zona geográfica o que tienen un mismo empleador, y la prohibición de solicitar información complementaria sobre los riesgos en salud. En cuanto a los incentivos financieros podemos citar los mecanismos de compensación del riesgo y los subsidios para los pobres que se afilien.

1.3. La compra estratégica

Se refiere a la utilización de los recursos financieros ya agrupados, para adquirir la mejor combinación de servicios, insumos e infraestructura a fin de mejorar el estado de salud y responder a las expectativas de las personas.

De acuerdo con el Informe de la OMS, la compra estratégica debe dar respuesta a tres retos: qué intervenciones comprar, a quién comprar y cómo comprar. La determinación de *qué intervenciones comprar* se efectúa a dos niveles: uno de carácter macro en el que la rectoría establece los grandes pesos relativos de determinados programas, y otro a nivel del comprador en el que se toma la decisión respecto a la cantidad, calidad y disponibilidad de los bienes y servicios que se van a comprar para alcanzar las metas del sistema definidas por la rectoría, además de determinarse los copagos y otros aspectos financieros. Cuando la rectoría no funciona, el peso relativo de las metas queda definido por el comprador y sujeto a las fuerzas del mercado y a sus fallas.

Las organizaciones compradoras también deberán definir a *quién comprar*, fijando incentivos que permitan controlar los costos, dar prioridad a la atención preventiva y mejorar la calidad de los servicios. Asimismo, deberán decidir cuáles son “las unidades de compra” más convenientes, es decir si van a comprar intervenciones individuales, conjuntos especificados de atención, toda la atención sanitaria para individuos o grupos, o todos los insumos necesarios para una atención determinada. El comprador y el vendedor deberán ponerse de acuerdo acerca del mecanismo de pago a través del cual el proveedor comparte el riesgo con el comprador, ya que por una cantidad de dinero más o menos establecida, el proveedor se compromete a suministrar las unidades de compra acordadas.

En el *cómo comprar* se deberá evitar la micro-compra, y en lo posible efectuar compras a gran escala para aprovechar la mayor capacidad de negociación en relación con precios, calidad y oportunidad, además de concebir y poner en práctica mecanismos eficaces de contratación, de elaboración de presupuestos y de pago. “No hay un solo mecanismo ideal de elaboración de presupuesto o de pago a proveedores y no se suelen alcanzar los objetivos simultáneamente” (Barmum et al. 1995). Cada mecanismo ofrece beneficios y costos. En consecuencia, los compradores deberán utilizar una combinación de mecanismos de pago para alcanzar sus objetivos. El Cuadro 1 muestra las ventajas y desventajas de los mecanismos que se utilizan más comúnmente:

Cuadro 1
Asociación entre los mecanismos de pago y los beneficios esperados

Mecanismos de pago	Beneficios esperados			
	Prevenir problemas de salud	Prestar servicios	Responder a expectativas legítimas	Contener costos
Presupuesto por partidas	+/-	--	+/-	+++
Presupuesto general	++	--	+/-	+++
Capitación (con competencia)	+++	--	++	+++
Pago relacionado con el diagnóstico	+/-	++	++	++
Honorario por servicio	+/-	+++	+++	--

Fuente: OMS, Informe sobre la Salud en el Mundo 2000. Cuadro 5,3.

Notas:

+++ efecto muy positivo; ++ cierto efecto positivo; +/- efecto pequeño o variable; -- cierto efecto negativo; - - - efecto muy negativo.

En la actualidad, uno de los nuevos mecanismos más difundidos en el primer nivel de atención es el de *la capitación*, que es un pago fijo por beneficiario al prestador, para que éste se encargue de toda una gama de servicios y dé cuenta de determinados resultados sanitarios. Esta modalidad presenta mejores resultados con contratos a largo plazo, que le permitan al proveedor aprovechar las ventajas de la prevención y beneficiarse del ahorro obtenido en la curación e invertirlo. Bajo este sistema se pueden citar los casos de Chile, Hungría, Nueva Zelanda, Reino Unido, Argentina y Estados Unidos (Musgrove 1995, Oyarzo y Galleguillos 1995, Preker *et al.* 1990, New Zealand’s Ministry of Health 1996, Hornblow 1997, Robinson y Le Grand 1994, UK Department of Health 1989 y 1998, Wilton y Smith 1998, Sekhri Feachem 2000).

Los cambios en los mecanismos de pago, es decir la necesidad de flexibilizar la asignación presupuestal y mejorar la colaboración entre el sector público y el sector privado en la prestación de servicios (Preker y Feachem 1995, Baeza 1998), han puesto de manifiesto la exigencia de llegar a convenios más explícitos entre compradores y vendedores, los mismos que se han denominado de diversas maneras: convenios, contratos de desempeño, acuerdos de gestión...

Explicado lo anterior, es fácil comprender que la función de compra estratégica se ejerce mejor cuando los recursos financieros han sido agrupados como fondos (seguros).

1.4. Los factores organizativos, institucionales y políticos

Estos factores definen el marco en el cual operan los procesos. Todo el planteamiento para articular el proceso de financiamiento, desde la determina-

ción de las fuentes y su composición hasta la organización de los fondos y el desarrollo de la función de compra, ha motivado un despliegue de arreglos técnicos y una subestimación de los factores organizativos, institucionales y políticos⁶ (Baeza 1998, Telyukov *et al.* 2001). Luego de diez años de “reformas”, el Informe de la OMS constata que no ha bastado que los precios dieran las “señales correctas al mercado” para que cambie el comportamiento del prestador público o privado. Se subestimó la cultura organizacional de los prestadores; la necesidad de desarrollar un “entorno legal y administrativo lo suficientemente flexible que permita efectuar los cambios correctos”, y, sobre todo, se minimizó la importancia de la rectoría.

Los diferentes tipos de organización conllevan diversas condiciones para estructurar la oferta. Estas condiciones, que justamente pueden ser modificadas, y por lo tanto operar como incentivos o desincentivos, tienen que ver tanto con el entorno interno de la institución como con el externo en su relación con el sector y la sociedad en su conjunto.

Las condiciones internas están referidas a los grados de autonomía, de responsabilidad en los resultados sanitarios, de exposición al mercado y de responsabilidad financiera en las pérdidas y el uso de los beneficios; además de los mandatos que no tienen un financiamiento previsto. Las condiciones externas a las instituciones tienen que ver con la gobernabilidad del sistema, los objetivos de política pública y su ejecución, y los mecanismos de control.

Como se indica en el Informe, la modificación coherente y armónica de estas condiciones debería operar como incentivo para conducir al sistema de salud a cumplir con las políticas y prioridades nacionales. Se señalan dos problemas fundamentales: (1) la “apropiación del proceso de toma de decisiones por otros intereses ajenos al de los objetivos fundamentales” (*mejorar el estado de salud, la capacidad de respuesta y la equidad financiera*)⁷ (Preker *et al.* 1990, Baeza 1999), y (2) la ineficiencia del financiamiento basado en la oferta.

2. ¿Qué sabemos del financiamiento de la salud en el Perú?

A fin de dar respuesta a un conjunto de interrogantes tendientes a tipificar el financiamiento en salud, este punto empieza indagando por la exclusión en

⁶ Tenemos el caso de las reformas en los mecanismos de pago a proveedores a inicios de los noventa en Argentina, Chile, Costa Rica y Nicaragua.

⁷ El Informe hace referencia a los posibles efectos negativos derivados de la introducción del seguro de salud privado competitivo en países de Europa Oriental y América Latina en contextos de rectoría insuficiente.

salud, ya que para tratar el tema del financiamiento se requiere tener presente, en primer lugar, la vinculación existente entre la exclusión a la atención de salud y la disponibilidad adquisitiva de las personas. Luego, se presenta la visión sectorial del financiamiento en salud a partir de sus fuentes y su fragmentada organización. Seguidamente, se recorren los grandes esfuerzos organizativos de asignación pública: Programa de Salud Básica para Todos (PSBPT), Seguro Escolar Gratuito (SEG) y Seguro Materno Infantil (SMI) y se da cuenta brevemente de los nuevos instrumentos de programación y asignación presupuestal. Finalmente, se señalan algunas tendencias del financiamiento a través de la seguridad social en salud.

2.1. La exclusión en salud

Las limitaciones, tanto en los beneficios como en los beneficiarios, como resultado de la expansión de los mercados y la inestabilidad de su crecimiento, han volcado la atención en los debates académicos y políticos hacia los conceptos de “exclusión/inclusión social”, sobre todo con referencia a los pobres, los más vulnerables de la sociedad. Aquellos que promueven las políticas destinadas a combatir la exclusión sostienen que la protección social no debe restringirse a las formas tradicionales de apoyo a los ingresos, sino que debe comprender aspectos relativos a la inclusión social, ya que ésta, conjuntamente con la cohesión, la solidaridad y la estabilidad, son los resultados aspirados. Ello incluye también un enfoque orientado a los derechos sociales de la política social, así como una visión ampliada del capital social⁸.

El Perú es un país con marcada pobreza y escasos resultados en sus intentos por disminuirla, es decir, de pobreza persistente y además con una fuerte concentración del ingreso⁹. Este hecho configura la pobreza como uno de los importantes factores de exclusión de los derechos sociales, el mercado laboral, el acceso a determinados mercados básicos para una sociedad y, sobre todo, como un fenómeno de capacidades básicas insuficientes (Amartya 2000) que se expresan en el campo de la salud en diversas formas, tales como una mayor incidencia de patologías prevenibles y un elevado desamparo en relación con sus derechos.

⁸ Charles Baldet. “Social Risk Management and Social Inclusion”. Banco Mundial. Setiembre 1999. Documento referido por Robert Holtzmann y Steen Jorgensen. En: *Manejo social del riesgo: un nuevo marco para la protección social y más allá*. Documento de Trabajo. Banco Mundial, febrero del 2000.

⁹ La condición de pobreza entre 1991 y 1997 disminuyó en el Perú de 57.4% al 50.7%, y aumentó a 54.1% en el año 2000. En ese mismo año, el 5% que se encontraba en el decil más rico de la población concentraba el 23% del total del gasto de los hogares. La pobreza mantiene su predominio rural en cifras relativas aunque en cifras absolutas es más urbana. La pobreza extrema continúa concentrándose en el área rural (ENNIV 1991, 1994, 1997 y 2000). Lima: Cuánto S.A.

El estado de salud y su atención es un elemento importante que influye en la calidad de vida y que puede implicar la privación de las capacidades para alcanzar un desempeño elemental de los individuos, grupos y sociedades. En el Perú, las desigualdades de ingresos se ven incrementadas por la condición de pobreza; pero si además de ser pobres viven en zonas rurales, registran un bajo nivel educativo y tienen como idioma materno alguna de las lenguas vernáculas, tanto andinas como amazónicas, serán ellos los que se verán más afectados en sus necesidades básicas de salud y discriminados en el acceso y la calidad de la atención (MINSA/ OPS 1999, Cortez 1996). Si a ello se agrega la hipótesis de que las personas o grupos socialmente más discriminados presentan un menor nivel de percepción de sus necesidades de salud, las metas de equidad se convierten en prioritarias y comprenden tanto la modificación de la oferta de servicios como la articulación de una demanda sostenible (MINSA/ OPS 1999). El análisis de la Encuesta Nacional de Niveles de Vida para el año 2000 apoya igualmente esta hipótesis, tal como se aprecia en el Cuadro 2: a medida que se eleva el ingreso per cápita aumenta el reporte de enfermedad y de utilización de los servicios de salud.

Cuadro 2
Reporte de enfermedad y utilización de servicios de salud según capacidad adquisitiva (gasto per cápita). Perú 2000

Decil poblacional según gasto per cápita	Reporte % ¹	Utilización % ²
1 (más pobre)	20.3	40.5
2	21.4	51.9
3	23.7	53.0
4	22.3	50.6
5	23.3	54.8
6	24.5	56.7
7	28.2	61.6
8	28.2	54.8
9	28.1	60.1
10 (más rico)	31.5	66.7
Promedio nacional		55.9

Fuente: Elaborado por Luis Cordero sobre la base de la Encuesta Nacional de Niveles de Vida (ENNIV 2000).

Notas:

1. Del total de la población que reporta enfermedad, malestar o accidente en las últimas cuatro semanas previas a la encuesta.
2. La estimación de consulta se hace sobre el 100% del total de personas que reportan enfermedad, malestar o accidente en las últimas cuatro semanas previas a la encuesta.

Si se tiene en cuenta que el reporte o declaración del estado de salud de las personas está influido tanto por su exposición a riesgos como por la percepción de su estado de salud, se tiene la paradoja de que estando los pobres más expuestos a los riesgos de salud, presentan una menor percepción de los mismos. Además de subestimar sus necesidades de atención, los pobres utilizan menos los servicios de salud. El Cuadro 2 indica que en el decil más pobre el 20.3% de su población reporta problemas de salud y de éstos, sólo el 40.5%

recibe algún tipo de consulta. En el otro extremo, el 31.5% del decil más rico reporta problemas de salud y de éstos el 66.7% recibe algún tipo de consulta.

La principal fuente de exclusión de los servicios de salud es la de orden económico. Esta afirmación se sustenta en dos argumentos: 1) la principal razón declarada por los hogares para el no acceso a los servicios de salud es la falta de recursos económicos (ENNIV 1994, 1997 y 2000), y 2) el acceso aumenta conforme las personas disponen de un mayor ingreso, siendo mayores las brechas a medida que se vuelve más compleja la atención de salud. Tal es el contraste que se origina entre la utilización del primer nivel de atención (centros y puestos) y la hospitalaria (Cuadro 3). La gran mayoría del decil más pobre cuando consulta a los establecimientos del MINSA lo hace en el primer nivel de atención, mientras que ocurre a la inversa con el decil de mayor ingreso que se atiende en el hospital (55.9%)¹⁰.

Cuadro 3
Composición de la utilización del MINSA según niveles de ingreso. Perú 2000¹

Decil poblacional según gasto per cápita	Hospital %	Centro o puesto de salud %
1 (más pobre)	19.4	80.6
2	23.9	76.1
3	24.9	75.1
4	26.6	73.4
5	32.3	67.7
6	39.4	60.6
7	37.7	62.3
8	45.9	54.1
9	41.9	58.1
10 (más rico)	44.1	55.9
Promedio nacional	35.5	64.5

Fuente: Elaborado sobre la base de la Encuesta Nacional de Niveles de Vida (ENNIV 2000).

Nota: 1. Del 100% de la población que consulta a los establecimientos del Ministerio de Salud.

2.2. Visión sectorial del financiamiento en salud

De acuerdo con los estudios referidos a las cuentas nacionales¹¹, el financiamiento de los servicios de salud en el Perú en 1998, estaba¹² en unos 2,652 millones de dólares americanos, alrededor de 99-100 dólares por persona y representaba el 4.4% del Producto Bruto Interno (PBI). Dado que es posible cierta

¹⁰ En el punto 3 se analizan las causas de esta desigual utilización.

¹¹ Realizados por la Oficina General de Planificación del Ministerio de Salud y la Organización Panamericana de la Salud para los años 1997-98 y la revisión 1995-1996, de acuerdo con la metodología de cuentas satélite. Anteriormente el Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud (BID-MINSA) había efectuado el Análisis del Financiamiento del Sector Salud 1992-95; y luego el Proyecto Generación de Capacidades en el Ministerio de Salud (DFID-MINSA), conjuntamente con el Proyecto 2000 (AID-MINSA), bajo la supervisión del Grupo Técnico Interinstitucional "Economía y Gestión del Sector Salud", tuvieron a su cargo la revisión de los años 1995-1996.

¹² Último año disponible para la estimación de Cuentas Nacionales en Salud.

subestimación del financiamiento privado, podría decirse que en el país, el financiamiento de los servicios de salud se encuentra en alrededor del 4.5%¹³.

Existen dos argumentos que muestran por qué este monto resulta *insuficiente*: por un lado, se encuentra por debajo del promedio latinoamericano, y por otro, existe un importante grupo poblacional que no accede a los servicios de salud. En Latinoamérica, los países con similar producto nacional utilizan un mayor porcentaje de su PBI en salud (7-8%) (OPS 1995), lo que sitúa al Perú por debajo del promedio latinoamericano, e inclusive por debajo del promedio mundial que es de alrededor del 5.5%. Ello es compatible con el limitado acceso de la población pobre a los servicios de salud, tal como ha sido descrito líneas antes, y que tiende a agravarse por los factores de ruralidad, procedencia andina o amazónica, y bajo nivel educativo.

De acuerdo con el análisis de las cuentas nacionales de salud en el Perú (Cuadro 4), el financiamiento proviene en primer lugar de los hogares (39%) y mayormente del denominado “pago de bolsillo”, seguido de los aportes de los empleadores a sus trabajadores estables declarados (34%)¹⁴, de los recursos del Tesoro Público y del endeudamiento externo asignados por el gobierno (25%), y, en mucho menor medida, de la cooperación técnica no reembolsable y de donaciones internas (2%)¹⁵. Como ya fuera indicado en el acápite anterior, cuanto más descansa el financiamiento en el pago de bolsillo, mayor es el carácter inequitativo y precario del financiamiento. *Inequitativo* porque el acceso se restringe a quienes puedan pagar el costo de los servicios, lo que tiende a excluir a los más pobres (como ya se observó en el Cuadro 2) y *precario* porque no descansa en una previsión anticipada y porque se trata de un gasto que puede resultar devastador para las economías de los hogares.

¹³ La metodología aplicada a las cuentas nacionales se centra en los servicios de salud y no contempla otros gastos como el de los pensionistas del MINSa y el realizado en saneamiento ambiental y en programas nutricionales. Por esta razón, un cálculo más amplio del gasto en salud llega a cubrir, para 1998, aproximadamente el 4.8% del PBI.

¹⁴ Los empleadores aportan a EsSalud para asegurar a sus trabajadores estables declarados, y en menor medida contratan seguros privados. Los fondos de aseguramiento en salud incluyen los recursos captados por el Seguro Social (EsSalud) y aquellos de los seguros privados.

¹⁵ Si bien la cooperación financiera externa es poco relevante como porcentaje del financiamiento del sector (alrededor del 2%), es importante en el diseño e implementación del proceso de reforma sectorial, lo que le otorga valor estratégico. Esta característica puede convertirse en el futuro en un aspecto vulnerable si no logra ser sustentado con fondos del Tesoro Público.

Cuadro 4
Distribución del financiamiento en salud. Perú 1998

Fuentes de financiamiento	1998
Total (millones de US\$)	2,652
Hogares	38.5%
Gobierno	24.8%
Empleadores	34.1%
Externo	1.8%
Donaciones	0.7%
Total	100.0%

Fuente: MINSa-OPS. Cuentas Nacionales de Salud del Perú. 1997-1998. Base de datos. Lima, 2001.

El Cuadro 5 muestra que en el Perú el financiamiento de los hogares para la atención de salud se destina mayoritariamente a la compra de medicamentos (70%) y a servicios directos de salud como consultas e internamientos (26-27%). De acuerdo con las cifras de las cuentas nacionales en salud, se observa que para 1998 sólo entre 3 y 4% de este financiamiento se destinó a la compra de seguros privados de salud y seguros independientes con la seguridad social (EsSalud). El hecho de que los hogares gasten la mayor proporción en medicamentos, tratándose muchas veces de una compra directa en farmacia que no ha pasado por la consulta médica, sugiere cierta irracionalidad en la compra¹⁶, lo que puede ser dramático para hogares de bajos ingresos.

Cuadro 5
Distribución del financiamiento de los hogares en la atención de salud. Perú 1998 (%)

Destino del dinero de los hogares	1998
Compra de medicamentos directamente en farmacias ubicadas fuera del prestador	55
Atención privada (consulta, hospitalización, medicamentos)	30
Atención pública (MINSa, municipios...) (consulta, hospitalización, medicamentos)	11
Seguros privados	2
Seguros independientes con EsSalud	1
Total	100%

Fuente: MINSa-OPS. Cuentas Nacionales de Salud del Perú. 1997-1998. Base de datos. Lima, 2001.

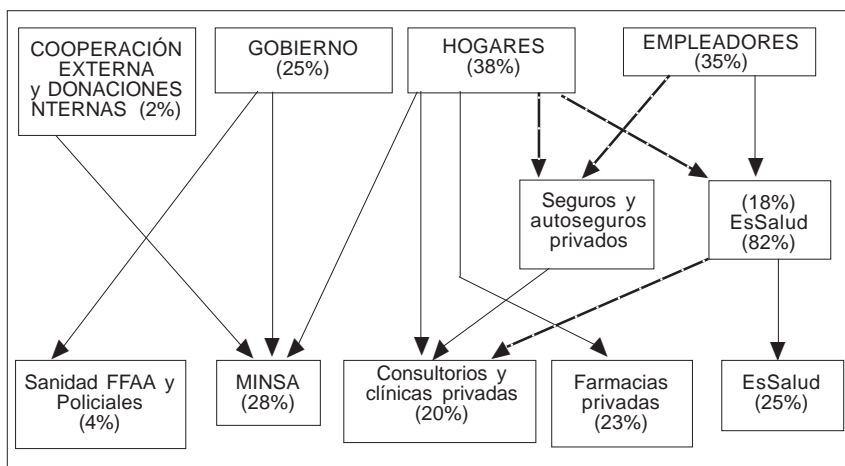
Además del carácter *insuficiente*, *inequitativo* y *precario* del financiamiento en salud, debemos agregar su *uso fragmentado*. El Gráfico 1 muestra que las instituciones que manejan y/o reciben estas fuentes de financiamiento no las integran y organizan, siendo imposible una mancomunidad o agrupación masiva del riesgo. Ésta se da únicamente al interior de la institución de la seguridad

¹⁶ No se trata de prohibir la compra directa de medicamentos sino de incentivar una consulta efectiva.

social, pero por estar sustentada en las cotizaciones sobre la nómina declarada de empleadores ha perdido cobertura en el país.

Como se indica en el Gráfico 1, sólo el 36% del financiamiento está intermediado como fondo y se refiere principalmente a la seguridad social y en mucho menor medida a los seguros y autoseguros privados. Incluso los recursos del gobierno que van a los establecimientos del MINSA en todo el país son canalizados tanto a la sede central del MINSA como a las Direcciones Departamentales de Salud (DISA) a través de los Gobiernos Transitorios Regionales, registrándose severos problemas de coordinación, ya que las DISA reciben recursos del Tesoro Público a través de diversas vías sin que medie un acuerdo entre éstas.

Gráfico1
Fuentes financieras y prestadores de servicios en la atención de la salud.
Perú, 1998



Fuente: Elaborado sobre la base de: MINSA-OPS. Cuentas Nacionales de Salud del Perú. 1997-1998. Preliminar. Base de datos. Lima, 2001.

Notas:

1. Las flechas con líneas punteadas indican flujos menores.
2. Sólo el 36% del financiamiento está intermediado como fondo.

En 1998, la distribución del gasto según los diversos prestadores ubicó al MINSA en el primer lugar, ya que éste recibe ingresos adicionales de los hogares vía las tarifas y los fondos externos. El rubro farmacia agrupa la venta de medicamentos no efectuada dentro del establecimiento de un prestador. Buena parte de este rubro, como ya se ha indicado, representa la compra directa en farmacia, un gasto que muchas veces no es intermediado por el proveedor (Cuadro 6).

Cuadro 6
Distribución del gasto total en salud. Perú 1995-1998

Gasto según prestadores	1995 %	1998 %
Ministerio de Salud	26.1	27.9
Otros públicos (*)	0.8	0.4
Sanidad FFAA y policiales	5.1	3.8
EsSalud	23.8	25.1
Privado lucrativo	16.0	18.6
Privado no lucrativo	1.5	1.7
Farmacia	26.6	22.5
Total	100	100

Fuente: MINSA-OPS. Cuentas Nacionales de Salud del Perú. 1997-1998. Preliminar. Base de datos. Lima, 2001.

Nota: (*) Mayormente municipios.

El subsidio del Estado en salud, que se expresa mayoritariamente a través de la fuente del Tesoro Público en los establecimientos del MINSA, no logra ser focalizado hacia la población más pobre. Diversos estudios han dado cuenta de que la condición de pobreza y ruralidad limita tanto la oferta como la demanda de servicios, y que a medida que se incrementa la complejidad del servicio de salud, mayores son las tarifas de los hospitales, y la exoneración los beneficia de manera muy limitada porque la identificación de pobres (y su exoneración) suele tener criterios subjetivos (MINSA/ Macroconsult S. A. 1997, Cortez 1996, MINSA / OPS 1999, Portocarrero Grados 2000). Los ingresos por tarifas pagadas por los usuarios constituyen cerca del 17% de la estructura del gasto a nivel nacional del Ministerio de Salud durante el año 2000. Esta participación tiene un carácter creciente ya que en 1995 se estimaba en el 12% (Portocarrero Grados 2000).

2.3. Experiencias organizativas de asignación pública

El actual gobierno ha anunciado el *Seguro Integral de Salud* (SIS) para la población no asegurada. Este programa ha sido iniciado simbólicamente en octubre del 2001 y se espera que se complete su desarrollo en el 2003. Como antecedentes cercanos tiene los anunciados procesos de fusión de los seguros públicos existentes en los últimos dos años, así como el reciente Fondo Intangible de Solidaridad de Salud (FISSAL)¹⁷ que agrupa las donaciones, los recursos financieros de la cooperación técnica internacional y los ingresos financieros que se generen con el desembolso de dichos recursos.

En la década pasada se desarrollaron importantes procesos de asignación de recursos de carácter focalizado y masivo, que conforman el soporte de la expansión

¹⁷ Ley 27656 del Congreso de la República publicada en el *Diario Oficial El Peruano* el 29.01.2002.

sión hacia un aseguramiento público básico en salud: el Programa de Salud Básica para Todos, el Seguro Escolar Gratuito y el Seguro Materno-Infantil¹⁸.

2.3.1. El Programa de Salud Básica para Todos (PSBPT)

Fue parte de la iniciativa denominada Gasto Social Básico del Ministerio de Economía y Finanzas, que se desarrolló en las áreas de salud, nutrición, educación y justicia¹⁹. El criterio de focalización fue geográfico; abarcó a los departamentos más pobres del país y cubrió el primer nivel de atención. El PSBT amplió las fronteras de producción de infraestructura del primer nivel de atención en el país al incrementar la dotación de recursos humanos calificados, infraestructura recuperada y nueva, e insumos y horarios de atención de 12 horas²⁰. Si se toma como base 1994, año anterior a la operación del PSBT, y se observa la expansión de cobertura del MINSA hasta el año 2000, se aprecia que el crecimiento del primer nivel de atención ha sido su principal soporte (Cuadro 7).

Cuadro 7
Distribución de la consulta institucional¹ de Salud. Perú 1994-2000
(en %)

Consulta institucional de salud	1994	1997	2000
Total de la consulta institucional ²	31.5	43.5	47.5
MINSA	15.8	25.0	29.1
- Centros y puestos de salud	8.7	15.8	18.8
- Hospitales	7.1	9.2	10.3
Sanidad FFAA y policiales	0.9	1.0	0.5
EsSalud	8.0	9.5	10.0
Privado lucrativo	6.0	8.0	5.6
ONG/Comunidad	0.8		2.2

Fuente: Elaborado sobre la base de la Encuesta Nacional de Niveles de Vida (ENNIV 1994, 1997 y 2000).

Notas:

1. Efectuada a un profesional de la salud.
2. Del total de la población que reporta enfermedad, malestar o accidente en las últimas cuatro semanas previas a la encuesta.

¹⁸ Si bien las experiencias de focalización son tema específico del estudio que desarrolla Betty Alvarado en esta publicación, éstas son las actuales experiencias masivas de las que dispone el Seguro Integral de Salud.

¹⁹ Desde mediados del año 2000, el PSBT se integró al Programa de Administración de Acuerdos de Gestión (PAAG).

²⁰ La infraestructura desarrollada por FONCODES, aunque poco coordinada con el MINSA, y el desarrollo de los Proyectos de Fortalecimiento de Servicios de Salud (MINSA-BID), Salud y Nutrición Básica (MINSA-BM) y Proyecto 2000 (MINSA-AID) contribuyeron también a la expansión y mejora del primer nivel de atención mediante equipamiento, desarrollo de redes y capacitación.

En el año 2000, el 47.5% del total de la población que experimentó problemas de salud accedió a una consulta brindada por un profesional de la salud, correspondiendo el 19% al primer nivel de atención del MINSA. En contraste, en el año 1994 sólo accedió a consulta el 16%, asistiendo el 9% al primer nivel de atención. El peso del PSBT en el presupuesto del MINSA ha oscilado entre el 17 y 21% con marcada predominancia en los departamentos de mayor ruralidad y pobreza relativa (Cuadro 8).

Cuadro 8
Participación del PSBT en el presupuesto nacional y departamental del MINSA.
Perú 1995-2000
(en %)

Departamento	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Amazonas	28.92	29.34	38.93	32.20	32.36	44.95
Áncash	19.01	19.14	20.83	17.98	18.68	16.92
Apurímac	44.97	42.17	42.56	38.84	35.80	33.05
Arequipa	14.50	17.36	17.84	15.21	14.78	14.20
Ayacucho	39.99	40.22	38.49	36.10	35.54	31.94
Cajamarca	46.93	46.38	43.14	42.48	44.57	41.09
Cusco	25.32	26.45	26.29	21.54	24.72	22.49
Huancavelica	44.75	45.01	45.76	47.04	46.19	46.55
Huánuco	31.33	30.58	32.29	28.13	29.67	28.67
Ica	13.04	12.58	11.91	12.78	11.98	12.41
Junín	18.86	17.77	17.04	15.91	16.65	15.94
La Libertad	14.66	16.35	17.07	15.39	15.23	15.60
Lambayeque	19.20	18.49	18.26	19.67	19.02	18.39
Lima y Callao ¹	6.17	14.18	7.43	7.77	7.89	7.28
Loreto	23.76	24.30	27.63	29.32	29.22	25.73
Madre de Dios	42.92	37.30	37.05	35.87	39.60	35.93
Moquegua	22.15	17.24	17.98	16.00	17.65	18.51
Pasco	42.54	48.00	54.91	40.80	43.36	41.04
Piura	34.33	30.28	31.23	32.81	29.42	29.84
Puno	16.91	18.48	20.21	18.32	20.77	20.84
San Martín	23.81	26.19	27.14	26.63	25.18	24.19
Tacna	20.76	20.32	18.19	18.83	16.75	17.79
Tumbes	20.82	22.86	22.70	26.11	21.97	27.08
Ucayali	25.43	26.14	25.20	23.45	23.18	22.12
Total	16.96	20.90	19.34	18.25	18.42	17.69

Fuente: Oficina General de Planificación-MINSA. Elaboración: Augusto Portocarrero G.
Nota: 1. Sólo incluye las cinco subregiones de Lima y Callao.

Cuando se ha evaluado la asociación entre el gasto per cápita departamental del PSBT con el Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas (INBI), se ha encontrado una asociación estadísticamente significativa al 91%, explicable porque "el INBI es el principal criterio utilizado por este programa para la asignación de su gasto" (Portocarrero Grados 2000). Es importante anotar que, junto con el Programa de Complementación Alimentaria para Grupos de Mayor Riesgo (PA-

CFO), éstas han sido las únicas vías de financiamiento dentro del gasto del MINSA que no presentan una asignación inversa a la del INBI, ya que los recursos ordinarios muestran que a mayor Índice de Necesidades Básicas Insatisfechas, menor asignación (Portocarrero Grados 2000).

2.3.2. El Seguro Escolar Gratuito (SEG)

Se focalizó en la población entre 3 y 17 años de edad²¹ que se encuentra matriculada en escuelas públicas²². La cobertura de beneficios ofrecida ha sido curativa con ausencia de salud mental y prevención. Esta cobertura incluye todos los niveles de atención debidamente referidos. El SEG fue anunciado por una iniciativa presidencial a mediados de 1997 y paulatinamente fue cubriendo a todo el país.

El SEG no ha tenido una organización financiera de seguro, que determina primas y costos, sino que asigna diversos subsidios a los prestadores aprovechando niveles iniciales de capacidad ociosa del MINSA y retribuye a los establecimientos del MINSA los insumos (medicamentos, material médico) a cambio del reporte de prestaciones proporcionadas a su población afiliada.

Dada la trascendencia del SEG como primer seguro público y soporte para el desarrollo del Seguro Integral de Salud, es importante preguntarse en este artículo por su real nivel de cobertura, su focalización de acuerdo con los grupos de ingreso y el área geográfica, así como su contribución en elevar la consulta institucional. De acuerdo con las estadísticas oficiales del Ministerio de Educación, en el año 2000 existían alrededor de 6'097 mil niños entre 3 y 17 años matriculados en colegios públicos, a los que llamaremos objeto de cobertura del SEG. Utilizando la ENNIV 2000²³ de mediados del año 2000, es posible inferir que sólo el 31% de estos niños reportó tener el SEG, el 15.4% se refirió a EsSalud, el 1.5% indicó tener seguro privado o con las sanidades de las FFAA o policiales, mientras que el 52.1% restante no declaró ningún seguro de salud (Cuadro 9)²⁴.

²¹ Para ser exactos, 17 años, 11 meses y 30 días.

²² El SEG no cubre a niños no matriculados o desertores.

²³ De acuerdo a la ENNIV, la población que declara matrícula escolar pública a mediados del año 2000 fue de 6'996 mil personas entre 3 y 17 años, 11 meses y 30 días. La mayor diferencia con las estadísticas del Ministerio de Educación pueden deberse a población que reportó matrícula y que finalmente no la regularizó y desertó.

²⁴ La ENNIV 2000 no ha explorado explícitamente la tenencia del seguro escolar. La inferencia se ha efectuado sobre la población que declara estar matriculada en escuela pública, comprendida en el rango etario y que reporta poseer "otro seguro de salud" (no privado, no EsSalud ni con la Sanidad de las FFAA o policiales).

Cuadro 9
Reporte de aseguramiento en la población con derecho a SEG. Perú 2000

Total de población con derecho a SEG	Reportan al SEG	No reportan ningún seguro	Reportan el seguro de EsSalud	Reportan el seguro privado, de las FFAA o policiales
100.0%	31.0%	52.1%	15.4%	1.5%

Fuente: Elaborado por Luis Cordero sobre la base de la Encuesta Nacional de Niveles de Vida (ENNIV 2000).

El SEG, por definición, muestra un significativo nivel de exclusión de los niños más pobres, ya que la falta de matrícula y la deserción escolar²⁵ se dan con mayor frecuencia en los grupos de mayor pobreza. Pese a esta importante limitación, ¿en qué medida el SEG focalizado en la población escolar pública logró efectivamente atender a los más pobres de *este grupo*? Si bien sólo el 31% del denominado objeto de cobertura del SEG reportó tenerlo, este grupo está medianamente concentrado en la población con menores ingresos (Cuadro 10), aunque presenta un nivel apreciable de atención en los estratos de ingresos medios y altos. El 45.2% del total de la población que reporta SEG se encuentra en los tres primeros deciles (más pobres), el 41.1% en los intermedios (4º, 5º, 6º y 7º) y el 13.7% restante en los tres más ricos. Estos resultados pueden estar asociados con la migración de un importante sector de la clase media que cambió a sus hijos de colegios privados a colegios públicos, debido a la sostenida crisis económica en la sociedad peruana.

La distribución de la población con derecho a SEG que no lo reporta ni tiene la cobertura de otro seguro (privado, de EsSalud, de la Sanidad de las FFAA o policiales) se ha distribuido más entre la población pobre aunque presenta una distribución menos "pro pobre" que la del SEG. Parte del reto del Seguro Integral de Salud será lograr absorber a la población en condición de pobreza (extrema y no extrema), ya que no basta la inclusión formal. Asimismo, el SIS podría desarrollar políticas de cobro parcial dirigidas a la población no pobre, ya que alrededor del 28% de los que reportan SEG lo son, y cobrar a EsSalud la atención a sus niños asegurados (Cuadro 10). Ello implica la necesidad de disponer de una política tarifaria tanto a nivel de compra-venta de servicios entre instituciones (por ejemplo, MINSA EsSalud) como con la población con capacidad de pago.

²⁵ EL SEG también se propuso como un mecanismo para disminuir la deserción escolar, pero no se conocen mediciones al respecto.

Cuadro 10
Reporte de aseguramiento en la población con derecho a SEG¹ según ingreso y pobreza. Perú 2000

Decil poblacional según gasto per cápita	No reportan ningún seguro de salud(%) (%)	Reportan el SEG(%) (%)	Reportan el seguro EsSalud (%)	Reportan el seguro privado, de las FFAA o policiales (%)
1 (más pobre)	13.0	19.4	4.8	1.7
2	13.3	13.3	7.5	7.3
3	11.5	12.4	10.5	8.7
4	11.6	11.9	11.4	2.7
5	9.6	11.0	14.7	5.8
6	10.6	8.3	10.4	7.3
7	9.3	9.9	8.5	6.2
8	9.3	6.8	10.7	15.9
9	6.5	4.8	12.4	27.1
10 (más rico)	5.3	2.1	9.2	17.4
Total	100.0	100.0	100.0	100.0
Niveles de Pobreza	No reportan ningún seguro de salud (%)	Reportan el SEG(%) (%)	Reportan el seguro EsSalud (%)	Reportan el seguro privado, de las FFAA o policiales (%)
Pobres Extremos	23.3	25.5	4.4	3.7
Pobres no extremos	45.1	46.2	43.0	20.0
No pobres	31.6	28.3	52.6	76.2
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Elaborado por Luis Cordero sobre la base de la Encuesta Nacional de Niveles de Vida (ENNIV 2000).

Nota: 1. Población matriculada en escuelas públicas entre 3 y 17 años.

En cuanto a la focalización geográfica, ésta fue mayor en el medio urbano y deficiente en el rural. Obsérvese que el 57% de los que no reportan ningún seguro de salud (teniendo derecho al SEG) se encuentran en el medio rural (Cuadro 11). Junto con la información derivada del cuadro anterior se deduce que una *tarea importante para la extensión de la cobertura efectiva del SIS estará en la población pobre con énfasis en la rural*. Desde fines del año 2000, el SEG estuvo asimilando los avances del Proyecto 2000 (MINS-AID) en materia de identificación de beneficiarios, codificación unificada de procedimientos y sistemas de costos, los mismos que serán luego incorporados al Seguro Integral de Salud.

Cuadro 11
Reporte de aseguramiento en la población con derecho a SEG¹ según área geográfica. Perú 2000

Área geográfica	No reportan ningún seguro de salud (%)	Reportan el SEG (%)	Reportan el seguro EsSalud (%)	Reportan el seguro privado, de las FFAA o policiales (%)
Lima Metropolitana	11.2	32.3	28.3	47.3
Resto Urbano	32.0	31.0	53.0	34.0
Rural	56.8	36.7	18.7	18.7
Total	100.0	100.0	100.0	100.0

Fuente: Elaborado por Luis Cordero sobre la base de la Encuesta Nacional de Niveles de Vida (ENNIV 2000)

Nota:1. Población matriculada en escuelas públicas entre 3 y 17 años.

Es conocido el fenómeno por el cual las personas que tienen un seguro de salud utilizan más los servicios de salud que aquellos que no lo tienen ("riesgo moral"). Cuando se analiza el patrón de utilización de la población objeto de cobertura del SEG que reporta problemas de salud (Cuadro 12), se observa que el 57.5% de quienes dicen poseer el SEG acuden a la consulta, porcentaje mayor que el de aquellos que aun siendo parte de la población objeto de cobertura del SEG no reportan tenerlo (51%), y menor que el de aquellos que reportan tener seguro EsSalud o privado (68-70%). Esto sugiere que quienes reportan el SEG lo perciben como un seguro. La mayor frecuencia de consulta de aquellos que poseen otros seguros puede indicar que éstos están funcionando mejor y/o son más valorados por los usuarios.

Cuadro 12
Patrón de utilización de la población objeto de cobertura del SEG¹ cuando reporta problemas de salud. Perú 2000 (en %)

Reporta al SEG	Efectúa consulta	No efectúa consulta
Sí	57.5	42.5
No		
-No y no tiene otro seguro	51.0	49.0
-No, pero tiene seguro con EsSalud	69.7	30.3
-No, pero tiene otros seguros ²	68.1	31.9

Fuente: Elaborado por Luis Cordero sobre la base de la Encuesta Nacional de Niveles de Vida (ENNIV 2000).

Notas:

1. Población matriculada en escuelas públicas entre 3 y 17 años.

2. Privados o con las FFAA o policiales.

2.3.3. El Seguro Materno Infantil

Se inició a fines de 1999 con un préstamo del BID, al que se sumaron luego fondos del Banco Mundial. Su objetivo fue hacer frente a la alta mortalidad materna (sólo superada por Haití y Bolivia) prevalente en las zonas más pobres del país, mediante una estrategia que sustituía las tarifas por una cuota de afiliación de costo menor a las tarifas y desarrollaba una activa capacitación de los recursos del MINSA y de la comunidad con modelos basados en el uso de protocolos y redes de atención.

El SMI se inició en cinco de los departamentos más pobres del país, y se extendió hasta abarcar 20 DISA de las 34 existentes. La cobertura abarca a niños de 0 a 3 años y a mujeres gestantes, e incluye en su plan de atenciones las medidas preventivas de control. Si bien el SMI tampoco tiene la organización de un seguro, pues la prima que se cobra representa tan sólo una forma de comprometer al usuario para fines de programación presupuestal, utiliza valores capitados por grupo etario, lo que significa un avance; tiene además explícitos toques de atención, aunque presenta un débil control sobre acciones dolosas. Asimismo, es importante destacar que no se conoce de ninguna evaluación integral del SMI, sino de aquellas producto de visitas de auditoría y/o de misión (Alfageme 2001).

Con motivo de la fusión del SEG con el SMI para desarrollar el Seguro Integral de Salud, se han efectuado diversas consultorías que señalan las ventajas de haber transitado por experiencias previas, así como los ajustes que tendrán que efectuarse para el funcionamiento del Seguro Integral de Salud. Entre las ventajas estarían la experiencia de atar el financiamiento a la obtención de resultados y la de permitir una mejor separación entre la función de financiamiento y la prestacional. Los ajustes se centran en la necesidad de definir primas utilizando valores capitados por grupos etáreos; determinar coberturas y exclusiones; hacer explícitos los mecanismos de contención de costos; posibilitar la autonomía del establecimiento para decidir el uso de los recursos financieros generados por sus atenciones; pasar del pago por atenciones al pago por protocolos integrales (per cápita) de individuos, familias y comunidades protegidos; modificar y desarrollar el control en calidad técnica, trato, tiempo de espera y resultados sanitarios, y modificar la administración del seguro reduciendo el largo y costoso proceso de presentación de expedientes del establecimiento hasta la unidad administradora (Alfageme 2001).

Finalmente, es importante mencionar la experiencia adquirida en los nuevos instrumentos de programación y asignación presupuestal, cuya finalidad debería ser posibilitar al nivel central y departamental del MINSA el desarrollo de la denominada *compra estratégica*²⁶, que incluye mejorar (o desarrollar, según sea

²⁶ Aludida en el punto 1.3. como la última subfunción específica de la función financiera.

el caso) los sistemas de programación y ejecución presupuestal, los sistemas de costos, la identificación de beneficiarios, la determinación de tarifas, los sistemas de información y los mecanismos de pago tanto a nivel de la administración central y departamental como en los establecimientos de salud. El Proyecto 2000 (MINSA-AID), el Proyecto Salud y Nutrición Básica (MINSA-BM) y en menor medida la OPS han desarrollado de manera coordinada diagnósticos, metodologías, programas de cómputo y procedimientos al respecto. Como ya fue señalado, desde fines del año 2000 el SEG se encuentra asimilando los avances del Proyecto 2000 (MINSA-AID) en materia de identificación de beneficiarios, codificación unificada de procedimientos, sistemas de costos y tarifas para ser incorporados al Seguro Integral de Salud.

2.4. La seguridad social en salud

Como fuera indicado en el punto 2.2., EsSalud descansa en un modelo de aseguramiento bismarckiano, financiado con los aportes derivados de las remuneraciones. Este modelo tiene como gran barrera el muy limitado crecimiento del empleo formal en la economía²⁷. De acuerdo con EsSalud, a fines del 2000 la población asegurada total llegaba a 6,723 millones, lo que equivale al 26.2% de la población total²⁸. A fines de 1998 este porcentaje fue del 25.1%, lo que indica un muy lento crecimiento entre dichos años, el mismo que se ha debido al esfuerzo por incrementar la cobertura mediante la venta de planes de aseguramiento (denominados Salud Personal y Familiar), los cuales han tenido una limitada respuesta de la población. El Cuadro 13 muestra la composición de la población asegurada en EsSalud; es posible observar que los asegurados regulares, pensionistas y derechohabientes agrupan al 93.6% del total²⁹.

²⁷ Durante el año 2001 el empleo adecuado en el área urbana captó en promedio el 43.5% de la PEA, mientras que el subempleo y el desempleo urbano registraban el 48.7% y 7.8%, respectivamente. Ministerio de Trabajo y Promoción Social.

²⁸ Según la ENNIV 2000 sólo el 20.1% de la población reconoce o reporta tener seguro social en salud (EsSalud). La diferencia con la información consignada por EsSalud (26.2%) podría sugerir cierto rezago en la actualización del registro de EsSalud.

²⁹ Desde mediados del año 1999 y durante el año 2000 se registró un importante crecimiento en el número de afiliados a los nuevos seguros independientes de EsSalud, el mismo que limitó su crecimiento durante el 2001, cuando se observó cierta tendencia al estancamiento.

Cuadro13
Población asegurada por EsSalud a nivel nacional. Perú 2000
(a diciembre)

Descripción	Distribución %
Asegurados regulares	31.9
Asegurados de regímenes especiales	1.7
Pensionistas	5.5
Derechohabientes de los regímenes anteriores (familiares)	56.2
Otros asegurados ¹	3.7
Latencia ²	1.0
Total (6'654,889)	100.0%

Fuente: Elaborado sobre la base de GIP-GCRSEG-Gerencia Central de Finanzas, EsSalud.
 Notas:

1. Comprende a los asegurados independientes, universitarios y a los que están en la modalidad de EsSalud Personal y Familiar.
2. Incluye a los asegurados regulares que ya dejaron de contribuir, pero cuyos seguros siguen vigentes por el período de latencia.

De acuerdo con la composición del ingreso según el Fondo de Aportación de EsSalud (Cuadro 14), se tiene que los nuevos fondos creados a partir de 1998 (Seguro Agrario, Trabajo de Riesgo, Seguro Independiente, EsSalud Personal y Familiar y Seguro Universitario) sólo representan el 3.6% del total de ingresos. Continúan el fuerte predominio de los ingresos provenientes del trabajo formal dependiente (Fondo de Salud) con el 96.3% del total de ingresos. Es importante destacar que EsSalud no cuenta con un *estudio actuarial* que sustente las primas cobradas por los nuevos fondos ni que justifique el porcentaje de contribución sobre la nómina para el seguro regular.

Cuadro14
Ingresos según Fondo de Aportación a EsSalud. Perú 2000
(a diciembre)

Fondo	Distribución
Salud	96.3
Accidentes de trabajo	0.01
Seguro Agrario	0.3
Trabajo de Riesgo	1.9
Seguro Independiente	0.6
EsSalud Personal y Familiar	0.6
Seguro Universitario	0.2
Otros ¹	0.1
Total (2,553'147 miles de soles)	100.0%

Fuente: Oficina de Coordinación Operativa, Gerencia Técnica, GCRSEG-Gerencia Central de Finanzas, EsSalud.

Nota: 1. Comprende pago por duplicado de documentos, pagos por gastos administrativos, multas, etc.

De los datos presentados se puede derivar la siguiente conclusión: el modelo de la seguridad social en el Perú es totalmente dependiente del empleo formal, y los intentos por asociarlo a un seguro independiente han dado resultados bastante limitados, tanto desde el punto de vista de la cobertura como de los ingresos obtenidos. *El bajo costo de afiliación voluntaria y la limitada incorporación de la población a esta modalidad sugieren tanto una baja valoración de la población al aseguramiento de la salud, como que los incorporados son los que tienen altos riesgos de salud.*

Un segundo aspecto es el de la utilización: ¿en qué medida la población que declara tener seguro social utiliza los servicios de EsSalud cuando se enferma y recibe una atención?³⁰. Sólo el 53.3% lo hace en la consulta y el 85.5% en la hospitalización³¹. Para la consulta (Cuadro 15), los asegurados en EsSalud recurren a establecimientos del MINSA (22.4%) y en menor medida a establecimientos privados (8.3%) y a la consulta directa en farmacia (8.2%). Cuando los asegurados en EsSalud cuentan también con un seguro privado reducen su consulta a EsSalud al 23.0% y privilegian la consulta privada (53.8%)³² (Petra y Cordero 1999).

Cuadro 15
Consulta de los asegurados a EsSalud. Perú 2000

¿Dónde se atendió?	Asegurado a EsSalud	EsSalud y seguro privado
EsSalud	59.3	23.0
MINSA	22.4	16.8
Privado lucrativo	8.3	53.8
Privado no lucrativo ¹	1.5	0.0
Farmacia	8.2	3.2
FFAA y policiales	0.3	3.2
Total	100.0%	100.0%

Fuente: Elaborado por Luis Cordero sobre la base de la Encuesta Nacional de Niveles de Vida (ENNIV 2000).

Nota: 1. Las ONG, parroquias y centros comunitarios.

³⁰ Se ha considerado como 100% a los asegurados en EsSalud que presentan problemas de salud y que consultan a EsSalud, MINSA, establecimientos privados y farmacias.

³¹ El reducido tamaño muestral para este grupo impide captar el destino de hospitalización del 14.5% que no se interna en EsSalud.

³² Como factores condicionantes para la elección del proveedor de parte del asegurado, el análisis econométrico encontró que la tenencia de un seguro privado de salud, la baja calidad percibida y el menor tiempo de espera en los establecimientos del MINSA favorecen la no consulta en EsSalud, mientras que los bajos ingresos y la edad avanzada favorecen la consulta en EsSalud.

Una conclusión apreciable es la existencia de un importante *subsidio cruzado* del MINSA a EsSalud, cuyo incremento se puede observar desde los años 1994 y 1997³³ y que puede tener como factores explicativos las denominadas colas de espera y la mejora en la capacidad resolutoria de los establecimientos del MINSA. Una conclusión adicional es la existencia de un costo monetario adicional para los asegurados a la seguridad social en salud consistente en los pagos de tarifas al MINSA y los de la consulta privada.

Si se tienen en cuenta las dificultades de expansión de la seguridad social en salud al estar anclada al empleo estable y la insuficiente utilización de los servicios de parte de sus afiliados, debe concluirse que una opción de política que contemple la obligatoriedad del aseguramiento social en salud a grupos informales o de empleo independiente con capacidad adquisitiva para asumirlo, deberá ir acompañada de mejoras importantes en el acceso y la provisión de servicios de salud; en caso contrario, será percibido como un impuesto adicional.

La Ley de Modernización de la Seguridad Social (1997) flexibilizó el monopolio público en la provisión de la atención médica de los asegurados a la seguridad social en salud con el fin de mejorar la calidad y la cobertura de los servicios, abriendo la posibilidad de que 25% de la cotización pueda ser trasladada a proveedores privados organizados bajo la denominación de Entidad Prestadora de Salud (EPS)³⁴ para cubrir las atenciones de “primera capa”³⁵. El sistema de EPS es reglamentado, supervisado y fiscalizado por la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud (SEPS).

La participación de las EPS en el mercado se mide en términos de asegurados, aportes y gastos en prestaciones de salud. A mediados del 2001, se estimaba en alrededor de 333.8 miles de *asegurados* al sistema de EPS³⁶, lo que representa alrededor del 5% de asegurados a la seguridad social. Los *aportes*

son los montos que pagan las entidades empleadoras y los asegurados a las EPS por los planes de salud que contratan. En un inicio, este monto estaba casi exclusivamente conformado por el 25% de la cotización del aporte a EsSalud. Con el tiempo, debido a imprecisiones en la definición de “capa simple” y “capa compleja” y a problemas de solvencia financiera de las EPS al ofrecer una amplia cobertura, los empleadores y luego los asegurados comenzaron a efectuar mayores aportes de sus propios recursos, de forma tal que a mediados del 2001 se estimaba que el aporte del 25% de la cotización a la seguridad social sólo cubría entre el 25 y 30% del total de aportes³⁷, lo que sugiere un encarecimiento del sistema. Los *gastos en prestaciones* corresponden al desembolso efectuado por las EPS para atender los servicios de salud otorgados a los asegurados. En el año 2000, el total de aportes captados por el sistema en su conjunto fue de aproximadamente 212.1 millones de soles, mientras que las prestaciones de salud otorgadas sumaron aproximadamente 212.5 millones, lo que implica una siniestralidad acumulada del 100.2% que indica problemas en el sistema.

El sistema de las EPS ha logrado aportes internos y externos a todo el sistema de salud, así como ha mostrado límites para su expansión y la consecución de sus objetivos. Ha permitido un mejor conocimiento del riesgo en salud; ha conseguido influir en la práctica privada para la adopción de procedimientos de estandarización y transparencia en la gestión; ha posibilitado la elección del usuario, y ha inducido a mejoras en la calidad percibida y en la satisfacción de éste. A nivel del sistema de salud ha estimulado la búsqueda de una mejor respuesta de EsSalud a sus afiliados³⁸, así como al proceso de acreditación de los hospitales. Los problemas detectados por la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud se refieren a dificultades en la separación de capa simple y capa compleja; insuficientes mecanismos de supervisión de parte de la SEPS; progresiva cobertura de la capa compleja por las EPS, y ausencia de cálculos de riesgo y de sistemas de costo eficaces, con la consiguiente alta siniestralidad y el aumento progresivo del aporte del empleador y del asegurado, lo que encarece el sistema y excluye a los asegurados que no tienen posibilidad de cumplir con los aportes.

El sistema de las EPS no ha mostrado crecimiento desde mediados del 2001, poniendo en evidencia sus límites y la necesidad de reformas dentro de un marco sectorial de alta complementariedad, información, calidad y control de costos.

³³ Se considera al 100% de los asegurados en EsSalud que declararon problemas de salud y que consultaron algún proveedor institucional o alguna farmacia, no incluyéndose, por lo tanto, a aquellos que consultaron a otras fuentes informales (curandero, amigo). En 1994, el 14.3% de los asegurados que consultaron lo hicieron en el MINSA. Este porcentaje subió al 15.2% en 1997 y al 22.4% en el 2000. Procesamiento de las ENNIV 1994, 1997 y 2000.

³⁴ A mediados del 2001 existían tres EPS y 488 entidades vinculadas (registradas y supervisadas), de las cuales 355 estaban en Lima y 133 en provincias.

³⁵ Definidas como el “conjunto de diagnósticos de mayor frecuencia y menor complejidad detallados en el Reglamento de la Ley y que comprende atenciones ambulatorias preventivas y recuperativas, parto normal y cirugía de día. Presentación ante la Comisión de Seguridad Social del Congreso (03.09.2001).

³⁶ Es muy posible que la cantidad sea menor ya que se incluyen a todas las personas con Seguro Complementario de Trabajo de Riesgo (SCTR) (87.5 miles de personas), las que en su mayoría deben tener también el seguro regular. Por lo tanto, si asumimos que sólo el 20% de quienes tienen SCTR no tiene el seguro regular, el monto total de afiliados al sistema EPS se reduce a 263.8 miles de personas.

³⁷ Presentación ante la Comisión de Seguridad Social del Congreso (3-9-2001).

³⁸ Por ejemplo, a través de la concertación de citas telefónicas y del incremento del horario de atención a los asegurados.

3. Aspectos críticos del financiamiento de la salud en el Perú

Existen cuatro grandes problemas que impiden una respuesta eficaz del financiamiento en salud:

1. Insuficientes recursos financieros del Tesoro Público y del seguro social de salud.
2. Fragmentación del sistema y subsidios cruzados.
3. Ausencia de criterios y de transparencia en la asignación
4. Falta de claridad en el modelo de atención sobre el que descansa el sistema.

Mientras que los dos primeros se refieren a la obtención de mayores recursos públicos y a su agrupación, los siguientes provienen de problemas organizacionales que repercuten sobre la gestión financiera.

3.1. Insuficientes recursos financieros del Tesoro Público y del seguro social de salud

Como ha sido señalado en el punto 2.2., el Perú destina alrededor del 4.5% de su PBI a la atención de salud, menos que el promedio latinoamericano (que es de alrededor de 7%), siendo además el gasto de los hogares la primera fuente de financiamiento con el 38% del total. Guerra de Macedo (2001) sostiene que la función financiera trasciende los sistemas de salud y “sólo es producto de una voluntad política” ya que debe responder a la pregunta ¿qué salud queremos? La “prioridad nacional” se traduce “en el volumen absoluto y relativo de la riqueza nacional que se destina a atender las necesidades de salud”, y “el origen de estos recursos expresa la distribución social del esfuerzo y su contribución a la equidad en salud”, siendo lo óptimo el financiamiento público de base tributaria y “las condiciones de recaudo, agregación y asignación que permiten mayor eficacia y eficiencia de su utilización” en las que destaca un seguro público universal complementado de manera jerarquizada con las otras fuentes.

Para un desarrollo paulatino y sostenido basado en el financiamiento público es necesario que esa “voluntad política” a la que alude Guerra de Macedo no sólo tenga condiciones de desarrollo institucional y organizativo, sino que se vincule al desarrollo económico y social. Este asunto de vivir en un país *con marcada y persistente pobreza*, acompañada de *una inequitativa distribución del ingreso*, reclama para los sectores sociales en general, y para la salud en particular, que tanto el programa de lucha contra la pobreza como los programas sociales estén insertos en una *estrategia efectiva de desarrollo económico* a través de argumentos sólidos que logren mostrar y convencer a las fuerzas políticas, sociales y económicas de lo que significa para el desarrollo económico del país el aporte del

gasto social en aspectos tales como educación y salud. Sin una efectiva estrategia de desarrollo económico, las acciones del sector salud mostrarán definitivamente serios límites en su búsqueda de acceso a la población pobre. Definitivamente, no podemos hablar de acceso social equitativo en una sociedad marcadamente inequitativa; o, dicho de otro modo, si no hay mejoras en la distribución del ingreso será difícil sostener mejoras sustantivas en el acceso a la atención de salud.

Se requiere de algún tipo de acuerdo o compromiso explícito entre las principales fuerzas para *sostener los costos* de un sistema sanitario en función de los beneficios esperados de un proyecto de desarrollo. Por ello, *este conflicto entre la necesidad de contar con un sistema sanitario eficaz, justo (y demás cualidades declarativas) y la falta de recursos financieros para desarrollarlo y sostenerlo pasa por una resolución política.*

La ausencia de responsabilidades es la peor resolución y ocurre cuando todos declaran el ‘poema’ del largo plazo del sistema sanitario (eficaz, justo, eficiente...), al mismo tiempo que el gasto no es monitoreado por resultados sanitarios, pero sí es reducido al primer obstáculo financiero del país. Esta posición tiende a poner énfasis en los costos y pasar por alto los potenciales efectos de la salud en el desarrollo económico. Para que el ‘poema’ se convierta en quehacer y norte se requiere argumentar, dialogar, evidenciar y mantener una explícita contribución del sistema sanitario al proyecto específico del desarrollo económico y social suscrito por las principales fuerzas políticas y sociales.

Para lograr este objetivo, cuatro factores son imprescindibles: disponer de un proyecto explícito de desarrollo nacional; tener claros los argumentos de contribución del sector salud al mismo; estar suscrito por las principales fuerzas, y desarrollar efectivos sistemas de rendición de cuentas de acuerdo con los objetivos sanitarios.

3.2. Fragmentación del sistema y subsidios cruzados

La fragmentación del sistema tiene como principal consecuencia la ausencia de una coordinación explícita entre prestadores que permita discurrir los recursos y prestaciones a todo el sistema, originándose una fuerte ineficiencia a todo nivel que se expresa en recursos subutilizados y en población que no accede o que lo hace con limitaciones.

La población acude a los distintos tipos de proveedores más allá de su condición de aseguramiento (Cuadro 16). En el año 2000, del 100% de personas aseguradas a EsSalud que efectuó consulta, sólo el 59% lo hizo en EsSalud, el 22% se dirigió a establecimientos del MINSA, el 10% a establecimientos privados

y el 8% consultó en una farmacia. Asimismo, el MINSA atendió al 15% de asegurados de las fuerzas armadas y policiales. Si esto es así, ¿por qué el MINSA no les cobra a estas instituciones por el costo de la atención?, ¿por qué un grupo importante de asegurados a EsSalud acude al MINSA y paga por su atención?³⁹. Eso encarece el sistema, al darse el caso de personas que pagan por ser atendidas en el MINSA cuando los empleadores cotizan a EsSalud), y lleva a subsidios perversos, ya que EsSalud no reembolsa al usuario ni tampoco al MINSA⁴⁰.

Cuadro 16
Condición de aseguramiento y consulta. Perú 2000

¿Dónde se atendió?	Condición de aseguramiento reportada ¹ %					
	Asegurado	No escolar	Seguro a EsSalud	Asegurado y seguro privado	EsSalud	Seguro privado
MINSAs	69.7	81.1	22.4	23.0	25.4	14.6
EsSalud	1.7	4.8	59.3	16.8	5.8	0.0
Privado Lucrativo	10.4	3.7	8.3	53.8	56.2	8.3
Privado no Lucrativo	5.5	6.5	1.5	0.0	0.0	2.8
Sanidad FFAA y policiales	0.3	0.1	0.3	3.2	0.9	55.4
Farmacia	12.5	3.8	8.2	3.2	11.7	18.9
Total	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

Fuente: Elaborado por Luis Cordero sobre la base de la Encuesta Nacional de Niveles de Vida (ENNIV 2000).

Nota:

1. Se ha considerado a la población nacional que declara presentar problemas de salud, según el tipo de aseguramiento reportado y las consultas declaradas a prestadores institucionales y farmacias.

Este fenómeno, conocido desde la década pasada, es descrito en el documento de lineamientos de política del MINSA 1995-2000 como una severa ineficiencia sectorial a corregir (MINSA 1996). Técnicamente se sabe que es posible aprovechar estos flujos para anular la fragmentación, diseñando y permitiendo el flujo de usuarios, prestaciones y recursos entre todos los proveedores. Definitivamente, ello permitiría reducir los niveles de capacidad ociosa, y el financiamiento requerido para el sistema sería menor y más acorde con los objetivos que si se mantiene la segmentarización y no se transparentan los flujos que transcurren a través de los diferentes prestadores de servicios. También es importante entender

³⁹ La respuesta no es "porque no tienen cerca un establecimiento de EsSalud pero sí uno del MINSA", ya que la misma distribución porcentual se da en Lima Metropolitana, donde sí hay establecimientos de EsSalud cercanos.

⁴⁰ El MINSA no traslada todo el costo a las tarifas. En consecuencia, cuando atiende a los asegurados, subsidia a EsSalud.

que es posible hacerlo gradualmente, hasta alcanzar un conjunto de requisitos vinculados al desarrollo de una rectoría eficaz en el MINSA para estimular el proceso de estandarización de los sistemas de registro de beneficiarios, de atenciones, de protocolos y procedimientos, de personal y de petitorios, entre otros.

3.3. Ausencia de criterios y de transparencia en la asignación

Actualmente, la asignación presupuestal no es transparente ni cuenta con mecanismos de rendición de cuentas y no se negocia ni reajusta sobre la base de resultados sanitarios; es decir, 'no se premia ni se castiga'. Los estudios efectuados muestran un sistema presupuestal poco funcional en relación con la asignación del gasto público por objetivos, con una multiplicidad de vías de entrada para los recursos del Tesoro Público, los mismos que son distribuidos bajo distintos mecanismos de asignación, a diversos niveles y con diferentes sistemas de evaluación e información (MINSA / Macroconsult 1998 y 1997), no siendo tampoco factible discriminar entre niveles de atención. Además de la ineficiencia, los análisis del gasto detectan problemas de inequidad, destacándose el nivel hospitalario como el más excluyente para la atención de los pobres. Los conceptos de equidad, beneficiario y exoneración no tienen referentes empíricos en la asignación presupuestal y cada establecimiento los aplica con bastante discrecionalidad. Cuando se reclama una mayor asignación pública, es indispensable disponer e implementar instrumentos transparentes de asignación y rendición de cuentas.

Para hacer frente a esta situación, se han llevado a cabo diversas experiencias y se han alcanzado logros importantes en el desarrollo de la programación presupuestaria⁴¹ a través del Sistema de Programación y Presupuesto implementado en las 34 DISA y sus correspondientes 107 Unidades Ejecutoras para un total de 180 servicios de salud, y en mucho menor medida en el tema de la ejecución y monitoreo presupuestal⁴², así como en el desarrollo de sistemas de costos hospitalarios, de redes de atención y en el diseño de mecanismos de pago

⁴¹ El Sistema de Programación Presupuestal (SPP) desarrollado como instrumento de programación para las DISA y el Sistema de Programación Presupuestal-Sistema de Información Gerencial (SPP-SIG) para la consolidación a nivel de la Oficina General de Planificación del MINSA permite la determinación de presupuestos basados en la proyección de metas de producción y la estimación de sus costos. El SPP fue propuesto y desarrollado por el Proyecto 2000 (MINSA-AID), al que se sumaron el Proyecto Salud y Nutrición Básica (MINSA-BM) y la Organización Panamericana de la Salud. La contraparte institucional ha sido la Oficina General de Planificación del MINSA.

⁴² El Sistema de Seguimiento y Monitoreo Presupuestal fue diseñado por el Proyecto Salud y Nutrición Básica (MINSA-BM) durante el año 2000 y parte del 2001 como continuación del SPP. No se desarrollaron aplicaciones piloto.

en establecimientos piloto⁴³. Estas experiencias han permitido desarrollar procesos que posibilitarán transparentar y enlazar la asignación presupuestal con los resultados sanitarios. Entre éstos tenemos: 1) el “Comité de Presupuesto” conformado en cada Unidad Ejecutora en el que participan planificadores, epidemiólogos y administradores para obtener reportes, analizarlos y luego utilizarlos en el proceso de sustentación presupuestal, 2) el Sistema de Información de Ingresos y Costos de los Establecimientos de Salud (SICE) diseñado e implementado en diversos hospitales (Proyectos 2000 y Salud y Nutrición Básica), 3) el Sistema de Identificación de Beneficiarios (SIU) (Proyecto 2000), y 4) el desarrollo metodológico de los estándares de procedimientos clínicos, tarifas e identificación de usuarios vinculados a mecanismos de pago (Proyecto 2000, Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud).

Sin embargo, estas experiencias y procesos no se hallan aún consolidados ni han estado acompañados de la voluntad política sectorial-institucional ni de una política de Estado definida, estando estas dificultades de gobierno cimentadas en la indefinición de los procesos de descentralización y de la reforma del Estado⁴⁴.

Detrás de estos esfuerzos más aislados que integrados descansa la gran posibilidad y necesidad de organizar los recursos financieros del MINSA en un gran fondo público. Esta idea, que se mantuvo oscilante desde mediados de la década pasada es cada vez más factible y políticamente viable si se acompaña de un proceso que va internalizando cada vez con mayor claridad que el MINSA debe garantizar la atención de la población pobre. El funcionamiento del Seguro Integral de Salud abre las posibilidades para el desarrollo de un Fondo Único Público.

3.4. Falta de claridad en el modelo de atención sobre el que descansa el sistema

Lógicamente, para costear algo se tiene que saber con precisión qué es lo que se quiere costear. Ello significa: (1) *definir el modelo de atención* acorde con los compromisos políticos, expectativas y desarrollos técnicos, (2) tener en cuenta que el *sistema que se desea implementar debe soportar el modelo*, lo que implica recursos con un determinado tipo de calificación, y (3) determinar cuáles son las

⁴³ El Proyecto 2000 (MINSAL-AID) ha desarrollado importantes propuestas de gestión hospitalaria y de mecanismos de pago en el departamento de La Libertad, en la costa norte del Perú.

⁴⁴ Un caso que expresa esta indefinición ha sido las marchas y contramarchas en incorporar al pliego del MINSA todos los recursos asignados a la atención pública de salud por las diversas vías (CETAR, Programa de Administración de Acuerdos de Gestión, Seguro Escolar Gratuito). Un modelo que permita la negociación de los establecimientos con las DISAs, de la DISAs con el MINSA y de éstas con el MEF, es decir la unificación en un solo canal, permitirá una mejor asignación, ejecución y monitoreo.

atenciones que se quieren ofrecer. Sólo entonces será posible definir los requerimientos financieros. ¿Tenemos eso claro en el Perú?

En el país existe un apreciable conocimiento de los costos de producción de los servicios de salud en las actuales condiciones y también de los servicios de salud en condiciones abstractas para un específico sistema de salud⁴⁵. Sin embargo, no existe una definición precisa del modelo de atención con el cual se desea operar ni del sistema en el que se insertaría este modelo ni tampoco de las relaciones entre los diversos prestadores. En términos discursivos, existe un importante consenso en torno a la adopción y el desarrollo de un modelo de atención integral como eje de los cambios en todos los procesos vinculados a la prestación. Dicho modelo se ancla en programas de atención familiar que consisten en equipos de salud que tienen una población asignada y que se responsabilizan de la atención integral en el domicilio, en la consulta ambulatoria y en el hospital, teniendo como núcleo el centro familiar y la vivienda, interviniendo además en el control de los factores de riesgo existentes y en las actividades de educación y promoción de la salud. La participación intersectorial y comunitaria, la descentralización, el funcionamiento en redes de atención, así como la clara definición y el cumplimiento de los compromisos con el usuario y con los prestadores y financiadores deberían asegurar el funcionamiento exitoso del modelo⁴⁶.

Sin embargo, las marchas y contramarchas en cuanto a las redes de atención; la dificultad para lograr acuerdos interinstitucionales; el entorno centralizado; la carencia de una política de recursos humanos, y las dificultades en formular una política sectorial rectora y no institucional han impedido, entre otros factores, los procesos de definición y consenso con respecto a los modelos de atención y sus sistemas de soporte. Mientras no se den estos procesos, no será posible tener precisión en los requerimientos financieros y, sobre todo, en los procesos de decisión para la asignación financiera.

⁴⁵ El Proyecto 2000 (MINSAL-AID) y el de Salud y Nutrición Básica (MINSAL-BM), así como el Programa de Salud Básica para Todos, desarrollaron metodologías de determinación de costos de servicios, tanto históricos como estándares (según protocolos), de establecimientos, redes y del Programa en sí, y las aplicaron en diversas áreas del país.

⁴⁶ El Proyecto Salud y Nutrición Básica (MINSAL-BM) ha efectuado importantes desarrollos y aplicaciones referidas al modelo de atención integral en el país. Una relevante discusión sobre la aplicación del modelo en el país es ofrecida por Carlos Bardález del Águila en su artículo “Salud de la Población”. En: *Políticas de Salud 2001-2006*. Lima: CIES, julio del 2001.

5. Recomendaciones de política en el financiamiento de la salud en el Perú

En la presentación de este artículo se enfatizó que el financiamiento de la salud, dados los costos que implica y la consiguiente solidaridad que se necesita para desarrollarlo, tiene en lo técnico una “condición necesaria pero no suficiente”. La condición suficiente es un compromiso explícito, producto de diálogos y conflictos manejados, de lo que sería una versión aceptable del bien común, enlazada a su vez a un proyecto de desarrollo nacional y a una permanente rendición de cuentas. Por lo tanto, la especificidad del problema del financiamiento es su carácter político-técnico, siendo la política un asunto de compromisos explícitos sustentados en la representatividad y rendición de cuentas.

La especificidad de la propuesta de financiamiento comprende cinco ejes, relacionados con los puntos críticos referidos anteriormente: a) la obtención de mayores recursos públicos, b) la organización de éstos en un fondo, c) el desarrollo de la función de *compra estratégica*, d) la reestructuración de la seguridad social en salud, y e) el logro de una sinergia entre las instituciones y los recursos del sector. Estos cinco ejes se hallan interrelacionados. Es así que solicitar mayores recursos (a) debe estar asociado a una creciente gestión transparente, eficaz y eficiente (b y c) que dé cuenta de resultados sanitarios y que esté enlazada a un proyecto de desarrollo nacional. Estas características deben ser compartidas por la seguridad social en salud, la que requiere de un sinceramiento y reestructuración (d). Todo lo anterior debe darse en forma simultánea a una mayor fluidez en el uso de los recursos de todo el sector, superando las restricciones institucionales (e).

A. *Modificar la composición del financiamiento de la atención de salud hacia el predominio del Tesoro Público y de contribuciones obligatorias a la seguridad social en salud*

Esta es una política de largo plazo que busca incrementar el financiamiento en salud con los recursos públicos y los de la seguridad social, disminuyendo, de esta manera, el *pago de bolsillo* de los pobres. Existe abundante información respecto a las bondades del financiamiento en salud basado en el Tesoro Público y en las contribuciones obligatorias a la seguridad social en salud antes que en el denominado pago de bolsillo. El transitar hacia una estructura de financiamiento con preponderancia de la participación pública no depende pasivamente del nivel de ingresos de una economía sino de su capacidad institucional y organizativa y, sobre todo, de la capacidad de acuerdo político explícito entre las principales fuerzas sociales y políticas para sostener los costos de un sistema sanitario en función de los beneficios esperados de un proyecto de desarrollo.

Para lograr que la salud se traduzca en una política de Estado, cuatro factores son imprescindibles e iterativos (no secuenciales): a) disponer de un *proyecto explícito de desarrollo nacional*; b) tener claros los *argumentos del aporte a dicho proyecto de parte de un sistema sanitario* financiado preferentemente a través de grandes fondos públicos, transparente y de flexible asignación por resultados sanitarios; c) *estar suscrito por las principales fuerzas políticas y sociales*, lo que implica: procesos de concertación y diálogo, adopción de compromisos y sistemas de vigilancia sostenidos en el largo plazo para asumir sus costos, y d) ofrecer un manejo transparente, efectivo y eficaz de los recursos asignados.

Puede resultar sumamente útil que la seguridad social rinda cuentas no sólo a la población asegurada sino también al empresariado y a la sociedad, siempre y cuando esté detrás un proyecto de acumulación nacional que requiera una fuerza de trabajo calificada y continua, en la cual el estado de salud sea un componente imprescindible. La necesidad de convencer y *llegar a un acuerdo con las fuerzas productivas* necesita tener como respaldo un proyecto con dichas características. En caso contrario, no resultará difícil tener la impresión de que la atención de la salud se convierte en un acto caritativo, prescindible para el empresariado al ser percibido mayormente como sobrecosto y con gran propensión a funcionar como un sector empleador antes que como productor de servicios.

La discusión anterior va principalmente dirigida a la necesidad de reestructurar la seguridad social en salud y obtener argumentos respecto a la importancia de ampliar los fondos públicos dirigidos a este sector a fin de financiar el Seguro Integral de Salud. Aún con una reingeniería del sistema que disminuya drásticamente los problemas de corrupción hospitalaria, ineficiencia administrativa y filtración de recursos por gestión inadecuada, resulta evidente la necesidad de disponer de mayores recursos para financiar el SIS. Un reciente estudio⁴⁷ muestra que con el actual marco macroeconómico, aun en un escenario de crecimiento sostenido (5% anual) no se lograría financiar los fondos requeridos para el funcionamiento del Seguro Integral de Salud⁴⁸ (Bardález *et al.* 2001). Ello lleva a postular una política redistributiva que incremente la participación porcentual del gasto en salud dentro del presupuesto público. ¿Es eso posible? Sí, siempre y cuando se haga de manera gradual y con una rendición de cuentas eficiente.

⁴⁷ Organización Panamericana de la Salud / Pontificia Universidad Católica del Perú. Proyecciones del Financiamiento en Salud 2002-2006. Lima (en imprenta).

⁴⁸ Se estima que para atender a la población en condición de pobreza (alrededor del 59%) bajo un subsidio total (pobres extremos) y parcial (pobres no extremos), el seguro público de salud requerirá alrededor de 970 millones de soles anuales. Este monto equivale al 90% del actual gasto del MINSA. Por lo tanto, aun con una importante reingeniería basada en la efectividad, eficiencia y equidad, se requerirán recursos públicos adicionales.

Existe un importante contexto político nacional e internacional, así como académico, en torno a los conceptos de “exclusión/inclusión social” con un enfoque orientado a los derechos sociales como medio para incrementar la cohesión, la solidaridad y la estabilidad social (Banco Mundial 2000). Ello tiene su correlato, en el Perú, bajo la denominación de los ‘programas protegidos’ presupuestalmente que otorga el Ministerio de Economía y Finanzas en acuerdo con los distintos Ministerios⁴⁹. En salud, el SEG fue un programa protegido y lo será el Seguro Integral de Salud, lo que implica que éste tendrá que sujetarse a las normas de transparencia y de seguimiento del desempeño.

B. *Desarrollar el Fondo Público del Seguro de Salud para organizar el financiamiento del Seguro Integral de Salud*

A partir de la década de los ochenta, la literatura y las propuestas de política han incidido en la conveniencia de desarrollar en el sector público una administración por objetivos e internamente competitiva (Stiglitz 1995). Existe desde fines de la década pasada un reconocimiento en la Banca Multilateral de Desarrollo respecto al rol del Estado en el desarrollo económico y en la erradicación de la pobreza⁵⁰. En lo que respecta a la atención de la salud, en la década pasada, ante la preocupación esencial de controlar los costos médicos manteniendo la calidad y garantizar que todos los individuos tengan acceso a los servicios médicos, se ha desarrollado todo un conjunto de propuestas⁵¹ de carácter organizacional tendientes a enfatizar la separación de funciones y la competencia. Actualmente se relativiza el enfoque anterior y se tiende a incorporar el reconocimiento del fortalecimiento institucional con énfasis en la rectoría.

Si un país no encuentra la necesidad sanitaria de efectuar una *separación institucional de funciones* (ya que se entiende que la diferenciación de funciones es aceptada), no se justifica el costo de crear una instancia institucional dedicada a la función financiera (Salinas y Lenz 1999). En el punto 1 se han referido las

⁴⁹ La denominación de ‘Programas Protegidos’ del Ministerio de Economía y Finanzas es parte del proceso de concertación del ‘Programatic Social Reform Loan’ con el Banco Mundial 2001, que se viene desarrollando desde inicios de ese mismo año. Mediante dicha denominación, el MEF establece el compromiso de proteger presupuestalmente un conjunto de programas considerados prioritarios de parte de los Ministerios de Agricultura, Energía y Minas, Educación, Justicia, PROMUDEH, de la Presidencia, Salud y Transporte. Como contraparte, dichos programas pasan a ser parte importante del Sistema de Medición y Evaluación del Desempeño en la Administración Pública.

⁵⁰ Un caso interesante es el presentado por el Banco Mundial en los Informes Anuales sobre el Desarrollo Mundial. Véase al respecto el Informe del año 1997: El Estado en un mundo en transformación, y el correspondiente al año 2000-2001: Lucha contra la pobreza.

⁵¹ Una de las primeras en América Latina fue la serie “Economía y salud” que lanzó la Fundación Mexicana para la Salud en 1994.

experiencias negativas de la separación institucional de funciones en diversos países.

La separación institucional de funciones tiene como sustento el desarrollo de cierto nivel de autonomía institucional que permita cumplir mejor los objetivos de las funciones especializadas, sólo cuando éstas lo justifiquen. Por ejemplo, separar el financiamiento de la prestación cuando se observa que la oferta institucional es insuficiente y con características de ineficiencia, por lo que se requiere la compra de servicios o paquetes a diversos proveedores. Es sólo ahora, ante los retos del Seguro Integral de Salud, que se da la oportunidad de proponer un fondo único que desarrolle las tareas de agrupar los recursos financieros y organizarlos para la atención de un grupo poblacional bastante identificado y con una canasta de servicios y niveles de complejidad definidos (Plan de Salud), lo que implica que el fondo único deberá también desarrollar la función de compra, la misma que fuera anteriormente referida como ‘*compra estratégica*’⁵². Este fondo podría, además, incluir los recursos para financiar la atención de la salud pública, la que no sólo comprende los bienes públicos y el desarrollo de estrategias intersectoriales sino también el desarrollo sostenido de una inteligencia sanitaria.

El objetivo primordial del SIS, que es también uno de los objetivos medulares de la salud pública peruana, es asegurar paulatinamente una atención médica organizada de acuerdo con un Plan de Beneficios explícito que garantice el acceso a la población pobre. Este objetivo que aparece en la propuesta de Lineamientos de política del sector (Ministerio de Salud 2002) deberá ser próximamente explicitado por el MINSA a través de los grupos beneficiarios y sus planes de beneficio. Para ello, no deberá sólo valerse de la infraestructura de salud de un MINSA descentralizado sino también de otros prestadores públicos y privados. La actual estructura segmentada de financiamiento del Ministerio de Salud resulta, en consecuencia, inoperante⁵³. Si el Ministerio de Salud ha definido el compromiso de un seguro público, le corresponde el desarrollo de un fondo público y con él, la capacidad de hacer la mejor compra en términos sanitarios.

¿Cuáles deberán ser las funciones de este fondo? Puede resultar poco útil precisar dichas funciones para el caso peruano, pues se requiere de una discusión global del modelo de reforma en salud y de la confrontación de intereses,

⁵² Conviene recordar su definición: la compra estratégica es la utilización de los recursos financieros mancomunados para comprar la mejor combinación posible de servicios, insumos e infraestructura a fin de mejorar el estado de salud y las expectativas de las personas.

⁵³ Lo que también explica cómo los programas de focalización masiva del gasto (Salud Básica para Todos y Seguro Escolar Gratuito) tuvieron que crear sus propias administraciones financieras.

formación de coaliciones y desarrollo de consensos⁵⁴. Inclusive es importante enfatizar el hecho de que separar la función de prestación de la financiera no significa necesariamente separar la función de gobierno de la financiera. Dado el incipiente nivel de rectoría en el país, la función de financiamiento no debería ser separada de la de gobierno sino ser más bien una subfunción de gobierno. Ello implica que la función de gobierno debe estar bastante delimitada y separada de la función de provisión de servicios.

Aunque no se intenta discutir en este artículo la función de gobierno⁵⁵, ésta implica que el MINSA deberá ser capaz de: (1) administrarse a sí mismo diferenciando sus funciones, (2) convertirse en el órgano rector del sector, lo que incluye su propio gobierno, la orientación de la seguridad social y la promoción y regulación del sector privado, y (3) mantener un rol de activa participación normativa en lo relacionado con medicamentos e insumos médicos, educación, condiciones laborales, abastecimiento de agua segura, contaminación, y eliminación de desechos y residuos. Las Direcciones de Salud (DISA) podrán complementar las funciones de gobierno en su ámbito y articular las redes asistenciales en sus territorios. De igual manera, las actividades de regulación (subfunción de regulación) podrán requerir, por su especialización, la creación de una Superintendencia de Salud que regule la prestación de servicios en todo el sector. Finalmente, el desarrollo de la función de gobierno deberá estar enlazada con los procesos de reforma del Estado y de descentralización, lo que incluye la modificación de los grandes sistemas nacionales de administración: abastecimiento, personal, contabilidad, presupuesto y contraloría.

A partir de 1994, Chile ha puesto especial énfasis en la reestructuración de su sistema de financiamiento a través de un proceso denominado 'Reforma Financiera' (que redefinió la misión del FONASA como "encargada de administrar el Seguro Público Colectivo de Salud") con las siguientes funciones: a) *recaudación*, que implica gestionar los ingresos financieros del sector público de salud; b) *gestión de los beneficios*, que consiste en especificar y financiar el plan de salud que se ofrece a los beneficiarios a través de las dos modalidades de atención, y c) *gestión de los beneficiarios*, que comprende la identificación y provisión de información, orientación y control de los beneficios entregados para promover el uso correcto y apropiado del seguro (Acuña 2000).

⁵⁴ Este fondo podría, además, incluir los recursos para financiar la atención de la salud pública, la que no sólo comprende los bienes públicos y el desarrollo de estrategias intersectoriales sino también el desarrollo sostenido de una inteligencia sanitaria.

⁵⁵ Que implica definición de políticas y prioridades, planeamiento estratégico, regulación, desarrollo de la inteligencia sanitaria, conducción sectorial y eslabonamientos externos.

C. Desarrollar la función de compra del Fondo Público del Seguro de Salud

Esta política completa la función financiera del MINSA enlazándose con la anterior (fondo público) y está destinada a hacer del SIS el mejor comprador, lo que equivale a desarrollar la *compra estratégica*. Para ello se requiere información, conocimiento, capacidad de negociación y permanente monitoreo basado en resultados sanitarios y análisis de costos, además de una organización gerencial eficiente y moderna, "que funcione de cara a la gente". Distinguiremos, en la función de compra: el desarrollo de la información, el de la compra en sí, la interacción con los entornos institucionales y el compromiso con el beneficiario, ya que el comprador compra a nombre de éste. No obstante, no debe olvidarse que es el MINSA quien debe mantener la función rectora del sistema decidiendo quiénes serán los beneficiarios del SIS, los planes de beneficios, los compromisos a lo largo del tiempo y, además, gobernando la reestructuración de la oferta pública para convertirse en importante prestador del seguro público, a la par que cuidar los aspectos preventivos y promocionales que muchas veces suelen descuidar los seguros de salud en general y, dentro de ellos, los públicos.

1. No sólo se trata de disponer de la información mundial sobre costo y eficacia de intervenciones y estrategias sino que ésta deberá adaptarse a los costos, a los contextos locales (precios, pautas de utilización, interacciones biomédicas y sociales, entre otros) y sobre todo a interactuar con los entornos institucionales. El desarrollo de estudios actuariales de actualización periódica y la capacidad de evaluar sistemáticamente intervenciones y adquisiciones en términos de costo-eficacia son características que requerirán formar equipos muy competentes.
2. La compra en sí está muy influida por el tema de los mecanismos de pago. Al respecto, es imprescindible la aplicación paulatina de nuevas formas de asignación de recursos financieros ("mecanismos de pago") por niveles de atención y redes con contratos de gestión y monitoreo de resultados. El desarrollo y posterior extensión de los mecanismos de pago requiere en paralelo del establecimiento o la revisión de las relaciones contractuales entre comprador-prestador de servicios-usuario; además de la mejora y el desarrollo de los sistemas de información en lo que respecta a estandarización y codificación de variables que permitan integrar la contabilidad financiera a las necesidades de información/operación del área médica, y la disponibilidad de sistemas organizados de información en uso. Los contratos o acuerdos de gestión posibilitan transparentar los instrumentos, resultados e indicadores de los mismos⁵⁶.

⁵⁶ Véase al respecto Lineamientos para el Diseño de Nuevos Mecanismos de Pago para Prestadores Públicos. (MINSA\Proyecto 2000 1999) y Reporte de Diseño 1: Requerimiento de Información Clínica para la Reforma del Pago Hospitalario y Presupuestos: Pautas experimentales para el Perú. (MINSA\Proyecto 2000 2001).

Los efectos de la modificación en los mecanismos de pago deberán ser monitoreados en términos sanitarios, lo que implica una visión más global que la dimensión financiera. Se propone que el seguimiento se realice tomando en consideración el cambio logrado en la tecnificación de procedimientos (uso de protocolos o guías de atención, uso de petitorios de medicamentos, expansión de la acreditación); la expansión de cobertura; la satisfacción del usuario; los costos de transacción; la inducción de la demanda, y el desarrollo de la integración público-privada y sus efectos en la salud de los usuarios.

La función de compra no debe referirse únicamente a los servicios de salud ni a un determinado proveedor. Resulta muy importante desarrollar el conocimiento y la discusión en torno al *objeto de compra y su logística de suministro*, como en el caso de medicamentos, vehículos de emergencia y equipos médicos, entre otros. La compra y la logística del medicamento en función de su uso racional al menor costo permiten apartarse de la discusión sobre el fomento o no de una industria nacional de medicamentos y centrarse en la compra del medicamento como una función de salud pública. Una logística del medicamento a través de redes de farmacias otorga la capacidad de negociación de la que carecen las farmacias individuales. Su funcionamiento sería centralizado en la adquisición, administración y control, y descentralizado en la entrega del medicamento. De modo similar, podría resultar más eficiente disponer de una red de ambulancias que de ambulancias adscritas a un establecimiento.

En cuanto a los equipos clínicos, sería significativo considerar la idea de una compra de servicios en contraposición a la de compra de los equipos mismos. Ello por la razón de obsolescencia tecnológica: el uso de tecnología digital, tan difundida en los equipos médicos, iguala, en términos de obsolescencia, a éstos con las computadoras. Una compra de servicios de equipos, antes que la compra de los equipos en sí, evita tener que enfrentar los problemas de obsolescencia y de mantenimiento. Esta política podría ser válida para un grupo importante del equipamiento hospitalario ya que otros equipos, de menor obsolescencia tecnológica, sí podrían ser adquiridos.

3. En los últimos años ha existido cierta tendencia reduccionista a identificar el desarrollo de la función de compra con el de los mecanismos de pago. Como se indicó en el punto 1, los estudios de caso referidos a los mecanismos de pago han subestimado los factores *organizativos, institucionales y políticos* y, sobre todo, han subestimado la *rectoría*. Este aspecto abre la discusión para definir aquellos factores que podrán operar como incentivos (o desincentivos) en el SIS organizado como fondo público de salud (OMS 2000: cap. 2). Entre éstos podemos citar los siguientes:

- *El grado de subordinación* del Fondo SIS al MINSA en cuanto a la determinación de beneficiarios, planes, plazos, estándares de calidad y demás elementos a través de los cuales se expresa el compromiso entre el MINSA y la sociedad.
- *El grado de autonomía* en lo que respecta a la determinación del orden de prioridad de las intervenciones de compra; la elaboración y negociación de contratos y definición de mecanismos de pago; la selección al contratar con los proveedores; la capacidad de decisión en la determinación de tarifas y copagos, y el *grado* de libertad en el área de las inversiones.
- *El grado de responsabilidad* de los resultados sanitarios del que será responsable el SIS y los procesos de rendición de cuentas tanto horizontales como verticales.
- *El grado de exposición al mercado* o la proporción de los ingresos que obtiene por la venta de servicios y no por asignación presupuestaria.
- *El grado de responsabilidad financiera* por pérdidas y los derechos al uso de los beneficios.
- *El grado de mandatos sin financiamiento previsto*, es decir de los mandatos por los cuales se le considera legalmente responsable, pero que no está autorizado a cobrar honorarios ni transferencia financiera compensatoria⁵⁷.

4. El compromiso con el beneficiario implica grados crecientes de exigencia a los prestadores públicos y privados a fin tanto de satisfacer las expectativas del beneficiario como de lograr una atención centrada en sus necesidades. En Chile, el “Compromiso con el Beneficiario” es un documento que los afiliados firman luego de leerlo en conjunto con un funcionario de FONASA. A través de este documento, FONASA se compromete a: (1) que todos los asegurados tengan derecho a los mismos beneficios sin discriminar por edad, sexo, condición social, salud u otros, determinándose que su aporte sea según su capacidad económica; (2) entregar un servicio más oportuno, eficiente y cordial con trato preferencial a los adultos mayores, las embarazadas y los discapacitados; (3) proporcionar la información individualizada que los asegurados requieran; (4) dar respuesta a los reclamos de los beneficiarios; (5) acortar los tiempos de espera, y (6) desarrollar programas específicos para enfermedades graves y de adultos mayores (Acuña 2000).

⁵⁷ Por ejemplo, el mandato de pagar la atención de urgencia que pone en peligro la vida, cualquiera sea la atención dada y su costo.

D. Reestructurar la seguridad social en el sector salud a fin de otorgarle mayor efectividad, eficiencia, competitividad y transparencia

En el Perú existe una escasa cultura de seguros y una baja percepción del riesgo en salud, con espectro muy limitado de aseguradoras privadas. En EsSalud, antes que evidencias de sobreutilización, se tienen problemas de eficiencia en la producción de servicios, lo que lleva a muchos asegurados a preferir la atención de otro proveedor, aun cuando ello signifique costos para la economía familiar; los mecanismos de contención de costos no son explícitos pero sí reales y se evidencian ante las colas de espera para las cirugías⁵⁸; el nivel de satisfacción de los usuarios no es alto -alrededor del 65% de la población que lo consultó en el año 2000- y es menor en relación con lo que reportan los que acuden a otros prestadores⁵⁹; el crecimiento de los afiliados aportantes basado en el crecimiento del empleo formal es muy escaso, y finalmente, mientras que existe una importante y variada literatura respecto al desenvolvimiento del MINSa, el funcionamiento de EsSalud guarda altos niveles de reserva y la ausencia de un cálculo actuarial sugiere la urgencia de un sinceramiento de las cifras. Tampoco es posible esperar que el crecimiento económico lleve consigo la expansión de la seguridad social en salud. El crecimiento económico no ha sido una constante en la economía peruana en las últimas dos décadas ni ha estado acompañado del desarrollo del empleo formal en los cortos períodos en los que se ha dado.

En este contexto, no es ahora posible, ni políticamente viable en los próximos años, plantear la existencia de un gran fondo de aseguramiento en salud para la sociedad peruana, lo que podría significar una propuesta basada en el financiamiento de la salud por los impuestos generales. Posiblemente no sea *ese* el tipo de solidaridad a la cual los peruanos desean suscribirse en estos tiempos, ya que un solo fondo estimularía la utilización de los recursos de EsSalud para la población no asegurada, lo que llevaría a una mayor pérdida de derechos de la población afiliada a EsSalud, que vería reducir más la atención de esta institución. Mucho más aceptable y técnicamente factible es ahora abocarse al desarrollo del seguro público en salud (y su fondo público) y al sinceramiento de la seguridad social en salud, además de algunos esfuerzos iniciales de interacción entre el MINSa y EsSalud tendientes a la compra-venta de servicios, logísticas comunes e infraestructura planeada conjuntamente.

⁵⁸ El expresidente de EsSalud, Rafael Villegas, declaró encontrar alrededor de 10,000 operaciones embalsadas, desabastecimiento de medicinas y cerca del 40% de los equipos por encima de su vida útil (Diario *Gestión Médica*. Lima, del 25 de febrero al 4 de marzo del 2002).

⁵⁹ Entre la población que consulta el MINSa, el 64% reportaba satisfacción en la consulta a hospitales y el 67% a centros y puestos de salud. En cuanto a la población que recurre a prestadores privados, el 93% acude a prestadores privados lucrativos y el 63% a prestadores privados no lucrativos (procesamiento de la ENNIV 2000).

En este sentido, resulta muy importante partir de una evaluación de la organización y el funcionamiento de la actual seguridad social en salud. Ello incluye el análisis de los sistemas de información, el marco organizacional y el modelo o los modelos de atención, las relaciones con el sector privado y el MINSa, así como el modelo de financiamiento y la viabilidad financiera que ofrece.

Posiblemente una de las conclusiones al respecto sea la de separar claramente el financiamiento de la prestación, mediante un fondo que permita inducir efectividad y eficiencia, a través de la transparencia y competitividad de la compra de servicios a diversos prestadores. Una función importante del fondo deberá ser el desarrollo del cálculo actuarial, que favorecerá el sinceramiento de la información en costos y atención, incluyendo las barreras para la atención y la realización de proyecciones realistas sobre población, planes de beneficios, costos y modelo de prestación.

E. Desarrollar una mayor sinergia entre los recursos del sector mediante la interacción pública y la incorporación del sector privado prestador lucrativo y no lucrativo en la provisión pública y de la seguridad social

Si en el sector salud se tiene una capacidad ociosa apreciable y necesidades insatisfechas, sobre todo en lo que respecta a los más pobres, no sólo se trata de incrementar los recursos públicos, agruparlos en fondos y desarrollar la compra estratégica, sino que adicionalmente se deben levantar las restricciones institucionales para mejorar la sinergia entre los recursos disponibles.

Existen avances apreciables en el diálogo entre el MINSa y EsSalud que puede dar lugar no sólo a la compra-venta mancomunada de servicios⁶⁰, sino al inicio a futuro de un programa de unificación paulatina de la administración financiera y planeación entre ambas instituciones⁶¹. Al respecto, existen tres temas que pueden dar inicio a la unificación de la administración financiera: la regulación de inversiones, la acreditación y la categorización única de establecimientos⁶².

⁶⁰ En marzo del 2001 se creó una Comisión Multisectorial de Salud con los encargos de elaborar un Plan Conjunto de Inversiones; formular las Bases Técnicas para el Intercambio de Servicios, y diseñar la estrategia de separación de funciones. Integran esta Comisión el Ministerio de Economía y Finanzas que la preside, el Ministerio de Salud, el Seguro Social de Salud (EsSalud), el Ministerio de Defensa, el Ministerio del Interior y el Ministerio de la Presidencia.

A la fecha de cierre de este artículo, inicios de febrero del 2002, estaba por firmarse un acuerdo entre el MINSa y EsSalud para realizar en Tacna y Cajamarca planes pilotos del plan de inversión conjunta e intercambio de servicios.

⁶¹ Deberá determinarse el grado de autonomía y vinculación sectorial de EsSalud con el MINSa. Actualmente EsSalud es un organismo público descentralizado del Ministerio de Trabajo y Promoción Social.

⁶² Pedro Francke propone una interesante discusión al respecto en su artículo "Lineamientos de políticas en salud" 2001-2006. En: *Políticas de Salud 2001-2006*. Lima: CIES, julio del 2001.

De otro lado, liberar la capacidad de compra con fondos públicos y 'privados mandatados' (seguridad social) a prestadores privados acreditados y regulados es parte de un proceso que requiere del desarrollo de una rectoría moderna y sólida. Se precisa partir de la evaluación de los resultados obtenidos con la Ley de Modernización de la Seguridad Social (Ley 26790)⁶³. Asimismo, es importante la elaboración de estudios de base de mercado y de construcción de instrumentos de regulación que orienten la incorporación del sector privado a la seguridad social, tales como el desarrollo de incentivos tributarios a los hogares para la adquisición de seguros sociales en salud y a los prestadores de servicios de salud con determinados atributos previamente acreditados.

La intercomunicación y movilización masiva de recursos del sector, para potenciar la producción de resultados sanitarios, tiene como contraparte política el desarrollo de derechos y la rendición de cuentas. Ambos están vinculados a la participación, y no se trata de prácticas espontáneas sino que deben ser promovidas por las políticas públicas con los costos que su desarrollo implique. Tanaka (2001) ha mostrado cómo, dependiendo de los distintos grados de complejidad del contexto, la participación deseable, en tanto contribuye a la *eficacia* del objetivo en desarrollo y a la *eficiencia* de la política social, es diversa. A manera ilustrativa, el autor hace referencia a tres diferentes contextos, tipificándolos. En el primero se refiere a comunidades rurales, muy pobres, relativamente aisladas y homogéneas, con una mayor demanda de bienes públicos y con fuertes identidades culturales: la participación implica un involucramiento generalizado en acciones colectivas. En el segundo, se da el caso de comunidades pobres, rurales, pero más integradas al mercado y a centros urbanos: la participación social requiere de líderes sociales con capacitación y experiencia. Finalmente se tiene un contexto de alta complejidad que se da en ámbitos urbanos, en los que la población ya tiene acceso a bienes públicos esenciales y sus intereses se expresan por grupos de interés e iniciativas individuales que rápidamente se politizan; la representatividad de estos líderes está asociada a su eficacia y enfrenta el riesgo de que acaben defendiendo intereses particulares y manipulando a las bases: esto requiere de mecanismos de coordinación, concertación y rendición de cuentas vertical y horizontal entre líderes, agentes y Estado. Dado que lograr la sinergia de todos los recursos del sector salud conlleva no sólo aspectos técnicos sino armonizar la participación de diversos agentes en contextos disímiles, esta reflexión es particularmente importante para aceptar el carácter plural de la participación y la coordinación.

⁶³ Estos deberán enfocarse en términos de expansión de cobertura por niveles de ingreso, sexo y grupo etario; con efectos en la eficiencia, calidad y estandarización de procesos (como incorporación de protocolos y petitorios).

- ABEL-SMITH, B. y P. RAWAL
1992 "Can the poor afford 'free' health services? A case study of Tanzania". *Health Policy and Planning* 7(4): 329-341.
- ACUÑA, María Cecilia
2000 "La seguridad social de salud en Chile: análisis y perspectivas". En: *Diálogo social y políticas de seguridad social en Chile*. Organización Internacional del Trabajo, Fundación Friedrich Ebert. Proyecto Fortalecimiento de las Organizaciones Sindicales para el Diálogo Social Tripartito y el Desarrollo Socioeconómico de la Región. Santiago de Chile.
- ALFAGEME, José Antonio
2001 *Asistencia técnica para la integración inicial de los seguros públicos*. Informe final de consultoría. Programa de Apoyo a la Reforma. Lima: MINSA, julio.
- AMARTYA, Sen
2000 *Nuevo examen de la desigualdad*. Madrid: Alianza Editorial.
- ARROW, K.
1965 "Uncertainty and the welfare economics of medical care". *America Economic Review* 53(5): 941-973.
- BAEZA, C.
1999 "Problemas y desafíos para el sistema de salud chileno en el siglo XXI". *Documentos para el diálogo en salud* n.º 3. Santiago de Chile: Centro Latinoamericano de Investigación para Sistemas de Salud (CLAISS).
1998 "Taking stock of health sector reform in LAC". *World Bank Technical Discussion Paper, LASHD*. Washington, D.C.: World Bank.
- BAEZA, C. y M. CABEZAS
1999 *¿Es necesario el ajuste de riesgo en los mercados de seguros de salud en América Latina?* Santiago de Chile: Centro Latinoamericano de Investigación para Sistemas de Salud (CLAISS).
- BALDET, Charles
1999 *Social Risk Management and Social Inclusion*. Banco Mundial, septiembre. (Documento mimeografiado).

BANCO MUNDIAL

- 2001 "Lucha contra la pobreza". *Informe anual sobre el desarrollo mundial*. 2000-2001. Banco Mundial: Washington.
- 2000 *Manejo social del riesgo: un nuevo marco para la protección social y más allá*. Documento de Trabajo. Banco Mundial, febrero.
- 1997 "El Estado en un mundo en transformación". *Informe anual sobre el desarrollo mundial*. Banco Mundial: Washington.

BARDÁLEZ DEL ÁGUILA, Carlos

- 2001 "Salud de la población". En: *Políticas de salud 2001-2006*. Consorcio de Investigación Económica y Social: Lima, julio.

BARDÁLEZ Carlos, Miguel GARAVITO, Midori DE HABICH y Juan PICHIHUA

- 2001 *El Seguro Público de Salud. Propuesta*. Documento Preliminar. Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Lima: MINSA, agosto.

BARMUM, H., J. KUTZIN y H. SAXENIAN

- 1995 "Incentives and provider payment methods". *International Journal of Health Planning and Management* 10: 23-45.

BENNETT, S., A. CREASE y R. MONASH

- 1998 "Health insurance schemes for people outside formal sector employment". *Document WHO/ARA/CC/98.1*. Geneva: World Health Organization.

BITRAN, R. y D. K. McINNES

- 1993 *The demand for health care: evidence from the Dominican Republic and El Salvador*. Economic Development Institute. World Bank: Washington, D.C.

CORTEZ, Rafael

- 1996 "El acceso a los servicios de atención de la salud y la equidad en su financiamiento". En: *Revista de Análisis Económico*, Volumen 11, n.º 2. Santiago de Chile: ILADES, noviembre.

FELDTEIN, P.

- 1993 *Health care economics*. New York: Delmar Publisher.

FRANCKE, Pedro

- 2001 "Lineamientos de políticas en salud 2001-2006". En: *Políticas de salud 2000-2006*. Lima: Consorcio de Investigación Económica y Social, julio.

FUNDACIÓN MEJICANA PARA LA SALUD

- 1994 *Economía y salud*. Serie, México: FUNSALUD.

GERTLER, P. y J. Van Der GAAG

- 1990 *The willingness to pay for medical care: evidence from two developing countries*. Baltimore, Maryland: Johns Hopkins University Press.

GUERRA DE MACEDO, Carlyle

- 2001 "Ponencia central en el V Congreso Internacional del CLAD sobre Reforma del Estado y de la Administración Pública. Del 24 al 27 de octubre del 2000. Santo Domingo, República Dominicana". *Revista del CLAD*, n.º 19. Montevideo, febrero.

HORNBLOW, A.

- 1997 "New Zealand's health reforms: a clash of cultures". *British Medical Journal* 314: 1892-1894.

LAVY, V. y J. M. QUIGLEY

- 1993 "Willingness to pay the quality and intensity of medical care by low-income households in Ghana". *Living Standards Measurement Study. Working Paper* n.º 94. Washington D.C.: World Bank.

LONDOÑO, J. L. y J. FRENK

- 1997 "Structured pluralism: towards an innovative model for health system reform in Latin America". *Health Policy* 41(1): 1-36.

MINISTERIO DE SALUD

- 2002 Lineamientos de política sectorial para el período 2002-2012 y principios fundamentales para el Plan Estratégico Sectorial del Quinquenio Agosto 2001-Julio 2006. Versión preliminar. Enero. En: www.minsa.gob.pe
- 1996 "Un Sector Salud con equidad, eficiencia y calidad". *Lineamientos de Política de Salud 1995-2000*. Lima: MINSA, enero.

MINISTERIO DE SALUD / MACROCONSULT S.A.

- 1998 Evaluación de los Procedimientos de Programación y Presupuesto de las Regiones y Subregiones de Salud. Convenio USAID-Perú. Lima: MINSA, marzo.
- 1997 *Análisis del Gasto Público en salud*. Convenio USAID-Perú. Lima: MINSA.

MINISTERIO DE SALUD / ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

- 1999 *Equidad en la atención de salud, Perú 1997*. Oficina General de Planificación MINSa, Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud, Organización Panamericana de la Salud. Lima.

MINISTERIO DE SALUD / Proyecto 2000

- 2001 *Reporte de Diseño 1: Requerimiento de información clínica para la reforma del pago hospitalario y presupuestos: pautas experimentales para el Perú*. Proyecto 2000 (MINSa-USAID). Lima, marzo.

MINISTERIO DE SALUD / Proyecto 2000

- 1999 *Lineamientos para el Diseño de Nuevos Mecanismos de Pago para Prestadores Públicos*. Proyecto 2000 (MINSa-USAID) Lima, julio.

MINISTERIO DE SALUD / Proyecto Generación de Capacidades / DFID

- 1998 *Financiamiento del Sector Salud*. Proyecto Generación de Capacidades (MINSa-DFID). Supervisión por el Grupo Técnico Interinstitucional Economía y Gestión del Sector Salud. Lima: MINSa.

MUSGROVE, P.

- 1996a "Public and private roles in health: theory and financing patterns". *World Bank Discussion Paper* n.º 339. Washington, D.C.: World Bank.
- 1996b "Equitable allocation of ceilings on public investment: a general formula and a Brazilian example in the health sector". *Working Paper* n.º 69. Washington, D.C.: World Bank.
- 1995 "Reformas al sector salud en Chile: contexto, lógica y posibles caminos". En: Giaconi J., ed. *La salud en el siglo XXI*. Santiago de Chile: Centro de Estudios Públicos.

NEWHOUSE, J. P., W. G. MANNING y C. N. MORRIS

- 1981 "Some interim results from a controlled trial of cost sharing in health insurance". *New England Journal of Medicine* 305: 1501-1507.

NEW ZEALAND'S MINISTRY OF HEALTH

- 1996 *Healthy New Zealanders: briefing papers for the Ministry of Health 1996*. Wellington: Ministry of Health.

NYONATOR, F. y J. KUTZIN

- 1999 "Health for some? The effects of user fees in the Volta Region of Ghana". *Health Policy and Planning* 14(4): 323-341.

ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO (OIT)

- 1999 *Estudio de casos de esquemas de extensión de cobertura en salud para el sector informal en América Latina*. Santiago de Chile: Centro Latinoamericano de Investigación para Sistemas de Salud (CLAISS).

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

- 2000 *Informe sobre la salud en el mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud*. Capítulos 2 y 6. Ginebra.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

- 1995 "Gasto nacional y financiamiento del Sector Salud en América Latina y El Caribe: desafíos para la década de los noventa". *Serie Salud en el Desarrollo* n.º 3. Washington D.C.: OPS

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD / PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL PERÚ

- 2002 *Proyecciones del financiamiento en salud 2002-2006*. Lima (en imprenta).

OYARZO, C. y S. GALLEGUILLOS

- 1995 "Reforma del sistema de salud chileno: marco conceptual de la propuesta del Fondo Nacional de Salud". *Cuadernos de Economía* 32(95). Santiago de Chile.

PETRERA, Margarita y Luis CORDERO

- 1999 "El aseguramiento público en salud y la elección del proveedor". En: *Pobreza y economía social*. Lima: Instituto Cuánto, agosto.

PORTOCARRERO GRADOS, Augusto

- 2000 *Redistribución del Gasto Público en salud 1995-1998*. Tesis para optar el título de economista. Lima: Universidad Nacional de San Marcos.

PREKER, A. y R. G. A. FEACHEM

- 1995 "Marked mechanism and the health sector in Central and Eastern Europe". *Technical Paper* n.º 293. Washington, D.C.: World Bank.

PREKER, A. *et al.*

- 1990 "Health financing systems in transition: trends in Eastern Europe and Central Asia". *World Bank Technical Paper*. Washington, D.C.: World Bank.

ROBINSON, R. y J. LE GRAND

- 1994 "Evaluating the National Health Service Reforms". *Policy Journals*. Oxford: Transaction Books.

SALINAS, Hugo y Roni LENZ

- 1999 *Las No Reformas de Salud en América Latina. Razones que explican su fracaso*. Santiago de Chile, abril.

SCHIEBER, G. y A. MAEDA

- 1997 "A curnmudgeon's guide to financing health care in developing countries". En: Schieber G, ed. *Innovations in health care financing: proceedings of a World Bank conference, March 10-11, 1997. World Bank Discussion Paper* n.º 365. Washington, DC: World Bank.

SEKHRI FEACHEM, N.

- 2000 "Managed care: the US experience". *Bulletin of the World Health Organization* 78.

STIGLITZ, Joseph

- 1995 "La Economía del Sector Público". Antoni Bosh ed., Barcelona, diciembre.

TANAKA, Martín

- 2001 *Participación popular en políticas sociales. Cuándo puede ser democrática y eficiente y cuándo todo lo contrario*. Consorcio de Investigación Económica y Social / Instituto de Estudios Peruanos. Lima, marzo.

TELYUKOV, Alexander, Kathleen NEVAK y Christopher BROSS

- 2001 *Iniciativa Reforma Sector Salud (LAC RSS). Alternativas de pago a los proveedores para América Latina: Conceptos y estrategias de las partes interesadas*. USAID / OPS / Partnerships for Health Reform / Family Planning Management Development / Data for Decision Making. Marzo.

UK DEPARTMENT OF HEALTH

- 1989 *Working for patients*. London: HMSO.
1998 *The new NHS*. London: The Stationery Office.

VAN DE VEN, W. P. *et al.*

- 1994 "Risk adjusted capitation: recent experiences in The Netherlands". *Health Affairs* 13(5): 120-136.

WILLIAMSON, O.

- 1985 *The economic institutions of capitalism*. New York: The Free Press.

WILTON, P. y R. D. SMITH

- 1998 "Primary care reform: a three country comparison of budget holding". *Health Policy* 44(2): 149-166.

WORLD BANK

- 1997 "Argentina, facing the challenge of health insurance reform". *LASHD ESW Report 16402-AR*. Washington, DC: World Bank.

III. ACCESO Y USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS EN EL PERÚ

MANUEL VARGAS GIRÓN¹

Disponibilidad y accesibilidad al medicamento son parámetros que permiten medir la calidad de los servicios de salud y constituyen indicadores sociales de la justicia y la equidad en la distribución de la riqueza de un país (Política de Medicamentos de la Subregión Andina-Cartagena, Colombia, marzo 1993).

1. Introducción

Todos los seres humanos tienen derecho a una adecuada nutrición, vivienda, vestido y servicios de salud. Así lo contemplan la Declaración Universal de los Derechos Humanos y la Constitución Política del Perú. La salud es no sólo un derecho universal sino que constituye, además, un factor fundamental en la lucha contra la pobreza y por el desarrollo de las naciones. Las enfermedades limitan la participación de los individuos en sus comunidades, ya que una persona enferma ve menoscabadas sus posibilidades de conseguir empleo. La correlación directa entre la prevalencia de enfermedades y la disminución del PBI ya ha sido descrita en diversos países, deviniendo la enfermedad en un obstáculo para el desarrollo de los pueblos (Mamdani 1992:2).

En 1975, el Banco Mundial, en el documento Política sobre el Sector Salud, concluyó que las principales causas de las malas condiciones de salud de los países en desarrollo se debían a la desnutrición, las deficientes condiciones sanitarias y la falta de vivienda. En el referido documento igualmente se indicó que si bien el logro de un mejor estado de salud de la población dependía esencialmente de las mejoras a largo plazo en las condiciones económicas, políticas y sociales de los pueblos, las enfermedades e incapacidades originadas por estos factores podían ser controladas con un uso adecuado de medicamentos (World Bank 1975). La Organización Mundial de la Salud, por su parte, en 1988, en sus Lineamientos para el Desarrollo de Políticas Nacionales sobre Medica-

¹ Médico internista, maestro en Ciencias con mención en Farmacología, profesor asociado de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Consultor e investigador en medicamentos.

mentos, afirmó que los medicamentos y las vacunas tienen la capacidad de conferir enormes beneficios de salud cuando se agregan a un suministro de agua segura, condiciones de saneamiento, provisión de educación y nutrición apropiadas (WHO 1988).

Son inconcebibles los sistemas de salud sin medicamentos. Ellos les confieren credibilidad, confianza y eficacia, legitimándolos entre los usuarios. Los medicamentos esenciales², en particular, constituyen herramientas costo/efectivas para luchar contra las enfermedades, al utilizar el máximo potencial farmacéutico para mejorar las condiciones de salud y asegurar avances en el desarrollo de las comunidades. Aún así, amplios sectores de la población, especialmente los más pobres, no tienen acceso a medicamentos eficaces, de buena calidad y bajo costo.

Otro aspecto crucial en el campo de los medicamentos es la calidad del uso, el mismo que involucra la prescripción, dispensación y consumo final de dichos productos. Diversos estudios muestran serias deficiencias en la calidad del desempeño de los agentes prescriptores y dispensadores, así como en los pacientes y consumidores en general. Es frecuente que se receten demasiados medicamentos, en formas farmacéuticas o para indicaciones que no están plenamente justificadas, o que se prescriban medicamentos costosos, cuando existen alternativas más baratas e igualmente efectivas³. La dispensación por lo general no cubre aspectos como las instrucciones a los pacientes para un adecuado uso de los medicamentos y, particularmente en el sector privado, se expenden medicamentos sin receta médica, aun cuando ésta es requerida. La automedicación inadecuada es muy frecuente y existen datos que dan cuenta del abultado consumo de medicamentos por decisión del paciente cuando es necesaria una intervención de prescriptor calificado.

Varios factores contribuyen a esta deficiente calidad en el uso de los medicamentos, siendo los más resaltantes los siguientes: la oferta de medicamentos que

2 "Medicamentos esenciales son aquellos que satisfacen las necesidades del cuidado de la salud de la mayoría de la población; en consecuencia deben hallarse disponibles en todo momento, en cantidades adecuadas y en las formas farmacéuticas que se requieran" (OMS, Lista Modelo de Medicamentos Esenciales, 1995).

3 En 1986, en el Informe ANSSA Perú se afirma acertadamente que "es frecuente observar que mientras por un lado se derrochan recursos en comprar medicamentos caros de utilidad puramente marginal para la solución de problemas de salud, grandes sectores de población no pueden satisfacer la necesidad de medicamentos indispensables para la lucha contra las enfermedades y para la asistencia sanitaria básica. En muchos casos, la falta de medicamentos indispensables representa un obstáculo para la solución de los problemas de salud de la población" (Lidia Carreon, Gary Gereffi, Nelly G. de Llaque, César Peñaranda, Jorge Silva. ANSSA-PERÚ. Análisis del Sector Salud. La Problemática de los Medicamentos en el Perú. Informe Técnico n.º 6, Lima, mayo, 1986).

no sólo incluye medicamentos de probada eficacia y seguridad aceptable sino muchos otros que no tienen eficacia terapéutica comprobada, que resultan innecesarios o que contienen combinaciones irracionales; las prácticas indiscriminadas de mercadeo de los productores y distribuidores sobre los agentes que deciden la demanda (prescriptores, dispensadores y usuarios); la permisiva o deficiente normatividad o el incumplimiento de la misma, y finalmente, pero no por ello menos importante, la mala calidad del registro de medicamentos.

Los gobiernos anteriores todavía han dejado ciertos aspectos intocados y abordado otros de modo inconveniente, de manera tal que aún hay mucho camino por recorrer para hacer que todos accedan a los medicamentos que requieren y hagan buen uso de ellos. La finalidad de este documento es describir la situación de los medicamentos en el Perú, identificando las áreas críticas que deben tomarse en consideración en la formulación de una política de medicamentos que asegure el acceso universal a medicamentos esenciales y que promueva el uso racional de todos los medicamentos. Un aspecto importante es diseñar las estrategias fundamentales que conduzcan a la adopción de dicha política en un proceso abierto a la participación de todos los sectores involucrados.

2. El escenario internacional

Factores que gravitan en el ámbito internacional influyen decisivamente en el rumbo que toman las políticas y legislaciones farmacéuticas nacionales, así como en las posibilidades de mejorar el acceso a medicamentos esenciales y a su uso de buena calidad. Desde hace casi dos décadas, la Organización Mundial de la Salud (OMS) tiene mandatos que se orientan a promover, en los países miembros, políticas de medicamentos que tengan como objetivo central la promoción del uso racional de los medicamentos y el acceso universal a medicamentos esenciales. A partir de 1985, cuando se realizó la reunión de Nairobi (OMS 1986), la OMS ha adoptado una estrategia en medicamentos que la ha llevado a considerar todos aquellos factores que conspiran en contra de los objetivos antes mencionados: oferta, promoción, prescripción y dispensación inapropiadas; calidad subóptima; precios elevados; ausencia de políticas farmacéuticas nacionales y, últimamente, acuerdos comerciales que influyen sobre el acceso a medicamentos esenciales. En 1988, el documento Lineamientos para el Desarrollo de Políticas Nacionales sobre Medicamentos publicado por la OMS estaba precisamente dirigido a asistir a los países miembros en la formulación de sus políticas farmacéuticas nacionales (WHO 1988).

Asimismo, merece especial atención el nuevo Acuerdo sobre Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados al Comercio (ADPIC)⁴ administrado por la Organización Mundial de Comercio (OMC) y que pone en riesgo las posibilidades de acceso a los medicamentos esenciales e influye negativamente en la transferencia de tecnología, en la capacidad de producción local y en los precios de los medicamentos por los abusos a que puede dar lugar la posición monopólica de las empresas farmacéuticas innovadoras⁵. Una muestra de connotación dramática son los tratamientos para personas con VIH/SIDA, cuyos costos al precio que definen las compañías farmacéuticas, no obstante la emisión de la Ley 27450 del 18.05.2001 y el D.S. 236-2001-EF del 21.12.2001, están fuera del alcance de la mayoría⁶. Lo mismo ocurre con otras dolencias que requieren medicamentos que mantienen protección de patentes o que resultan caros por el manejo oligopólico de mercados terapéuticos y/o por el posicionamiento de marcas registradas. Preocupa también lo que puede suceder con nuevos medicamentos que se descubran y que sean considerados esenciales.

El ADPIC ha concitado el interés de todas las naciones del mundo. Los países en desarrollo, particularmente, han buscado una revisión del acuerdo que lleve a su flexibilización. La reunión ministerial de la OMC, en Doha, Qatar, en noviembre del 2001, que contó con la participación de 142 países, fue antecedida por un intenso debate acerca de la necesidad de revisar el ADPIC, con el fin de adaptarlo, que concluyó en una resolución que ha abierto a los países las posibilidades de usar de manera flexible las salvaguardas contenidas en el acuerdo, como son las importaciones paralelas y las licencias obligatorias. Pero lo más importante es que la salud pública se ha ubicado por encima de cualquier otro interés.

La actual ley de patentes vigente en el Perú, vinculada a los acuerdos de la Comunidad Andina de Naciones (CAN), se ha ajustado a las exigencias del ADPIC, pero ha fallado en la formulación de algunas disposiciones sobre las que tenía la facultad de decidir. Las disposiciones pertinentes, por ejemplo, no llegan a favorecer la transferencia de tecnología, con lo que se limitan las posibilidades de desarrollo de la industria farmacéutica en el ámbito local. Se establece que la

- 4 El Acuerdo sobre Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados al Comercio (ADPIC) es administrado por la Organización Mundial de Comercio (OMC), creada en 1994. Todos los países miembros de la OMC deben adaptar sus legislaciones de propiedad intelectual a este acuerdo. Para los países en desarrollo el plazo vence en el 2000. Los países menos desarrollados tienen plazo hasta el 2006 para adaptar sus legislaciones.
- 5 Empresa innovadora es aquella que desarrolla actividades de investigación y desarrollo de nuevas entidades químicas que –en el caso de los medicamentos– tienen propiedades terapéuticas.
- 6 Con la exoneración de aranceles y del IGV, el tratamiento más barato para VIH/SIDA se reduciría a 3,150 dólares al año, lo que significa aproximadamente 2 salarios mínimos vitales mensuales, cifra imposible de sufragar por la gran mayoría de personas que viven con VIH/SIDA. Costo de tratamiento antirretroviral. Colectivo por la Vida, octubre, 2001.

“explotación de la patente” incluye la “importación, junto con la distribución y comercialización del producto”⁷. Diferente es el caso del Brasil, donde la legislación sobre propiedad intelectual señala que si el producto patentado no es producido localmente en un plazo de tres años luego de haberse otorgado la patente, el gobierno puede dar licencia a terceros para que fabriquen localmente el producto. En la Decisión 344 del Grupo Andino se establecía que los medicamentos de la Lista de Medicamentos Esenciales de la OMS estaban exonerados de patentes. Posteriormente, la Decisión 486 (1998) eliminó esta cláusula.

Queda al gobierno peruano utilizar las salvaguardas dispuestas en el ADPIC y en la legislación nacional, así como otras opciones disponibles⁸, a fin de mejorar el acceso a medicamentos esenciales, particularmente para los sectores más pobres de la población⁹. Al respecto, la Organización Mundial de la Salud brinda un importante apoyo, al tener definida una clara función para asistir a los países miembros en sus esfuerzos por salvaguardar la salud pública al momento de aplicar los acuerdos internacionales de comercio¹⁰. El proceso de globalización, incluyendo su componente de armonización, podrá ser beneficioso para todos “sólo cuando la mejora de la salud y el bienestar lleguen a ser objetivos centrales en la formulación de las políticas económicas y en el diseño y manejo del sistema económico internacional” (Woodward *et al.* 2001).

Durante la década de los noventa, las autoridades reguladoras de medicamentos del Grupo Andino (en la actualidad Comunidad Andina de Naciones), con el apoyo de la OMS/OPS desarrollaron una serie de esfuerzos orientados a mejorar las legislaciones y normas del campo farmacéutico en áreas críticas como registro de medicamentos, control de calidad, precios de medicamentos, normas farmacológicas y promoción farmacéutica, entre otras. Lamentablemente, el impacto de estas medidas no fue similar en cada uno de nuestros países. Para el caso del Perú, las propuestas que figuran en los documentos respectivos

- 7 Decisiones 344 y 486 del Acuerdo de Cartagena y Ley de Propiedad Industrial del Perú.
- 8 Las donaciones y los precios diferenciales, aunque no representan estrategias sostenibles de mejoramiento del acceso, pueden ser utilizadas en ciertos casos.
- 9 El libro de Carlos Correa, *Integrando la Salud Pública en la legislación sobre patentes de los países en desarrollo* (South Centre, 2001) es una excelente presentación de todas las opciones que tienen los países desarrollados para que los nuevos acuerdos comerciales no obstaculicen las políticas nacionales encaminadas a lograr el acceso equitativo de los medicamentos esenciales.
- 10 Por ejemplo, las resoluciones WHA 52.19: Estrategia revisada en materia de medicamentos, 24 de mayo, 1999; WHA 53.14 VIH/SIDA: Hacer frente a la epidemia, 20 de mayo, 2000; WHA 54.13: Fortalecimiento de los sistemas de salud en los países en desarrollo, 21 de mayo 2001; WHA 54.11: Estrategia farmacéutica de la OMS, 21 de mayo, 2001, y WHA 54.10: Ampliación de la respuesta al VIH/SIDA, 21 de mayo, 2001.

fueron en su mayoría ignoradas o sólo parcialmente aplicadas¹¹. Sin embargo, algo se ha avanzado colectivamente con respecto al registro de medicamentos esenciales para el área andina. Los países que conforman la CAN han acordado el registro único de aquellos medicamentos esenciales que son comunes en sus listas, y se halla en proceso de elaboración un registro del mismo tipo para los otros medicamentos.

En lo que respecta a la armonización de regulaciones en el campo farmacéutico, existen en la actualidad en la región latinoamericana varios procesos que se sobreponen. Por un lado, se tienen las propuestas de la Conferencia Internacional de Armonización¹², liderada por las autoridades reguladoras de Estados Unidos, Japón y la Unión Europea junto con la industria farmacéutica innovadora, cuyas influencias se hacen sentir en los procesos de armonización regional y subregional, y por otro, la Conferencia Panamericana de Armonización de las Regulaciones Farmacéuticas auspiciada por la OPS. Esta última representa un espacio importante donde se están jugando algunos aspectos cruciales en relación con los rasgos futuros del campo farmacéutico en las Américas. Ningún gobierno puede excluirse de estos procesos, y debe verse en ellos la oportunidad para definir políticas que consagren la supremacía de la salud pública sobre cualquier otro interés¹³.

3. La situación farmacéutica en el Perú

3.1. Acceso a medicamentos

Si bien hoy en día aproximadamente 160 países cuentan con listas de medicamentos esenciales¹⁴, aún en muchos de ellos éstos se usan de manera irracional o no son asequibles, disponibles o seguros. Se ha estimado que la tercera parte de la población mundial no tiene acceso sostenido a medicamentos esenciales, incrementándose estas cifras a más del 50% en las regiones más pobres

11 Los documentos que con mayor claridad señalan los caminos a seguir son: Política de Medicamentos de la Subregión Andina, OPS/OMS, Cartagena, Colombia, marzo, 1993, y La Selección de Medicamentos. Políticas de autorización de productos farmacéuticos, Documento de la Reunión de Expertos de la Subregión Andina. OMS / OPS, diciembre, 1992, Quito, Ecuador.

12 La International Conference on Harmonization of Technical Requirements for Registration of Pharmaceuticals for Human Use (ICH) fue creada en 1990 y tiene como principal objetivo acelerar los registros de medicamentos a través de la adopción de estándares únicos.

13 La OPS - Washington ha auspiciado dos Conferencias Panamericanas de Armonización de la Regulación Farmacéutica, la última de ellas a fines del 2000.

14 La Organización Mundial de la Salud recomienda que los países miembros establezcan sus Listas de Medicamentos Esenciales (LME), que incluyan todos los medicamentos necesarios para enfrentar las enfermedades de la población.

de África y Asia (WHO 2000a). En Centroamérica, así como en otros países de América Latina, el 90% de los pacientes con VIH/SIDA no tiene acceso a tratamientos con antirretrovirales ni para enfermedades oportunistas que pueden ser fatales¹⁵. Para el Perú, este porcentaje sube al 98%.

Un estudio realizado en 1996 en 12 regiones del país, reveló que solamente el 45% de los pacientes atendidos en los establecimientos de salud (ES) del MINSA adquirió la totalidad de los medicamentos prescritos, siendo la causa más frecuente de la no adquisición la falta de dinero o la apreciación por parte de los pacientes de que el costo de los medicamentos era muy elevado (Servicio de Medicinas Pro Vida y Proyecto 2000, 1996).

Asimismo, en 1997, la Encuesta Nacional de Niveles de Vida evidenció que únicamente el 50% de los pacientes que estuvieron enfermos pudieron comprar los medicamentos prescritos (los porcentajes variaron de 39% en las áreas rurales a 61% en la zona urbana de Lima) (ENNIV 1997).

El acceso a medicamentos no sólo significa que estos bienes estén oportunamente disponibles en el mercado y en los sistemas de salud, sino que tengan un precio que permita su adquisición por quienes los requieran. La disponibilidad, oportunidad y asequibilidad constituyen los componentes fundamentales del acceso. Sin embargo, amplios sectores de la población peruana no acceden a los medicamentos esenciales, fenómeno que influye en los niveles de morbilidad y mortalidad. Algunos datos refieren que en el año 2000, el 28% de los peruanos enfermos no adquirieron los medicamentos que necesitaban, siendo mayor la falta de medicamentos necesarios en las zonas rurales que en las urbanas. La costa urbana es la que registra las cifras más altas de adquisición (Cortez 2001).

El acceso a medicamentos es un fenómeno condicionado por diversos factores, cuya importancia obedece a las particularidades de cada país. Depende en gran medida de la cobertura de los sistemas de salud. Es obvio que donde no llegan los sistemas de salud, tampoco llegan los medicamentos y las poblaciones utilizan otras estrategias para enfrentar las enfermedades. En el Perú, "en las siete provincias donde reside el 50% de la población del país, 40% de los habitantes no tienen acceso a los servicios de salud. En las 187 provincias que albergan al restante 50% de la población, el 70% de las personas no tienen acceso a los servicios ante la presencia de enfermedades" (FONCODES 2000).

15 E-Drug: "No free fluconazole for Central America" says Pfizer. Abril 13, 2000; News from Agua Buena. Citado en Roberto López L. "La lucha por el acceso a medicamentos esenciales", Acción Internacional para la Salud, Oficina de Coordinación AIS LAC, Lima, Perú, julio, 2000.

Otros factores que influyen en el acceso a medicamentos, con diferente grado de importancia, son las características del mercado de medicamentos, la fijación de precios y la capacidad adquisitiva de la población; los sistemas de suministro de medicamentos tanto en el sector público como privado; la legislación y regulaciones nacionales, y finalmente, los tratados internacionales.

En el Perú, donde la mayoría de la población no está protegida por algún sistema de salud, la capacidad adquisitiva es decisiva para obtener atención sanitaria, y particularmente para recibir los medicamentos que se requieran. La pobreza ha pasado de 42.7% en 1997 a 54.1% en el año 2000 (INEI, IRD y CIES 2001), con un crecimiento absoluto del número de pobres de dos millones de personas. En el año 2000, la incidencia de la pobreza extrema se ubica en 14.8% (INEI, IRD y CIES 2001), lo que significa más de tres millones de personas. En esta situación, millones de peruanos no pueden acceder a los beneficios de una atención sanitaria de calidad. En 1996, antes del proceso recesivo actual, el 65% de pacientes que requerían atención no la demandaron por falta de recursos (ENAHO 1996)¹⁶. Los ajustes en la economía aumentaron el desempleo y los ciclos recesivos excluyeron a más amplios sectores de la población que vieron más difícil el acceso a los bienes básicos.

De otro lado, el valor del mercado privado de medicamentos ha mostrado una clara tendencia al crecimiento (Cuadro 1, Gráficos 1 y 2). De 126.1 millones de dólares en 1977 pasó a un poco más de 457 millones de ventas anuales en 1997, lo que significa un crecimiento del 245.3%, bajando luego en el 2000 a 314 millones de dólares. En general, en todo el período el crecimiento en valores fue de 149%; sin embargo, las unidades consumidas en el 2000 representaron sólo el 40% de las consumidas en 1977. El valor promedio de cada unidad vendida pasó de 0.93 dólares en 1977 a 5.40 dólares en el 2000 (Gráfico 3). Ello significa que el crecimiento del mercado se ha realizado sobre la base del aumento del precio de los medicamentos, lo que resulta finalmente en la exclusión de mayores segmentos de población.

16 Citado por Oscar Ugarte en "Reforma de Salud: ¿equidad o ajuste?". Revista *QueHacer* n.º 112, marzo-abril, 1998. Lima: DESCO.

Cuadro 1
Mercado farmacéutico en el Perú 1977-2000

Año	Valores (miles de US\$)	Unidades (miles)	Precio Unitario (US\$)	Valores per cápita	Unidades per cápita	IPC (US\$) '77	Valores per cápita (US\$) '77
1977	126,129	134,282	0.94	7.89	8.40	100.00	7.89
1978	109,933	119,498	0.92	6.70	7.28	109.82	6.10
1979	124,289	129,742	0.96	7.38	7.70	125.98	5.86
1980	175,779	168,260	1.04	10.16	9.73	141.69	7.17
1981	174,080	140,204	1.24	9.80	7.90	149.24	6.57
1982	159,501	126,787	1.26	8.75	6.96	151.81	5.76
1983	145,100	117,552	1.25	7.82	6.28	154.53	5.06
1984	144,368	105,344	1.37	7.52	5.49	156.34	4.81
1985	117,286	113,048	1.04	5.97	5.76	156.50	3.81
1986	189,236	152,634	1.24	9.44	7.61	150.60	6.27
1987	207,611	162,533	1.27	10.00	7.90	157.40	6.35
1988	149,923	157,226	0.95	7.00	7.40	164.65	4.25
1989	134,189	112,228	1.19	6.32	5.29	170.69	3.70
1990	245,804	108,090	2.27	11.37	5.00	179.31	6.34
1991	231,281	92,897	2.48	10.51	4.22	175.08	6.00
1992	250,337	88,482	2.82	11.17	3.95	177.64	6.29
1993	251,950	87,793	2.86	11.09	3.86	179.15	6.19
1994	349,039	94,684	3.68	15.10	4.09	184.14	8.20
1995	438,692	99,485	4.40	18.66	4.23	189.88	9.83
1996	435,529	89,398	4.87	18.22	3.74	194.56	9.36
1997	457,477	86,755	5.27	18.74	3.55	191.39	9.79
1998	420,325	75,379	5.57	16.94	3.03	185.35	9.14
1999	324,000	65,000	4.98	12.85	2.57	190.35	6.75
2000	314,360	58,129	5.40	12.23	2.26	196.81	6.21

Fuente: International Marketing Service, Perú: Mercado Farmacéutico, 1977-2000; Instituto Nacional de Estadística, Banco Central de Reserva, Lima.

Gráfico 1
Evolución del número de unidades y valores en el mercado farmacéutico peruano 1977-2000

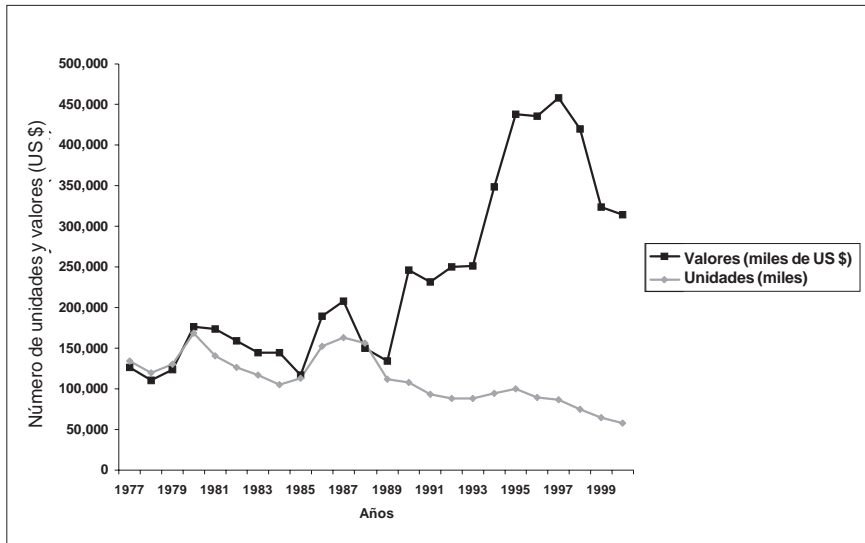


Gráfico 2
Evolución del número de unidades y valores per cápita y valores per cápita reales (US \$) en el mercado farmacéutico peruano 1977-2000

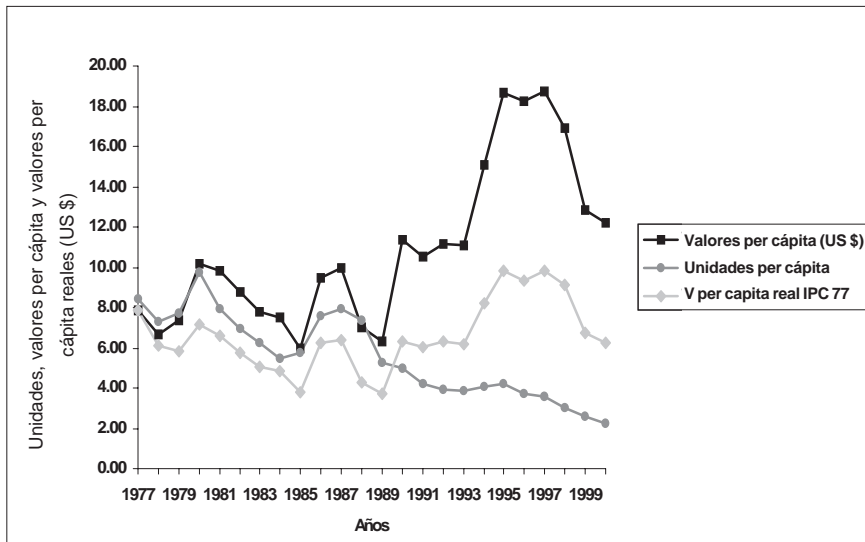
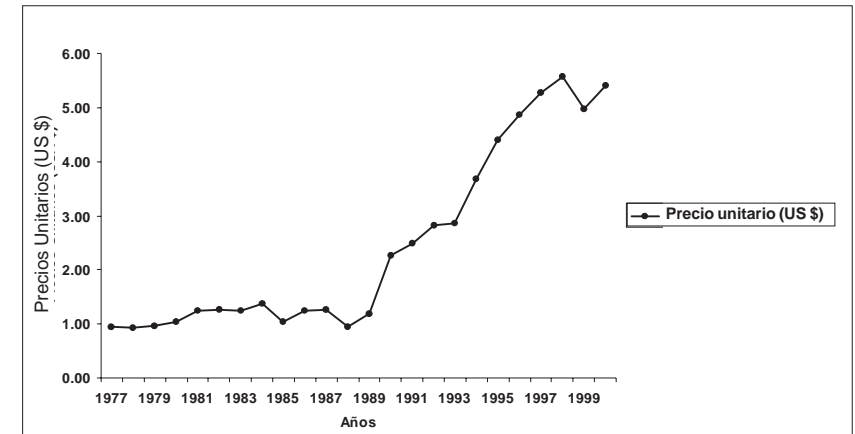


Gráfico 3
Evolución de los precios unitarios promedio en el mercado farmacéutico peruano 1977-2000



Es importante resaltar que en la década de los noventa se produjeron dos hechos que influyeron en gran medida sobre el mercado de medicamentos y en las posibilidades de acceso de las mayorías nacionales. El primero de ellos fue la desregulación de los precios de los medicamentos y la liberalización del mercado farmacéutico.

A partir de 1990 se eliminan los controles y los precios se definen por el juego de la oferta y la demanda. Durante el gobierno de Acción Popular se dio un mecanismo de control de precios de los medicamentos a través del Ministerio de Industrias, Turismo e Integración cuando se trataba de productos farmacéuticos e insumos localmente producidos, y por intermedio del Ministerio de Salud para productos farmacéuticos acabados e importados al país. Al final de esa administración se contó con una fórmula que guiaba el incremento de los precios de los medicamentos sobre la base de que entre el 45% y el 60% del costo de producción estaba representado por los costos de los insumos importados¹⁷. La industria farmacéutica peruana siempre ha dependido de la importación de los insumos de los principios activos, lo que se prestaba a una exageración de los precios de

17 La fórmula que se utilizó fue la siguiente: $P_t = P_o (0.4d + 0.6i)$

$$P_t = P_o + 0.9/100$$

Donde: P_t = precio reajustado; P_o = precio antes del reajuste; d = porcentaje de devaluación del sol con respecto al dólar norteamericano, usando la tasa oficial de cambio; i = porcentaje de inflación, basado en el Índice de Precios al Consumidor para Lima Metropolitana.

importación¹⁸. Por esta razón, en los ochenta los mecanismos de control de precios, además de la devaluación de la moneda y la tasa de inflación, tuvieron en cuenta este factor.

Durante el gobierno del APRA se controló el precio de los medicamentos a través de la fijación de precios máximos a los insumos importados (López 1987). Este mecanismo de regulación, aunque imperfecto, influyó en la disminución de los precios de los insumos y por lo tanto de los precios finales al consumidor¹⁹. Durante la década de los noventa e incluso hasta hoy en día, los precios de los medicamentos han ido fluctuado de acuerdo a las condiciones del mercado. El contar con submercados terapéuticos con dinámicas oligopólicas o monopólicas^{20, 21} hizo que se impusieran precios de acuerdo a lo que podía soportar la demanda. Sin embargo, no se conoce con claridad la estructura real de los precios de los medicamentos, lo que hubiera permitido establecer su relación con los costos de producción.

El mercado farmacéutico tiene evidentes características monopólicas y oligopólicas, particularmente en los submercados terapéuticos (como los de los productos hormonales, antirreumáticos, “antivirales”, antiulcerosos, antihipertensivos, etc.). En este caso, la falta de competencia tiene que ver no sólo con la aparente insustituibilidad de los medicamentos²², sino también con las barreras que se imponen en los submercados terapéuticos para el ingreso de nuevos competidores. Además de requerirse un cierto nivel de tecnología, muchos medicamentos gozan también de protección de patentes, lo que les da la exclusividad de la producción y venta. En submercados terapéuticos altamente innovadores, la competencia es prácticamente nula. Asimismo, el posicionamiento de marcas registradas (de medicamentos con patente o sin ella) se acompaña de intensas

18 “Los precios diferenciales de drogas intermedias (insumos de principios activos) son un problema específicamente relacionado al comportamiento de las compañías transnacionales. Los precios de transferencia son aquellos precios establecidos para las ventas intrafirma, entre las subsidiarias de compañías transnacionales ubicadas en diferentes países” (Gereffi 1983).

19 “Los precios máximos se fijaban sobre la base del promedio ponderado de los precios que se habían pagado por el mismo insumo en los cinco años anteriores, eliminando los precios extremos”. Los precios máximos de importación se llegaron a bajar hasta en 450% (López 1987).

20 Aquí no sólo actúan las cuestiones relativas a las patentes de invención, sino también los derechos de exclusividad de marcas registradas y las prácticas de mercadeo de las empresas farmacéuticas.

21 En 1985, las 20 compañías mayores acaparaban el 55% del mercado total de medicamentos; las mismas captaban el 56% de las ventas de productos éticos y el 91% de las ventas de medicamentos de libre venta (International Marketing Service, Perú: Mercado farmacéutico, mayo 1985).

22 La “insustituibilidad” de un medicamento es una noción que ha sido comunicada y reforzada por los productores y distribuidores, más allá del hecho de que pudiese existir una sustancia realmente única no sólo en el mercado, sino con efectos terapéuticos y rango de seguridad que no lo tiene otra (Hulshof 1988).

campañas de marketing sobre quienes deciden la demanda (prescriptores, dispensadores y público en general) concentrando considerables segmentos de ventas.

El otro hecho de particular importancia que influyó en el acceso a los medicamentos fue la desregulación del registro sanitario como componente de la “liberalización” de la economía. El modelo que se empezó a aplicar exigía eliminar las condiciones que se requerían hasta ese entonces para el registro de los medicamentos. En virtud del D.L. 25596, el Perú empezó a convertirse en un país donde se puede registrar casi cualquier producto farmacéutico con presuntos fines medicinales, sin importar que no haya demostrado eficacia terapéutica o seguridad, que contenga combinaciones irracionales o que sea innecesario para el país. Con esta medida se amplió el número de productos farmacéuticos registrados sin que ello haya conducido al mejoramiento del acceso a medicamentos, particularmente entre los más pobres. Se impusieron más cargas administrativas al organismo regulador y se le restó posibilidades de desarrollar sus funciones (el control de calidad, por ejemplo) en un mercado cuyas exigencias sobrepasaban los recursos con que contaba. De un poco menos de 200 registros anuales efectuados a finales de la década de los ochenta, se pasó a más de mil en los noventa, llegándose a registrar hasta más de dos mil productos anuales.

3.1.1. Promoción de productos genéricos

Como una forma de alentar el consumo de productos genéricos en el área de los medicamentos, en la década de los noventa el gobierno emitió el D.S. 020-90-SA, que establecía la obligatoriedad de la prescripción en nombre genérico. Posteriormente se promulgó una Resolución Viceministerial (que aprobaba la Directiva 001-91-DGMID), que definía las normas de comercialización de los medicamentos genéricos como una forma de facilitar su registro sanitario y contrarrestar los manejos monopólicos u oligopólicos²³. Los medicamentos genéricos usualmente más baratos, además de promover la competencia en el mercado, representan una alternativa eficiente para mejorar el acceso a los medicamentos, particularmente a los medicamentos esenciales²⁴. La considerable disminución de los precios de un medicamento cuando se introducen versiones genéricas es un hecho probado. Los precios bajan mucho más cuanto más versiones

24 En los Estados Unidos, la venta de medicamentos genéricos creció de 3,270 millones en el año 1989 a 11,700 millones en 1997 (PROVIDA, Revista de Salud y Medicamentos, Año 12, n.º 46, julio, 1999).

23 Seguimos aquí la definición de Graham Dukes (1977): “cualquier sustancia terapéuticamente activa, no protegida por ningún tipo de patente (ni de producto ni de proceso), lo que significa que cualquier fabricante está habilitado para fabricarlo”.

genéricas se introducen en el mercado²⁵. Un estudio realizado en el Perú en abril del 2001, encontró que los precios de los medicamentos de las marcas innovadoras eran entre 2.7 a 9.8 veces el precio de los medicamentos genéricos más baratos del mercado (ver Cuadro 2).

Los medicamentos genéricos han experimentado un enorme crecimiento que ha alentado a muchas compañías innovadoras a entrar en este submercado. Algunas de ellas han creado subsidiarias que se encargan de su producción; otras han comprado empresas que los producen y distribuyen, e inclusive se ha dado el caso de otras que han llegado a acuerdos con otras empresas para la producción de versiones genéricas de sus marcas innovadoras (Penny y Young 1996). Se había estimado que para el 2000, el valor de los medicamentos genéricos comercializados representaría el 16% del mercado farmacéutico en los Estados Unidos, el 40% en Alemania y el 24% en el Reino Unido (Peny y Young 1996). Graham Dukes (1977) afirmó: “estamos llegando a una situación en la que las sustancias medicinales disponibles en forma genérica podrán cubrir, a finales de este siglo, prácticamente todas las necesidades de la prescripción médica, así como toda la automedicación. Sin embargo, la medida en la que estos medicamentos de larga tradición sean utilizados de forma efectiva y económica, en lugar de las especialidades de marca caras, dependerá de una serie de conflictos políticos, normativos y comerciales cuyo resultado final todavía no se puede predecir”.

Está comprobado que quienes compran medicamentos en el sector privado pagan más que aquellos que los compran en los establecimientos del sector público. Considerando una muestra de 12 medicamentos esenciales, un estudio reveló que en el sector privado se cobraba por el mismo medicamento hasta 548% más que en el sector público (Farmacia de la DIGEMID). Llama la atención “la gran diferencia de precios de tres medicamentos idénticos –producidos por el mismo laboratorio, en igual forma farmacéutica y concentración– Prurisul (sulfametoxazol + trimetoprima) de Laboratorios Chile, Oprax (omeprazol) de Farminindustria y gentamicina genérica de Laboratorios Vitrofarma que en el sector privado cuestan 1,371%, 469% y 319% más, respectivamente, que en el sector público” (Boletín AIS-Perú 2001).

Razones de eficiencia y equidad justifican la intervención del Estado en el mercado farmacéutico. En las últimas décadas, los países de América Latina se están moviendo entre diferentes posibilidades de fijación de precios de los

25 “En los Estados Unidos, por ejemplo, la rebaja del precio para Lopid (gemfibrozil) pasó del 21% con el primer competidor genérico al 55% cuando hubo ocho competidores en el mercado... Cuando expiró la patente de Capoten (captopril), entraron al mercado más de diez genéricos a rebajas hasta del 90%” (Peny y Young 1996).

Cuadro 2
Precios al por menor, por unidad, de 10 medicamentos esenciales
seleccionados en abril de 2001 (valores en nuevos soles)

Medicamento		Lima - Perú		%
Amoxicilina 500 mg cap	1	Amoxil / SmithKline Beecham	1.9	100.00
	2	Amoxidin / Medifarma	0.6	32.86
	3	Amoxicilina / L Chile	0.3	18.28
	4	Amoxicilina / Farminindustria	0.4	22.15
Captopril 25 mg tab	1	Capoten / Bristol-Myers Squibb	2.1	100.00
	2	Caposan / Sanitas	0.5	25.06
	3	Captopril / Sanitas LCG	0.3	14.32
	4	Captopril / Gen-Far	0.4	19.32
Ceftriaxona 1 g iny	1	Rocephin / Roche	79.8	100.00
	2	Cefalogen / Refasa	52.2	65.49
	3	Ceftriaxona / Marfan	28.6	35.84
	4	Ceftriaxona / Farminindustria	32.1	40.27
Ciprofloxacino 500 mg tab	1	Ciproxina / Bayer	13.5	100.00
	2	Cinaflo / Farminindustria	6.6	48.91
	3	Ciprofloxacino / Marfan	1.2	9.08
	4	Ciprofloxacino / Gen-Far	1.8	13.36
Doxiciclina 100 mg cap	1	Vibramicina / Pfizer	4.2	100.00
	2	Doxibiot / Sanitas LCG	1.1	25.00
	3	No hay	-	-
	4	No hay	-	-
Fluconazol 150 mg cap	1	Diflucan / Pfizer	49.1	100.00
	2	Mutum / Tecnofarma	23.7	48.20
	3	Fluconazol / Marfan	10.9	22.30
	4	Fluconazol / Sanitas LCG	12.4	25.18
Gentamicina 80 mg/2 ml iny	1	Gentilyn / Schering Plough	20.5	100.00
	2	Gentabiotic / Sanitas LCG	3.2	15.52
	3	Gentamicina / Marfan	2.1	10.28
	4	No hay	-	-
Ibuprofeno 400 mg tab	1	Motrin / Upjohn	1.6	100.00
	2	Blockten / Sanitas	0.8	49.64
	3	Ibuprofeno / Gen-Far	0.3	16.83
	4	No hay	-	-
Omeprazol 20 mg cap	1	Losec / Zeneca	7.8	100.00
	2	Omepral / Medco	3.7	46.97
	3	Omeprazol / Gen-Far	1.3	16.71
	4	No hay	-	-
Sulfametoxazol / trime- Toprima 800/160 mg tab	1	Bactrim Forte / Roche	2.5	100.00
	2	Trimesulfín / Farbioquimsa	1.6	61.11
	3	SMT+TMP / Marfan	0.4	15.69
	4	No hay	-	-

Fuente: AIS, Boletín AIS PERÚ, Año 2, n.º 3 / junio, 2001, Lima.

1: Marca innovadora; 2: Marca de menor precio; 3: Genérico de menor precio; 4: Genérico de mayor precio.

medicamentos ya que no son “bienes comunes y corrientes, sino que están ligados a aspectos de salud pública” (Zerda 1995). Muchos países han abandonado el control total de los precios de los medicamentos y algunos se han desplazado hacia la irrestricta libertad de precios donde el mercado –con las particulares características del mercado farmacéutico– establece los niveles de precios. Este es el caso del Perú. Otros países tienen experiencia de sistemas “intermedios” para la fijación de los precios de los medicamentos que abre dos opciones: la primera con una parte del mercado de medicamentos bajo control del gobierno, mientras que la otra se rige por el libre mercado; y la segunda en la que los productores fijan los precios de los medicamentos, pero es el Estado quien vigila dicha fijación para evitar precios e incrementos no justificados (Zerda 1995). La intervención del Estado debe estar dirigida a evitar que las imperfecciones del mercado farmacéutico atenten contra la eficiencia de los sistemas de salud, sean públicos o privados²⁶.

Se plantea la necesidad de que el gobierno defina la forma más conveniente de controlar los precios, regule el mercado de medicamentos y promueva la competencia con el fin de asegurar el cumplimiento de los objetivos de las políticas de salud (Madrid *et al.* 1998, Velásquez *et al.* 1998). Se observa que en los países donde desaparecen los controles de precios y la regulación del mercado, persisten los problemas de acceso a los medicamentos y los referentes a la contención de costos. Es necesario que, basándose en las características del país, se establezcan los mecanismos más apropiados para disminuir los precios de los medicamentos. Uno de ellos podría ser el control de los precios de ciertos medicamentos, por ejemplo los de la Lista o Petitorio de Medicamentos Esenciales, y otro, la promoción de la competencia genérica.

3.1.2. Algunas experiencias relacionadas al acceso

Diferentes gobiernos se preocuparon por el acceso a los medicamentos necesarios para la población de menores recursos. En esto el Perú es pionero. En 1959, en virtud de la Ley 13200 se seleccionaron veinte medicamentos “sociales” que se pusieron en los establecimientos públicos de salud de las áreas más pobres a un tercio del precio de los de marca; este esfuerzo fue formalizado en 1962 mediante el D.S. 566, bajo la denominación de Programa de Medicinas Sociales, y fue dirigido a beneficiar a la población indigente. En 1971 se creó el Programa de Medicamentos Básicos, con una mayor cobertura que el anterior y mediante el cual se suministró medicamentos a los establecimientos públicos a menores precios que los del mercado privado (alrededor del 35% en promedio)

26 “Los fracasos del mercado junto con la función clave que los productos farmacéuticos desempeñan en salud, y el precepto que la salud es un derecho social, justifican la intervención estatal en los mercados de medicamentos” (Madrid *et al.* 1998).

(Gereffi 1983). Este programa contó con un “petitorio” que incluía inicialmente 185 principios activos en 265 dosificaciones y formas farmacéuticas (MINSA 1972). En 1982, el gobierno de Acción Popular puso en marcha el Programa de Medicamentos Esenciales con el fin de asegurar el suministro de medicamentos en los primeros niveles de atención.

A principios de la década de los noventa se inician algunas experiencias con miras a superar en parte algunos problemas identificados en los programas anteriores, sobre todo aquellos referidos a la selección, financiamiento, adquisiciones, abastecimiento y uso de medicamentos. Estas experiencias se basaron en el concepto de medicamentos esenciales y en ellas se probaron estrategias para mejorar el suministro y uso de medicamentos. Algunas de estas experiencias fueron:

- ❖ *El Sistema Local de Suministro de Medicamentos Esenciales (SILO-MED)*²⁷. Se desarrolló en los departamentos de Apurímac, Cusco, Ayacucho y Huancavelica. El área de medicamentos del proyecto consideró como lineamientos fundamentales la introducción del concepto de medicamento esencial en correspondencia con la Política Nacional de Medicamentos; el abastecimiento permanente de medicamentos; el desarrollo de experiencias piloto, y la transferencia de experiencias y generación de autonomía (Franco 1994). Al final logró crear un sistema de suministro de medicamentos que garantizaba el abastecimiento oportuno de medicamentos esenciales. Asimismo, se capacitó a los prescriptores en el uso racional del medicamento “llegándose a una efectiva regulación de la demanda bajo un espectro controlado de opciones, sustentado en el cuadro básico de medicamentos esenciales” (Franco 1994: 132).
- ❖ *El Programa de Revitalización de Servicios de Salud (PRORESEP)*²⁸. Creado en 1992 y desarrollado en Chimbote y Lima Este. Se trató de una experiencia piloto que mostró la factibilidad de la gestión de fondos rotatorios para el suministro de fármacos. Otro de sus componentes importantes fue la participación de la comunidad en la gestión de los medicamentos en el ámbito de los centros y puestos de salud.
- ❖ *El Programa de Administración Compartida de Farmacias (PACFARM)*. Tomando como base las experiencias anteriores, este programa permitió

27 La Cooperación Italiana en Salud ejecutó el Programa de Salud Comunitaria en el Trapecio Andino (PSCTA) a través del Movimiento Laico de América Latina (MLAL), en el marco del Acuerdo Intergubernamental de Cooperación Bilateral suscrito entre los gobiernos de las Repúblicas de Italia y Perú.

28 El PRORESEP fue organizado y aplicado en virtud de un convenio entre el Ministerio de Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

mejorar significativamente el abastecimiento de medicamentos en los centros y puestos de salud. El PACFARM se diseñó teniendo como elementos fundamentales “el manejo descentralizado en el ámbito de las direcciones regionales y subregionales de medicamentos, la implementación de fondos rotatorios y la cogestión con la comunidad” (MINSA 2001a). En el transcurso de su aplicación, se avanzó en el manejo descentralizado del abastecimiento de medicamentos, lográndose contar con medicamentos en aquellos centros y puestos de salud ubicados en lugares alejados del territorio nacional. Los fondos rotatorios constituyeron una herramienta fundamental para la sostenibilidad del Programa, registrándose su crecimiento y consolidación. Como consecuencia de este resultado, los fondos rotatorios fueron establecidos con carácter de intangibilidad, lo que aseguraba las adquisiciones de medicamentos para los establecimientos en todo nivel de atención. Sin embargo, evaluaciones diversas revelaron algunas deficiencias como la carencia de una adecuada promoción del uso racional de los medicamentos y la falta de participación de la comunidad salvo en unos pocos lugares, debido principalmente a no contar con efectivos programas de capacitación para que los miembros de la comunidad participaran activamente en la gestión de las farmacias, incluyendo los fondos rotatorios.

Los seguros públicos de salud también han contribuido de manera importante a mejorar el acceso a los medicamentos.

- ◇ *El Seguro Escolar Gratuito (SEG)*. Tiene bajo responsabilidad alrededor de 6.1 millones de personas. Ampara a toda la población entre los 3 y 17 años de edad matriculada en un centro o programa educativo del Estado. El SEG no sólo contempla la consulta médica, exámenes auxiliares y algunas intervenciones quirúrgicas, sino también la provisión gratuita de medicamentos. Ha significado un desembolso fiscal de 85.5 millones en 1999 y de 70.2 millones en el 2000. Las atenciones en 1998 llegaron a 2.5 millones de niños y adolescentes y subieron a 4.1 millones en 1999.
- ◇ *El Seguro Materno Infantil (SMI)*. Fue creado en marzo del 2000, dirigido a la atención de mujeres gestantes, parturientas y puérperas hasta 42 días después del parto; los niños reciben atención gratuita desde el nacimiento hasta los cuatro años. Al igual que el SEG, el SMI también contempla la provisión gratuita de los medicamentos que requieren los pacientes. Hasta inicios del segundo semestre del 2001, el SMI operaba sólo en 13 departamentos y se observó que durante la gestión había diferencias relevantes entre los gastos por paciente de un departamento a otro. Tacna registraba el costo más alto con 267 soles por persona, mientras que “el segundo departamento que más gasta es San Martín con 84 soles” (Cortez 2001).

En el 2001 se ha iniciado un proceso de integración de ambos seguros para evitar la duplicidad de servicios, así como de asignaciones presupuestarias, encaminándose a la provisión de un seguro universal de salud que ampliará el volumen de beneficiarios. Su meta de cobertura llegará a los 14 millones al tercer año de su creación.

3.1.3. Las compras centralizadas

Otra forma de mejorar el acceso a medicamentos son las compras centralizadas que articulan los diferentes sistemas del sector salud. En el pasado se han realizado compras centralizadas, pero éstas han registrado marcadas deficiencias. La Resolución Ministerial 336-2001-SA/DM (publicada en el *Diario Oficial El Peruano* el 30.06.01) dispone la adquisición centralizada de medicamentos para las Direcciones de Salud, hospitales e institutos especializados dependientes del Ministerio de Salud, lo que significa un avance en la tarea de crear mecanismos que permitan disminuir los costos de los tratamientos a través de negociaciones con productores y distribuidores.

3.1.4. Políticas y legislación farmacéuticas

Si se definen las políticas públicas como un conjunto de principios que orientan la toma de decisiones y acciones y que señalan objetivos y estrategias para lograrlos, podemos afirmar que en el Perú no ha habido una política de medicamentos; por lo menos explícita y formal. Lo que ha existido es una conducta del sector que puede ser considerada errática e inmedatista, y que en los últimos años ha mostrado una evidente contradicción entre algunos objetivos y las decisiones normativas y prácticas institucionales. Es más, lo que sucedió con el sector farmacéutico no fue producto de decisiones que se adoptaron en el sector salud, sino en los sectores de economía e industrias, y que tuvieron poca o ninguna consideración de las características particulares de estos bienes.

Hasta la dación de la Ley 26842, Ley General de Salud, en 1997, el Perú tenía una normatividad dispersa en lo que se refiere a medicamentos. El capítulo sobre medicamentos de la mencionada ley, no hace sino consolidar las tendencias que se habían visto en anteriores normas. Por ejemplo, se llega a un registro de medicamentos en el que el Estado renuncia definitivamente a su facultad de evaluar los medicamentos que solicitan registro sanitario²⁹; no se definen meca-

29 La Ley General de Salud establece que podrán obtener registro sanitario los medicamentos que figuran en nueve farmacopeas y que se comercializan en casi todos los mercados del mundo y da plazo de siete días para que la autoridad otorgue el registro. Ante el “silencio administrativo” el registro es otorgado automáticamente. La eficacia y seguridad del producto que busca el registro es sólo fundamentado con una declaración jurada.

nismos de regulación o control de precios; no existe control o regulación de la publicidad y otras prácticas promocionales referidas a los medicamentos³⁰. Por lo demás, luego de casi cuatro años de haber sido aprobada, la Ley General de Salud no termina de ser reglamentada.

Como ha sucedido en otros sectores, las decisiones de política en el área de medicamentos han sido tomadas sin contar con la participación de la sociedad civil, principalmente por dos razones: un manejo autoritario de la administración estatal, donde no se dan canales expeditivos de participación ciudadana que permitan que los diferentes sectores interesados presenten sus planteamientos, observaciones y propuestas, y el hecho de que sean muy pocas las organizaciones de la sociedad civil que están capacitadas para participar como interlocutores calificados en este campo. Los colegios profesionales, particularmente de médicos y farmacéuticos, han tenido en la última década una conducta más bien gremialista³¹ frente a lo que ocurría en el campo de los medicamentos, exhibiendo escasa comprensión de lo que significaba una política de medicamentos, sus objetivos estratégicos y el papel que les tocaba jugar en su formulación.

3.2. Uso de medicamentos

En los últimos cien años se han producido progresos importantes que han llevado a una disminución notable de la mortalidad y a un incremento de la expectativa de vida. El desarrollo cultural de los pueblos, el gran avance científico registrado, el mejoramiento de las condiciones sanitarias y de nutrición y la provisión de medicamentos, especialmente los esenciales, han aportado en forma substancial a estos cambios (WHO 1999, Laporte y Tognoni 1993: 3).

3.2.1. Medicamentos esenciales

Los medicamentos esenciales, concepto introducido en 1975, son aquellos que satisfacen las necesidades de salud de la mayor parte de la población, debiendo, en consecuencia, estar disponibles en todo momento, en las cantidades adecuadas y en las formas farmacéuticas que se requieran (WHO 1995).

30 En el Perú, la regulación sobre promoción de medicamentos se retiró de la responsabilidad del Ministerio de Salud y fue transferida a INDECOPI. No existe control previo de la publicidad farmacéutica; la normatividad sobre la publicidad que se dirige a los profesionales es ambigua e interesada; se registran incoherencias entre la norma para medicamentos OTC (medicamentos de venta sin receta médica) y las otras categorías, y finalmente no se hace referencia a otros aspectos promocionales.

31 Por ejemplo, los farmacéuticos derrocharon muchos esfuerzos para recuperar (sin lograrlo) la exclusividad de la propiedad de las farmacias que les fuera arrebatada mediante el D.S. 0016, dando lugar a la instalación de boticas y a la introducción de redes de establecimientos de expendio de medicamentos. Los médicos, por su parte, se opusieron férreamente a la prescripción en DCI (D.S. 0021) pues, según ellos, atentaba contra su "libertad de prescripción".

Contribuyen al logro de los objetivos de equidad, universalidad y accesibilidad, además de sus propiedades intrínsecas de eficacia, seguridad y calidad, influyendo en el estado de salud de las poblaciones, particularmente en los países más pobres.

- ◇ *Los medicamentos esenciales salvan vidas y alivian el sufrimiento.* Éstos permiten proporcionar tratamientos efectivos para la mayoría de infecciones, incluyendo enfermedades respiratorias, VIH-SIDA, malaria, enfermedades diarreicas, TBC, enfermedades de transmisión sexual, etc. También se cuenta con medicamentos esenciales para tratar enfermedades no transmisibles (hipertensión arterial, diabetes, etc.), con lo que se mejora la calidad de vida de las personas. La mayoría de las principales enfermedades que conducen a malestar permanente, invalidez y muerte prematura, pueden prevenirse, tratarse o al menos aliviarse con medicamentos esenciales costo/efectivos. Los productos farmacéuticos cuidadosamente seleccionados y utilizados de manera adecuada pueden contribuir significativamente a la reducción de la mortalidad en el Perú³².
- ◇ *Los medicamentos esenciales aumentan la credibilidad y efectividad de los sistemas de salud y promueven la demanda de pacientes.* Su disponibilidad incrementa la demanda de pacientes que acuden a los ES donde también pueden beneficiarse de servicios preventivos. La credibilidad en los servicios de salud dependerá de la capacidad de éstos para recuperar a un niño deshidratado con sales de rehidratación oral; mejorar a un anciano con una neumonía adquirida en su comunidad con un tratamiento de penicilina, o aliviar con un simple ungüento una irritación de la piel. Los medicamentos esenciales aumentan la confianza y la participación de los individuos en los servicios de salud. Cuando no hay ME las condiciones de salud decaen, pues la asistencia a los ES disminuye y los trabajadores de salud no pueden desempeñarse de manera efectiva.
- ◇ *Los medicamentos esenciales incrementan la relación costo/efectividad del gasto farmacéutico.* Se conoce que los países en desarrollo gastan entre el 30% y 40% del total del gasto sanitario en medicamentos (Bapna et al. 1996). En el Perú dicho gasto representa el 32%, correspondiendo a 62% la compra de medicamentos del gasto total en salud de las familias (Cortez 2001). Concentrando el gasto farmacéutico en ME, se pueden disminuir las asignaciones a medicamentos sin afectar la efectividad de los sistemas de salud (WHO 2000a).

La OMS ha señalado que *el concepto de medicamento esencial* constituye una aproximación muy pragmática para proveer los más modernos cuidados de salud, basados en la evidencia y costo/efectividad. *No excluye a los otros medicamentos sino que busca focalizar las decisiones terapéuticas*, la capacitación profesional, la información pública y los recursos financieros en aquellos medicamentos que representan el mejor balance de calidad, seguridad, eficacia y costo para una determinada condición de salud. *Es un concepto global* porque todos los sistemas de salud, desde los más básicos en los países más pobres hasta los sistemas nacionales de seguros en los países desarrollados, reconocen sus beneficios terapéuticos y económicos. *Es un concepto de avanzada*, porque promueve la necesidad de actualizar periódicamente los medicamentos seleccionados, de acuerdo con las cambiantes necesidades y nuevas opciones terapéuticas, asegurando su calidad y desarrollando constantemente mejores medicamentos para enfermedades emergentes, así como para la lucha contra la resistencia bacteriana (WHO 2000a) que amenaza con regresar a la humanidad a la era pre-antibiótica.

Los objetivos fundamentales de los sistemas de salud (WHO 2000b) en cualquier país son: mejorar la salud de la población, asegurar la transparencia en la asignación financiera a los servicios de salud y responder a las expectativas de las personas no vinculadas con la salud³³. Cuando los medicamentos se hallan disponibles, a precios bajos, son de buena calidad y se usan racionalmente, mejoran la salud de la población. Un adecuado financiamiento, un sistema de seguro público así como una política de promoción de medicamentos esenciales y genéricos hacen que los medicamentos resulten asequibles, contribuyendo a la transparencia del financiamiento en salud. Finalmente, los esfuerzos por asegurar tiempos adecuados de prescripción y dispensación e igual acceso al tratamiento para hombres y mujeres, aseguran el respeto al individuo por parte del sistema de salud.

3.2.2. Uso racional de los medicamentos

En 1985, la Conferencia de Expertos de Nairobi dio inicio a un esfuerzo global para la promoción del uso racional de medicamentos, al establecer que *“el uso racional de medicamentos requiere que los pacientes reciban los medicamentos apropiados a sus necesidades clínicas, a una dosificación que satisfaga sus requerimientos individuales, por un período adecuado de tiempo y al costo más*

³³ Se refiere al respeto a la dignidad, autonomía y confidencialidad de la información de las personas. La sensibilidad no es una medida de cómo el sistema de salud responde a las necesidades de salud, sino de cómo responde a aquellos aspectos no directamente relacionados a la salud, satisfaciendo o no las expectativas de cómo debe ser tratado por los proveedores de la prevención, cuidado o servicios no personales.

bajo para ellos y su comunidad” (WHO 1987). Esta definición, independientemente de su contexto biomédico³⁴, tiene profundas implicancias sobre la salud pública y la economía de los pueblos. Desde el punto de vista de la salud pública, el uso de medicamentos eficaces y costo/efectivos reduce la morbilidad y mortalidad por enfermedades transmisibles y no transmisibles; y desde el punto de vista de la economía, además de contribuir a la disminución de los costos, procura la equidad de los servicios de salud. Sin un uso racional, gran parte del beneficio de una selección, suministro, distribución y manejo eficiente se pierde.

Desde que la OMS definiese en 1985 el uso racional de medicamentos como una de sus estrategias principales para mejorar la gestión de los medicamentos en los países, sobre todo en los más pobres, se han dado una serie de avances que es necesario resaltar:

- ◇ En 1989, una apreciación global de las intervenciones de promoción del uso racional de medicamentos en los países en vías de desarrollo, concluyó que muy pocas de ellas habían sido adecuadamente evaluadas (Laing 1990). Ante esta evidencia, el Programa de Acción de Medicamentos Esenciales de la OMS, la Red Internacional para el Uso Racional de Medicamentos (INRUD) y otras organizaciones dirigieron sus esfuerzos para establecer un *grupo de indicadores que evaluara la calidad del uso de los medicamentos* en los establecimientos de salud (WHO 1993), así como para elaborar un manual de capacitación para mejorar la prescripción (De Vries *et al.* 1994).
- ◇ En 1995, la Conferencia Internacional sobre Políticas Nacionales de Medicamentos realizada en Sydney, Australia, reconoció *la calidad del uso de los medicamentos como uno de los cuatro pilares de una política nacional de medicamentos efectiva*, y a los movimientos de consumidores como actores con un rol muy importante en la promoción del uso racional de medicamentos (Australian Prescriber 1997).
- ◇ En 1997, la Conferencia Internacional sobre la Mejora del Uso de Medicamentos realizada en Chiang Mai, Tailandia (primera conferencia científica mundial dedicada exclusivamente al análisis de las estrategias para mejorar el uso de los medicamentos) concluyó que si bien una

³⁴ Se refiere al uso correcto del medicamento; la indicación apropiada; el medicamento apropiado (eficaz, seguro, conveniente y al más bajo costo para el paciente); en la dosis, vía de administración y duración de tratamiento adecuados; en el paciente adecuado (que no existan contraindicaciones y que la posibilidad de reacciones adversas sea mínima); correcta dispensación (que incluye información apropiada a los pacientes de los medicamentos prescritos) y la adherencia del paciente al tratamiento. Part III, Drug Management Cycle, Use. En: Management Sciences for Health / World Health Organization 1997.

enseñanza adecuada y el acceso a información científicamente válida son requisitos previos para el uso apropiado de los medicamentos, también intervienen otros factores relacionados con una compleja red de conocimientos, actitudes, prácticas e influencias que van más allá del modelo biomédico habitual y que pueden variar ampliamente entre países, grupos profesionales y público en general (OMS 1997).

En resumen, estos avances señalan aspectos significativos con relación al uso racional de los medicamentos que las autoridades o los responsables de la toma de decisiones en los países deben considerar: (1) que no es suficiente realizar campañas de capacitación para mejorar la prescripción, sino que éstas deben ir acompañadas de otras intervenciones que involucren todo el proceso de gestión de medicamentos³⁵ y (2) que para fortalecer el uso racional de los medicamentos es muy importante la participación de los usuarios.

3.2.3. Influencias sobre el uso racional de medicamentos

En países como el nuestro, diferentes factores influyen sobre la calidad del uso de los medicamentos. Revisaremos los más importantes.

a) Políticas de medicamentos esenciales

Desde mediados de la década de los setenta, la OMS, así como otras organizaciones internacionales, han apoyado y promovido políticas nacionales de medicamentos esenciales, dedicando inicialmente lo fundamental del esfuerzo y recursos a la mejora de los sistemas de selección, adquisición y distribución de medicamentos eficaces y seguros. Como lo señalamos anteriormente, el Perú es uno de los países precursores de los programas de medicamentos esenciales, pues a partir de 1959 fueron introducidos en las áreas más pobres del país los llamados medicamentos “sociales”, formalizándose estas acciones en 1962 con la creación del Programa de Medicinas Sociales. Pero es el “Programa de Medicamentos Básicos” del gobierno militar, entre 1971 y 1980, establecido con un perfil de objetivos y alcances que configurarían posteriormente los PNME, el que tuvo como meta mejorar la salud de la población contribuyendo a la reducción de las tasas de morbilidad y mortalidad, e incrementar en todos los servicios públicos de salud del país el abastecimiento de medicamentos básicos para el tratamiento de las enfermedades más frecuentes³⁶. El Programa se basaba en la participación

35 La gestión de medicamentos comprende varios elementos: selección, adquisición, distribución y uso, sistemas de soporte (organización, financiamiento, manejo de información y de recursos humanos) y aspectos relacionados a la política y normas legales.

36 Ministerio de Salud: “Reglamentos y Petitorio Oficial de Medicamentos Básicos”, D.S. 001-67-71-S.A.

de las empresas productoras de medicamentos en el país, a las cuales el gobierno les ofrecía licitaciones en un “mercado estable”, solicitándoles a cambio precios bajos y la presentación de los medicamentos en envases diferenciados. Sin embargo, el programa empezó a debilitarse casi desde su inicio por múltiples razones: se presentaba ante los pacientes y médicos como un sistema paralelo al de los medicamentos de marca que sólo cubría el 20% del consumo por los pacientes; registraba problemas de calidad que afectaban su eficacia; su uso no se promovía de manera eficiente creando una fuerte resistencia a la prescripción por parte del personal médico; mostraba problemas de financiamiento que en más de una oportunidad ocasionaron la suspensión de la producción, y finalmente, presentaba dificultades en el abastecimiento oportuno y en las cantidades suficientes para los servicios de salud (AIS-LAC 1988).

En 1980, el gobierno de Acción Popular cambió este Programa por otro al que denominaron Programa de Medicamentos Esenciales (PME), el mismo que, no obstante que adoptó las recomendaciones de la OMS y desarrolló un Vademécum de Medicamentos Esenciales publicado en 1983, resultó un fracaso casi desde su origen debido a una insuficiente cobertura de los servicios de salud; su restricción al sector público; la ausencia de financiamiento para su sostenibilidad, y la persistencia de los problemas de abastecimiento.

En 1985, el gobierno aprista recibió un PME en estado deplorable, con muy pocos medicamentos esenciales, la mayor parte de ellos usados solamente por el MINSA, el IPSS y los establecimientos de salud de las Fuerzas Armadas y Policiales. En 1986, el Comité Nacional de Alimentos, Medicamentos y Drogas (CONAMAD), con el objetivo de fortalecer el PME, creó el Petitorio Nacional de Medicamentos Básicos y Esenciales (PNMBE), el cual constaba de 21 medicamentos básicos y 47 esenciales, declarando de interés público y nacional su abastecimiento y producción, para lo cual estableció un acuerdo con las empresas farmacéuticas. Éstas se comprometieron a abastecer de medicamentos de buena calidad y bajo precio a todo el país con la condición de que fuesen utilizados exclusivamente por el sector público –MINSA, IPSS y FFAA y policiales– y determinadas parroquias (MINSA 1986). No obstante que el PNMBE fue actualizado en 1987, llegando a incluir 343 principios activos en 525 formas farmacéuticas, la falta de una adecuada promoción entre los prescriptores; los problemas de financiamiento; la grave crisis económica del período, y una reiterada ineficiencia de la capacidad logística no permitió nuevamente un abastecimiento adecuado en los establecimientos de salud, llevando al relanzado PME una vez más al fracaso.

b) Selección y registro de medicamentos. Listas y petitorios de medicamentos esenciales

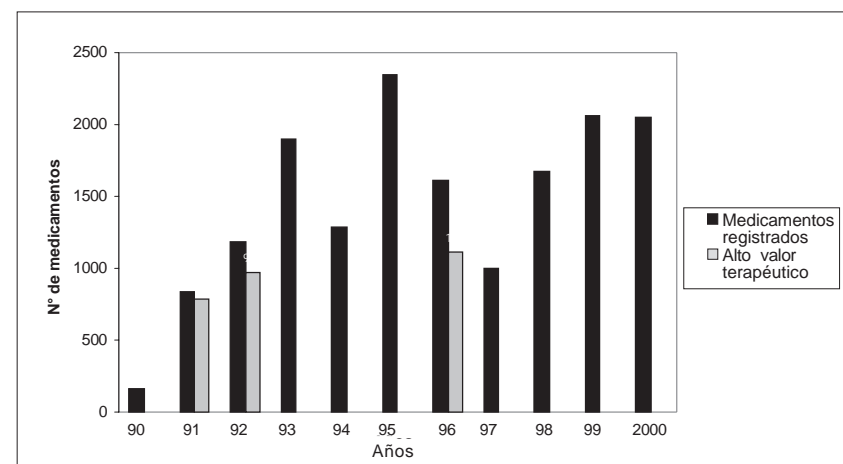
Uno de los elementos fundamentales de cualquier política farmacéutica es la selección de medicamentos y su figura técnico-administrativa: el registro sanitario. Se basa en la potestad que tienen todos los Estados de decidir cuáles son los productos con los que se debe contar en el país (OMS/ Programa de Acción de Medicamentos y Vacunas Esenciales 1993). En el Perú, como se señaló anteriormente, en la práctica no existe selección de medicamentos y tampoco normas farmacológicas que regulen el registro sanitario de medicamentos e insumos. Cruzado (1998) demostró que de los 1,613 medicamentos registrados en 1996, 404 (25%) carecían de valor terapéutico, 343 (23.3%) correspondían a combinaciones a dosis fija, 75% de las cuales no tenían valor terapéutico elevado.

En 1991, mediante las resoluciones ministeriales 0930-90-SA/DM y 0207-91-SA/DM se establecen el Formulario Nacional de Medicamentos, y la Comisión Nacional de Formulario y Registro de Medicamentos, con el objeto de seleccionar los medicamentos necesarios para preservar, mantener, fomentar o recuperar la salud y depurar el registro de aquellos medicamentos considerados ineficaces e inseguros (Gayoso 1992). El establecimiento del Formulario Nacional de Medicamentos representó una estrategia muy importante para promover el uso racional de medicamentos, pero fracasó debido a las tendencias de liberalización del mercado. En 1992, la emisión del D.L. 25596 dejó sin efecto no sólo los objetivos del Formulario de Medicamentos sino a la misma Comisión Nacional de Formulario y Registro.

Con la aparente intención de disminuir el precio al aumentar la oferta de los medicamentos, el gobierno de Fujimori, con la promulgación del D.L. 25596, liberalizó el registro sanitario. A partir de ese momento, cualquier producto farmacéutico que figurase en una farmacopea o fuese comercializado en alrededor de veinte países, independientemente de si era eficaz o necesario, podía ser registrado en el país. Posteriormente, la Ley General de Salud 26842 (Capítulo III) al tomar como referencia para el registro sanitario la sola presencia de los medicamentos en algunas farmacopeas y obligar a un plazo no mayor de siete días para la expedición del Registro Sanitario, en la práctica lo transformó en un "registro automático". En este sentido, la Ley General de Salud desvirtúa la misma esencia del registro sanitario y reafirma la suspensión de la facultad de seleccionar los medicamentos establecida en el D.L. 25596, uno de los instrumentos más importantes que tienen los organismos de regulación de medicamentos para proteger a los consumidores. Esta normatividad ha significado un incremento del registro de productos farmacéuticos de 163 en 1990 a 2,053 en el año 2000, con un total de 2,500 principios activos que corresponden a 12,890 presentaciones con Registro Sanitario vigente a esa fecha (MINSA/DIGEMID 2000) (Gráfico 4). Si

consideramos que la última Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS cuenta con aproximadamente 350 principios activos para satisfacer las necesidades de salud de la mayoría de la población, el número de principios activos registrados en el país con sus diferentes formas farmacéuticas constituye una cantidad tan grande que dificulta los procesos administrativos y la evaluación eficaz y eficiente del organismo de regulación, como lo demuestran los estudios realizados por Vásquez (1999), Grandes y Olivas (2000) y Cruzado (1998), que ponen en evidencia la significativa cantidad de medicamentos de bajo valor terapéutico registrados en 1991-1993 y en 1996.

Gráfico 4
Evolución del número de medicamentos registrados
Perú 1991-2000



Las listas nacionales de medicamentos esenciales contienen los medicamentos óptimos de elección para el tratamiento de los problemas de salud más frecuentes de una población. Los criterios de inclusión utilizados se basan generalmente en la eficacia, seguridad, necesidad y costo. En el Perú, tanto los Listados de Medicamentos Esenciales (LME) de 1987 y 1992, como la última actualización de 1998 (denominada Petitorio Nacional de Medicamentos Esenciales-PNME)³⁷, que contó con una mayor participación de las Direcciones Regio-

37 El PME del ES o la LNME son elementos esenciales del control de costos. Se espera que los valores para este indicador sean altos. Evaluación Rápida del Manejo de Productos Farmacéuticos: Un Enfoque a Base de Indicadores. Proyecto de Manejo Racional de Productos Farmacéuticos (Programa de Manejo de Medicamentos, Management Sciences for Health), Proyecto de Sostenibilidad de la Salud y Nutrición en América Latina y el Caribe (University Research Corporation) en colaboración técnica con: Programa Regional de Medicamentos Esenciales, Organización Panamericana de la Salud, julio de 1995.

nales y Sub Regionales de Salud, no cumplieron con los objetivos de incrementar la prescripción a partir de éstos. Un estudio realizado por la DIGEMID en 1996 demostró que sólo el 58% de los medicamentos prescritos estaba incluido en la Lista de Nacional de Medicamentos Esenciales; y otro estudio en cinco hospitales de las DISAS de Cajamarca, Junín y Loreto, en el primer trimestre del 2001, reportó que solamente el 67% de los medicamentos prescritos se hallaban en el Petitorio de Medicamentos Hospitalario (PMH) (MINSA/DIGEMID 2001). Este poco éxito en los ES del sector público se ha debido esencialmente al hecho de que no basta con definir una LME, sino que es necesario desarrollar procesos para asegurar su uso, que no comprendan únicamente las tradicionales capacitaciones en prácticas de prescripción dirigidas a los profesionales de la salud, sino que consideren además la educación a los usuarios; los otros componentes del ciclo de medicamentos (como la adquisición y la distribución); el soporte gerencial; el manejo de la información y de los recursos humanos; el financiamiento, y los aspectos normativo legales. Por ejemplo, la R.M. 308-98-SA/DM sólo obligaba a la dispensación y no a la prescripción de los medicamentos del Petitorio en los ES del MINSA.

- ✧ *Prescripción y dispensación.* La *prescripción* es un aspecto muy importante, debido a su papel determinante en el mercado de medicamentos y en las condiciones de uso. La difusión de las guías y formularios terapéuticos han demostrado ser una herramienta eficaz para procurar un uso racional de los medicamentos. Sin embargo, para un cabal éxito deben acompañarse de políticas de apoyo a los medicamentos esenciales y a la prescripción en nombre genérico o Denominación Común Internacional (DCI). En 1997, la Organización Mundial de la Salud, en el documento "Manejo de las Ciencias de la Salud", sostuvo que la utilización del nombre genérico para la prescripción y venta tiene las siguientes ventajas: a) proporciona mayor nivel de información que el nombre de marca y facilita la comercialización de productos de diferentes proveedores, ya sea como productos de marca o genéricos; b) por lo general son de menor costo que los que se venden con nombre comercial; c) la prescripción en nombre genérico facilita la sustitución genérica³⁸ cuando ésta es factible, y d) disminuye la carga económica del rubro medicamentos en los sistemas de salud.

En nuestro país, no obstante que desde 1990, el D.S. 020-90-SA dispuso que todos los prescriptores realizaran sus recetas utilizando la DCI, la resistencia de los médicos influidos de alguna manera por la industria

38 Sustitución genérica, en sentido estricto, es el cambio de un medicamento de marca por uno genérico cuando entre ambos existe equivalencia farmacéutica y bioequivalencia. Las normas nacionales deben definir las condiciones de intercambiabilidad.

farmacéutica; la debilidad del organismo de regulación de medicamentos, y la falta de educación en adecuadas prácticas de prescripción, hicieron de este dispositivo letra muerta, tal como lo demuestra una evaluación en establecimientos de salud realizada por la Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas (MINSA/DIGEMID 1997). En 1996, sólo el 48% de los medicamentos prescritos estaba escrito de acuerdo con su nombre genérico^{39,40}. Asimismo, el referido estudio también reveló que la proporción de antibióticos en prescripciones de consulta externa –un índice muy sensible de medición de la prescripción adecuada– fue del 49%⁴¹, valor muy alto cuando se le compara con el de otros países en vías de desarrollo.

Las buenas prácticas de *dispensación* aseguran que una forma efectiva del medicamento apropiado sea entregada al paciente adecuado, en la dosis y cantidad prescritas, con instrucciones claras y en un envase que mantenga su potencia. Estas prácticas constituyen una parte esencial del uso racional de los medicamentos, puesto que cualquier error en su proceso puede afectar seriamente la salud de los pacientes (Management Sciences for Health / World Health Organization 1997). La Ley General de Salud N° 26842 establece la responsabilidad del químico-farmacéutico con relación a la dispensación y la sustitución genérica (Art. N° 33); sin embargo, esto no se lleva a efecto en forma adecuada por falta de un número suficiente de profesionales en las farmacias y boticas o por una inadecuada práctica, como lo demuestra un estudio realizado en Ica, en el que se encontró que un 68.3% del despacho de antibióticos se realizaba sin la presentación de receta médica, ya sea por autoconsumo o por consulta en el propio establecimiento farmacéutico (Carrizales et al. 1995).

- ✧ *Información y educación.* El acceso a información clínicamente relevante, actualizada, específica para el usuario, independiente, objetiva y no sesgada es esencial para un adecuado uso de los medicamentos. Todos los prescriptores, dispensadores y usuarios de los medicamentos requie-

39 Este indicador permite controlar mejor los costos de los medicamentos en el sistema de atención de salud, porque no se requiere la sustitución genérica. Evaluación Rápida del Manejo de Productos Farmacéuticos: Un Enfoque a Base de Indicadores. *Op. Cit.*

40 En un estudio de indicadores en el sector público en diferentes países se reportó que Guatemala y El Salvador presentaban valores superiores al 70%, Tanzania más del 80% y Zimbabwe más del 95%. Public Sector Drug Use Indicator Studies 1990-1993. Boston University, School of Public Health. International Health – Programa de Medicamentos Esenciales. OMS / INRUD, 1994

41 Los estándares internacionales consideran aceptable hasta un 30% de prescripción de antibióticos en la consulta ambulatoria.

ren información objetiva. Un sistema de salud puede permitir el acceso a medicamentos de muy buena calidad, pero si éstos no se usan adecuadamente pueden producir beneficios intrascendentes o efectos adversos inesperados. Si bien es cierto que el acceso a buena información no garantiza un uso apropiado de los medicamentos, es un requerimiento esencial para el uso racional de los mismos (Management Sciences for Health / World Health Organization 1997). La información y la educación favorecen de manera trascendental el uso racional de medicamentos, puesto que tienen como objetivo el cambio de actitudes y prácticas con relación a la salud y los medicamentos. Están dirigidas esencialmente a mejorar los hábitos de prescripción y dispensación en el ámbito de los trabajadores de la salud, y de uso por parte de los pacientes. Una evaluación realizada en cinco hospitales regionales en junio de 1999 reveló que sólo el 54.8% de los pacientes tenía conocimiento correcto de la dosis del o los medicamentos recetados^{42,43} (MINSAProyecto 2000 1999), poniendo en evidencia deficiencias en la información a los pacientes que muchas veces conducía a un insuficiente compromiso con sus respectivos tratamientos.

En el Perú se han elaborado la Guía Farmacoterapéutica Nacional en 1993 y el Formulario Nacional de Medicamentos Esenciales en el 2000, pero aún se carece de guías de información dirigidas a los pacientes. La experiencia de "Manejo Racional de Medicamentos en Hospitales" dirigida por el Proyecto 2000, en coordinación con la DIGEMID, constituye un proceso integral de capacitación e implementación de todo el ciclo de manejo de medicamentos, en la que además de los esfuerzos por mejorar la selección, prescripción, dispensación y organización de la farmacia, se ha logrado incorporar a los usuarios a un mayor compromiso con el cuidado de la salud (www.minsa.gob.pe/infodigemid/urm).

En el ámbito de las *universidades*, únicamente la Universidad Nacional de Trujillo ha avanzado en la implementación de un curso de Farmacología Clínica a nivel de pre-grado en los estudios de Medicina Humana. Los *colegios profesionales* no han participado en la promoción del uso racional de medicamentos, y tan sólo recientemente el Colegio Médico del Perú ha propuesto la formulación de una Política Nacional de Medica-

mentos que incremente el acceso de medicamentos esenciales y promueva su uso racional (Colegio Médico del Perú 2001) Entre *las instituciones no públicas*, Pro-Vida y Acción Internacional para la Salud (AIS) son las que más persistencia han mostrado en la promoción del uso racional de medicamentos. Pro-Vida se ha dirigido principalmente a estudiantes de Ciencias de la Salud de las universidades, focalizando sus intervenciones en las buenas prácticas de prescripción y en la gestión de botiquines populares. AIS, por su parte, ha promovido el uso racional de medicamentos desde el punto de vista del consumidor, habiendo también realizado actividades educativas con prescriptores, pero de manera muy limitada.

Los Comités Farmacológicos. Cuando éstos funcionan cabalmente, aseguran un uso seguro, efectivo y eficiente de los medicamentos, promoviendo una gestión adecuada a través del desarrollo de políticas y procedimientos para la selección, adquisición y uso por los prescriptores, dispensadores y pacientes. En el Perú, si bien desde el año 2000 los comités farmacológicos han sido integrados a la estructura organizativa de las DISA, Institutos Nacionales de Salud y Hospitales (RM 614 SA/DM), todavía son escasos y cuando ya están constituidos, su funcionamiento es irregular, no cuentan con planes de trabajo y no se hallan integrados al conjunto de la gestión de la DISA, hospital o instituto y carecen de supervisión o asistencia técnica, o ésta resulta insuficiente.

◇ *La calidad de los medicamentos.* Ésta puede verse afectada en el proceso de manufactura, empaque, transporte, condiciones de almacenamiento y debido a otros factores, pudiendo todas estas alteraciones ser de orden acumulativo. La garantía de calidad de los medicamentos es fundamental para un uso seguro y eficaz por los pacientes, y no puede circunscribirse a la parte analítica sino que abarca a todo el proceso de suministro y uso del medicamento (OMS/Programa de Acción de Medicamentos y Vacunas Esenciales 1993). Si un medicamento no cumple con los estándares de calidad, es utilizado con posterioridad a su fecha de expiración o se altera por las malas condiciones de almacenamiento⁴⁴, puede desaparecer o disminuir su efecto terapéutico; dar lugar a reacciones adversas medicamentosas (RAM); desperdiciar los escasos recursos económicos del sistema, y disminuir la credibilidad en los servicios de salud.

42 Este indicador mide de manera indirecta la calidad de la comunicación y la efectividad de la información proporcionada a los pacientes (MINSAProyecto 2000, 2000).

43 En un estudio de indicadores en el sector público en diferentes países se reportó que Indonesia y Nigeria presentaban valores superiores al 80%, Tanzania y Ghana entre 75 y 80%. Public Sector Drug Use Indicator Studies 1990-1993. Boston University, School of Public Health. International Health – Programa de Medicamentos Esenciales, OMS / INRUD,1994.

44 Quality Assurance for Drug Procurement. En: (Management Sciences for Health / World Health Organization 1997: 272)

De esta manera, las estrategias dirigidas a garantizar la calidad de los medicamentos son esenciales para la promoción del uso racional de los mismos. En el Perú existen problemas de calidad en los medicamentos. En el año 2000, la DIGEMID ha reportado que 68 de 272 medicamentos genéricos (25%) en comparación a 130 de 496 (26.2%) de los medicamentos de marca, presentaron observaciones en sus pruebas de calidad (Ingar 2001). No obstante representar porcentajes menores en comparación a los reportes de 1997-1999, el número tan exagerado de productos farmacéuticos como consecuencia del casi inexistente registro sanitario, así como la falta de recursos económicos, no permiten mejorar el control de calidad ni las medidas de fármaco vigilancia post registro. A ello se agrega el hecho de que solamente 7 de 383 laboratorios farmacéuticos se encuentren acreditados en Buenas Prácticas de Manufactura, cuando este requisito es una de las principales garantías de calidad que puede exhibir la industria farmacéutica.

4. Áreas críticas identificadas

En el Perú, las áreas críticas identificadas con relación al acceso y uso racional de medicamentos son, de acuerdo a lo anteriormente señalado, las siguientes:

- ◇ Acceso limitado a medicamentos esenciales, sobre todo para los sectores en pobreza y pobreza extrema.
- ◇ Uso irracional de medicamentos como resultado de una inadecuada prescripción, dispensación y uso.
- ◇ Deficiente control y vigilancia de la calidad de los medicamentos
- ◇ Inadecuada legislación y regulación de medicamentos, así como debilidad del organismo regulador de los mismos.

5. Propuesta para mejorar la situación de los medicamentos en el país

Para mejorar la situación de los medicamentos en el Perú resulta imprescindible que, sobre la base de las áreas críticas identificadas, se formule una Política Nacional de Medicamentos (PNM) articulada a la Política Nacional de Salud (PNS), que introduzca la perspectiva de género, que tome en consideración el contexto de pobreza del país y que incluya la medicina tradicional. Esta PNM deberá contemplar los siguientes objetivos:

- ◇ Garantizar el acceso universal de medicamentos esenciales de buena calidad, y
- ◇ Promover el uso racional de medicamentos.

La PNM debe girar en torno al concepto de medicamento esencial, su función social, así como su impacto en el desarrollo del sistema integrado de salud. Esta política debe ser resultado de una discusión abierta en la que participen todos los agentes involucrados en el campo de los medicamentos, lo que garantizará su legitimidad, facilitando su aplicación exitosa. La PNM debe ser adecuadamente monitoreada de acuerdo con indicadores de las diferentes regiones ajustados a la realidad nacional. Asimismo, debe evaluarse el impacto de su aplicación.

Los componentes de dicha política, los mismos que se señalan a continuación, deben ser desarrollados de manera exhaustiva, tanto en sus contenidos como en sus estrategias específicas de implementación.

5.1. Acceso universal a medicamentos esenciales

5.1.1. Creación del Programa Nacional de Medicamentos Esenciales

El Estado garantizará la disponibilidad y accesibilidad de medicamentos esenciales de buena calidad, propiciando su uso racional en todos los niveles de atención del sector público. Asimismo, creará y pondrá en funcionamiento el PNME, basado en el concepto de medicamento esencial propuesto por la Organización Mundial de la Salud, asumiendo las experiencias, lecciones y herramientas que surgieron de programas similares en el país (petitorios, administración comunitaria, gerencia, etc.).

Para garantizar el éxito del PNME se deberá tomar en consideración los siguientes aspectos:

- ◇ Fortalecer el financiamiento de medicamentos esenciales para los sectores más necesitados de la población (a través de seguros públicos, por ejemplo) y promover la sostenibilidad del sistema de suministro de medicamentos (fondos rotatorios y otros).
- ◇ Afianzar la integración de los sistemas de adquisición de medicamentos del sector público (compras consolidadas o a gran escala que abaraten los costos de los medicamentos).
- ◇ Examinar las posibilidades y conveniencia de establecer impuestos/aranceles diferenciados para los medicamentos esenciales y sus insumos.
- ◇ Mejorar la gestión de todo el proceso de suministro de medicamentos.

- ◇ Integrar en una sola Lista o Petitorio de Medicamentos Esenciales (LME) todos los subsistemas del sector público.
- ◇ Consolidar los procesos de revisión y actualización periódica de la LME (participación de los actores involucrados, información para la toma de decisiones, transparencia en el proceso).
- ◇ Normar la obligatoriedad de la LME en la prescripción y dispensación en el sector público.
- ◇ Establecer mecanismos de información dirigidos a los trabajadores de salud y al público en general acerca de la eficacia y calidad de los ME.

5.1.2. Fortalecimiento de la producción, comercialización y uso de medicamentos genéricos

- ◇ Fomentar la producción de medicamentos genéricos como un mecanismo para promover la competencia en el mercado farmacéutico y disponer de medicamentos de buena calidad y a menor precio.
- ◇ Establecer normas que garanticen la calidad e intercambiabilidad de los medicamentos de fuentes múltiples, reforzando la sustitución genérica.
- ◇ Examinar las opciones que tiene el país dentro de los acuerdos comerciales vigentes para promover la producción y/o comercialización de medicamentos genéricos, particularmente en el caso de tratamientos de alto costo.
- ◇ Creación de mecanismos eficaces para promover el uso de medicamentos genéricos (campañas, educación a los trabajadores de salud y consumidores).
- ◇ Incentivar la producción de medicamentos huérfanos⁴⁵.
- ◇ Apoyo a las organizaciones no gubernamentales que suministran medicamentos esenciales con fines sociales.

5.1.3. Políticas de precios de medicamentos

Estas políticas buscan establecer mecanismos de regulación para disminuir los precios de los medicamentos en el mercado farmacéutico. A este objetivo contribuyen el PNME y los medicamentos genéricos. Otros elementos serían:

- ◇ Crear mecanismos para garantizar la transparencia de la estructura y determinación de los precios de los medicamentos, particularmente de los medicamentos esenciales.

⁴⁵ Medicamentos huérfanos "dícese de los principios activos potenciales en los cuales no existe un interés de parte de los laboratorios productores para su desarrollo como medicamentos, ya que dicho desarrollo no presenta un incentivo económico, a pesar de que pueden satisfacer necesidades de salud" (Arias 1999).

- ◇ Supervisar los precios de los medicamentos para evitar los abusos de posiciones monopólicas o alzas injustificadas.
- ◇ Establecer un sistema de información sobre precios de los medicamentos, tanto en el ámbito nacional como internacional, particularmente de los medicamentos esenciales.
- ◇ Aprovechar las posibilidades de obtener precios diferenciales a través de las negociaciones con las empresas farmacéuticas.
- ◇ Examinar opciones para poner en marcha importaciones paralelas u otorgamiento de licencias obligatorias de medicamentos esenciales, cuando así lo requiera la situación del país.
- ◇ Seleccionar indicadores para supervisar y evaluar la accesibilidad y disponibilidad de los medicamentos y el impacto sobre la calidad de atención de los servicios de salud.

5.2. Promoción del uso racional de medicamentos

Lograr que los medicamentos sean utilizados en forma racional requiere del desarrollo de una serie de acciones sobre los diferentes actores y factores que influyen en la calidad de uso: productores y distribuidores de medicamentos, prescriptores, dispensadores, usuarios, publicidad y otras formas de promoción de medicamentos, normas y regulaciones. La LME es una herramienta fundamental para mejorar la calidad de uso de los medicamentos.

5.2.1. Mejorar la prescripción y dispensación de medicamentos

La prescripción y dispensación de medicamentos puede perfeccionarse a través de las siguientes acciones:

- ◇ Desarrollo y aplicación de guías de tratamientos estandarizados (pautas y protocolos) basados en procesos de consenso y en la LME.
- ◇ Desarrollo y aplicación de buenas prácticas de atención farmacéutica.
- ◇ Capacitación permanente en servicios tomando como base la resolución de problemas.
- ◇ Consolidación de los comités farmacológicos en la selección, revisión y promoción del uso de esquemas terapéuticos con los medicamentos de la LME, así como en la asistencia técnica para la adquisición y vigilancia de la calidad.
- ◇ Promoción de estudios de utilización de medicamentos a través de vinculaciones con universidades, ONG y otras instituciones educativas.
- ◇ Reforzamiento del Centro Nacional de Información de Medicamentos (CENAIM), para convertirlo en el centro de referencia de información de medicamentos más importante del país.

- ◇ Creación de servicios de información de medicamentos en los hospitales para que sean utilizados por los profesionales como primera instancia de referencia sobre el tema.
- ◇ Difusión de información relevante sobre medicamentos registrados entre profesionales y público en general, incluyendo la ficha técnica aprobada por la autoridad de medicamentos.

5.2.2. Educación y capacitación para un uso racional de medicamentos

- ◇ Incorporar el uso racional de medicamentos en la formación de los profesionales de la salud: creación de cursos de Farmacología Clínica y Farmacoepidemiología a nivel de pre-grado y post-grado.
- ◇ Favorecer el uso racional de medicamentos y la automedicación responsable en el público en general.
- ◇ Desarrollar estudios para conocer las percepciones, actitudes y conductas de la población con relación a las dolencias y los medicamentos.

5.2.3. Favorecer la promoción responsable de medicamentos

- ◇ Mejorar las normas referidas a la publicidad y otras prácticas de promoción de medicamentos.
- ◇ Propiciar, con productores y distribuidores de medicamentos, la definición y aplicación de códigos de ética en lo referente a las relaciones entre profesionales y establecimientos de salud.
- ◇ Definir y aplicar medidas reguladoras para controlar la promoción de medicamentos en los establecimientos de salud.
- ◇ Monitorear la promoción farmacéutica.

5.3. Garantizar la calidad de los medicamentos

- ◇ Promoción de normas, estándares, guías, nomenclatura de la OMS y exigencia de la Certificación de Calidad de los Productos Farmacéuticos de la OMS para todos los productos e insumos farmacéuticos importados.
- ◇ Monitoreo del cumplimiento de las Buenas Prácticas de Manufactura y de Almacenamiento. Elaboración de las Buenas Prácticas de Dispensación. Capacitación al personal de vigilancia y control de calidad.
- ◇ Fortalecer la capacidad del Centro de Control de Calidad y de la red de laboratorios oficiales.
- ◇ Difundir los informes sobre calidad de los productos farmacéuticos, como resultado de la vigilancia de la autoridad de medicamentos y otras fuentes calificadas.

5.4. Fortalecer el organismo de regulación y control de medicamentos

Ello significa no sólo asignarle mayores recursos y mejorar el desempeño profesional, sino también dotarlo de facultades y posibilidades de ejercer su función como entidad gubernamental que tiene como misión garantizar que los medicamentos que circulan en el país sean eficaces, asequibles, de buena calidad y que tengan un rango de seguridad aceptable. Para cumplir esta tarea se requiere:

- ◇ Modificar el capítulo de medicamentos de la Ley General de Salud y su reglamento, de manera que se restituya al MINSA la facultad de seleccionar los medicamentos que por razones de eficacia, seguridad, calidad y costo deben estar en el mercado nacional. Asimismo, la nueva legislación deberá facultar al MINSA para que evalúe previamente la publicidad de medicamentos; mejore los criterios de evaluación de todas las formas de promoción farmacéutica; incremente los ingresos por registro de medicamentos, y mejore la categorización de los productos farmacéuticos con propiedades terapéuticas.
- ◇ Establecer normas farmacológicas para el registro sanitario de los productos farmacéuticos.
- ◇ Desarrollar procesos de capacitación de recursos humanos con una definida orientación hacia el desarrollo de la carrera pública en la regulación y control de medicamentos.
- ◇ Proporcionar los recursos financieros que aseguren un adecuado funcionamiento del organismo de regulación y control de medicamentos

6. La implementación de la nueva política nacional de medicamentos

Las propuestas planteadas exigen la formulación de una nueva política de medicamentos, una política de Estado y no sólo sectorial, articulada en la Política de Salud y que comparta con ella el proceso de enunciación. En consecuencia, una política de medicamentos debe ser el resultado de un proceso de legitimación y búsqueda de consenso, compromisos y prioridades en el que participen todos los actores que de una u otra manera están involucrados y comprometidos en el campo de los medicamentos. No se trata de una formulación de política a partir de grupos técnicos vinculados al Poder Legislativo y/o Ejecutivo, sino a través de una amplia participación tanto de representantes del gobierno como de la sociedad civil y otros actores.

La apertura de un nuevo período democrático y el deseo de los nuevos gobernantes de lograr un mejor desempeño de la cosa pública, así como las expectativas de la población en general, son factores que favorecen este proceso (Francke 2001), pero también conspira contra él la debilidad o ausencia de prácticas democráticas que lleven al establecimiento de un consenso. Esto es particularmente crítico en un área como la salud y los medicamentos, donde los intereses de la salud pública deben primar sobre cualquier otro interés (Asamblea Mundial de la Salud 1999). Un aspecto clave es asumir el “principio fundamental del rol social de los medicamentos, por su relación directa con el derecho universal a la salud y al bienestar” (MINSa 2001b).

Existen instrumentos vigentes que pueden ser mejorados en su composición e incluir a todos aquellos entes involucrados en la problemática de la salud y los medicamentos. Uno de ellos es el Consejo Nacional de Salud, que en su creación fue definido como “órgano de concertación y formulación de las políticas del sector salud” (MINSa 2001b), pero también es importante crear consejos regionales de salud que, juntamente con el Consejo Nacional, deben dirigir un proceso de discusiones y recojo de propuestas y puntos de vista con relación a las áreas críticas del campo de los medicamentos. Es importante contar con una instancia de trabajo en los niveles regionales y nacional que esté dedicada al área de medicamentos y que incluya a representantes del Ministerio de Salud y de la sociedad civil, a productores y distribuidores de medicamentos, así como a representantes de organismos internacionales pertinentes.

Teniendo en consideración que lo que ocurre en la salud y los medicamentos está condicionado por diferentes variables que en el lenguaje convencional pertenecen a otros “sectores”, es importante la inclusión de éstos en el proceso de formulación de las políticas respectivas. En este sentido, es esencial la participación de quienes tienen a su cargo la toma de decisiones en el área económica, de industrias y del comercio.

ACCIÓN INTERNACIONAL POR LA SALUD (AIS)-PERÚ

2001 *Precios de medicamentos ¿por qué son diferentes?* Boletín AIS-Perú. Año 2 n.º 3, junio.

ACCIÓN INTERNACIONAL POR LA SALUD

1988 *Medicamentos. Los casos de Bolivia, Brasil, Chile y Perú*. AIS-LAC. Tierra Nueva. 1ª Edición.

ARIAS, Tomás D.

1999 *Glosario de medicamentos: desarrollo, evaluación y uso*. Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C.: OPS.

ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD

1999 *Resolución sobre estrategia en materia de medicamentos*. Ginebra, mayo.

AUSTRALIAN PRESCRIBER

1997 “International conference on national medicinal policies – The way forward”. *Australian Prescriber* 20 (Suppl 1).

BARDALES, C.

2001 “Salud de la Población”. En: *Políticas de Salud 2001-2006, Diagnóstico y Propuesta 5*. Lima: CIES, julio.

BAPNA, J.S., C.D. TRIPATHI y U. TEKUR

1996 “Drug utilisation patterns in the Third World”. *Pharmacoeconomics* 9: 286-294.

CARRIZALES, R., H. QUISPE, M. RETUERTO, B. RÍOS y G. VALLADARES

1995 “Uso de antibióticos en la provincia de Ica”. *Medicamentos y Salud Popular* 8(29): 24-36.

COLEGIO MÉDICO DEL PERÚ

2001 “Hacia una Política Nacional de Medicamentos que incremente el acceso y promueva su uso racional”. En: *Políticas de Salud 2001-2006. Una propuesta para el debate y consenso*. Comité de Salud Pública. Colegio Médico del Perú, abril.

CORREA, CARLOS

2001 *Integrando la salud pública en la legislación sobre patentes de los países en desarrollo*. Ginebra. South Centre.

- CORTEZ, R.
2001 *Desarrollo de una estrategia social para el Perú*. Lima: BID / Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico.
- CRUZADO, Raúl
1998 *Evaluación del valor terapéutico de los medicamentos registrados en el Perú en 1996*. Tesis para optar el título profesional de Químico Farmacéutico, Facultad de Farmacia y Bioquímica, Sección de Postgrado. Universidad Nacional de Trujillo. Trujillo.
- DE VRIES, T.P.G.M., R.H. Henning, H.V. Hogerzeil y, D.A. FRESLE
1994 "Guide to good prescribing". *WHO/DAP/94.11*, Geneva: WHO.
- DUKES, Graham
1977 "Crecimiento y cambio en los mercados de medicamentos genéricos". En: Lobo F. y G. Velásquez, compiladores. *Los medicamentos ante las nuevas realidades económicas*, Madrid: Editorial Civitas S.A.
- FONCODES
2001 Mapa de la pobreza 2000. Lima: *Diario Oficial El Peruano*, 04.06.01.
- FRANCKE, Pedro
2001 "Lineamientos de Políticas en Salud 2001-2006". En: *Políticas de Salud 2001-2006*. Consorcio de Investigación Económica y Social. Lima: CIES, julio.
- FRANCO, G.
1994 *SILOMED: Sistema Local de Suministro de Medicamentos Esenciales*. MLAL-Cooperación Italiana. Lima: Gráfica Bellido, noviembre.
- GAYOSO V., Alberto
1992 "Bases para una política de medicamentos en medicamentos genéricos: Derecho a la vida". *Actas del Simposium Uso racional del medicamento en el Perú*. Lima, octubre, 1990. Programa de Salud Comunitaria en el Trapecio Andino. Lima: Editora-Impresora Amarilis.
- GEREFFI, G.
1983 *The pharmaceutical Industry and dependence in the Third World*. New Jersey: Princeton University Press.
- GRÁNDEZ, O. E. y G. J. OLIVAS
2000 *Análisis Descriptivo de los Productos Farmacéuticos Registrados en el Perú, 1993*. Tesis para optar el Título Profesional de Químico Farmacéutico, Facultad de Farmacia y Bioquímica, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima.
- HULSHOF, J.
1988 *Economía política del sistema de salud*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos / DESCO Centro de Estudios y Promoción del Desarrollo, Lima.
- INGAR, W.
2001 "Calidad de los medicamentos". En el curso: *Uso Racional de Medicamentos en Pediatría*, Instituto Nacional del Niño, Dirección de Inspecciones y Pesquisas. 5 - 6 de julio del 2001. Lima.
- INSTITUTO CUÁNTO
1997 Encuesta Nacional de Niveles de Vida (ENNIV) 1997. Lima.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (INEI)
1986 Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) 1996. Lima: INEI.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (INEI) / INSTITUTO DE INVESTIGACIÓN PARA EL DESARROLLO (IRD) / CONSORCIO DE INVESTIGACIÓN ECONÓMICA Y SOCIAL (CIES)
2001 *Nuevas estimaciones de la pobreza en el Perú, 1997-2000*. Lima, agosto.
- LAING, R. O.
1990 "Rational drug use: an unsolved problem". *Tropical Doctor* 20: 101-103.
- LAPORTE, J. R. y G. TOGNONI
1993 "La contribución de los medicamentos a la salud". En: *Principios de Epidemiología del medicamento*. Ediciones Científicas y Técnicas, S.A. MASSON-SALVAT Medicina, 2a edición.
- LÓPEZ, Roberto
2000 *La lucha por el acceso a medicamentos esenciales*. Acción Internacional para la Salud, Oficina de Coordinación AIS LAC, Lima: AIS, julio.
- LÓPEZ, R. editor
1987 *Medicamentos. Los casos de Bolivia, Brasil, Chile y Perú*. Perú: AIS-LAC.
- LLAQUE de, Nelly G. y A. PAREDES.
1986 "Consumo de medicamentos por niveles de desagregación en Cusco y Cajamarca". ANSSA PERÚ, *Informe Exploratorio n.º 6*, ANSSA PERÚ, mayo.
- MADRID, I., G. VELÁZQUEZ y E. FEFER
1998 *Reforma del Sector Farmacéutico y del Sector Salud en las Américas: una perspectiva económica*. Programa de Acción de Medicamentos Esenciales. Programa Regional de Medicamentos Esenciales y Tecnología. División de

Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. Organización Mundial de la Salud / Organización Panamericana de la Salud. Washington D.C., enero.

MAMDAMI, Masuma

1992 "Early Initiatives in Essentials Drugs Policy". En: *Drugs Policy in Developing Countries*. London and New Jersey: Zed Books Ltd.

MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH / WORLD HEALTH ORGANIZATION

1997 *Managing Drug Supply. The Selection, Procurement, Distribution, and Use of Pharmaceuticals. 2th Edition*. Action Programme on Essential Drugs. Management Sciences for Health / World Health Organization, Connecticut: Kumarian Press.

MINISTERIO DE SALUD

2001a *Evaluación general y propuesta de mejoramiento de la situación de los medicamentos en el país*. Lima: MINSA, julio (documento inédito).

2001b *Por un país saludable. Propuesta de Políticas para la Salud*, julio.

1986 *Acuerdo de Bases sobre Medicamentos Básicos y Esenciales*. D.S. 031-86-SA. 26.09.86. *Diario Oficial El Peruano*, 23.10.86.

1972 *Programa de Medicamentos Básicos*. Lima: MINSA, noviembre.

1971 "Reglamentos y Petitorio Oficial de Medicamentos Básicos", D.S. 001-67-71-SA.

MINISTERIO DE SALUD/Dirección Nacional de Medicamentos Insumos y Drogas (DIGEMID)

2001 *Resultados de la evaluación con indicadores del manejo de medicamentos en hospitales de las DISAS Cajamarca, Junín y Loreto, 1er trimestre 2001*. En: www.minsa.gob.pe/infodigemid/urm

2000 *Formulario Nacional de Medicamentos Esenciales*. Lima: MINSA/DIGEMID.

1997 *Evaluación de la Situación de los Medicamentos en el Perú*. Lima: MINSA/DIGEMID.

VARGAS, M. y D. NELSON.

2000 Módulo de "Evaluación de la gestión de medicamentos en el hospital". En: *Manejo racional de medicamentos en hospitales. Un componente del mejoramiento continuo de la calidad*. Vargas, M., editor. Dirección General de Medicamentos Insumos y Drogas-MINSA, Proyecto 2000-MINSA y Rational Pharmaceutical Management Project, MSH. Lima.

1999 *Evaluación del uso racional de medicamentos mediante indicadores en hospitales del ámbito del Proyecto 2000*. Informe del Proyecto 2000. Lima: MINSA, agosto.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

1997 *Boletín de Medicamentos Esenciales N° 23*. Ginebra: OMS.

1986 *Uso racional de los medicamentos. Informe de la Conferencia de Expertos*, Nairobi, 25-29 de noviembre de 1985. Ginebra: OMS.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD / RED INTERNACIONAL PARA EL USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS (INRUD)

1994 Public Sector Drug Use Indicator Studies 1990-1993. Boston University, School of Public Health. International Health-Programa de Medicamentos Esenciales. OMS/ INRUD.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD/Programa de Acción de Medicamentos y Vacunas Esenciales

1993 *Política de Medicamentos de la Subregión Andina. Seminario Andino sobre Políticas de Medicamentos*. Cartagena, Colombia, 24-26 de marzo, 1993.

PENY, Jean Michel y Robin YOUNG

1996 "Are generic defence strategies worth the effort?". En: *Scrip Magazines*. England, junio.

SERVICIO DE MEDICINAS PRO VIDA / PROYECTO 2000

1996 *Evaluación de Sistemas de Suministro de Medicamentos e Insumos Esenciales*. Análisis Situacional. Resumen Ejecutivo. Lima, Perú.

UGARTE, Oscar

1988 Reforma de Salud: ¿equidad o ajuste? Revista *QueHacer* n.º 112. Marzo-abril. Lima: DESCO.

VÁSQUEZ, L.

1999 *Análisis cuantitativo y cualitativo del registro de medicamentos en el Perú 1991-1992*. Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas. Lima: MINSA.

VELÁSQUEZ, G., Y. MADRID y J. QUICK

1998 "Reforma sanitaria y financiación de los medicamentos. Temas seleccionados". *Serie Economía de la Salud Medicamentos* n.º 6, Organización Mundial de la Salud.

WOODWARD D., N. DRAGER, R. BEAGLEHOLE y D. LIPSON

2001 *Globalization and health: a framework for analysis and action*, Bulletin of the World Health Organization, 2001, 79 (9).

WORLD BANK

1975 *Health Sector Policy Paper*. Washington: World Bank.

WORLD HEALTH ORGANIZATION

2000a *WHO Medicines Strategy: Framework for Action in Essential Drugs and Medicines. Policy 2000-2003*. Geneva: WHO.

2000b *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*. Geneva: WHO.

1999 *The World Health Report 1999. Making a Difference*. Geneva: WHO.

1995 "The Use of Essential Drugs. 6th Report of the Expert Committee". *WHO Technical Report Series* n.º 850. Geneva: WHO.

1993 *How to investigate drug use in health facilities. Selected drug use indicators. Action Programme on Essential Drugs*. Switzerland: WHO.

1988 *Guidelines for developing national drug policies*. Geneva: WHO.

1987 *The rational use of drugs. Report of the Conference of Experts, Nairobi, 25-29 November 1985*. Geneva: WHO.

ZERDA, A.

1995 "Alternativas de políticas de precios de medicamentos en las Américas". *Serie Economía de la Salud y Medicamentos* n.º 1. WHO DAP/95.6.

IV. PARA MEJORAR LA SALUD REPRODUCTIVA

ALFREDO GUZMÁN¹

La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental, y social y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el aparato reproductor y sus funciones y procesos. La salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos, y de procrear y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo y con qué frecuencia (Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo, 1994).

1. Introducción

En el Perú se muere de joven y no de viejo. El 45% de las muertes que ocurren anualmente son en menores de 5 años y cada 8 horas muere una mujer por complicaciones del embarazo, parto y puerperio. La mortalidad infantil y la mortalidad materna², indicadores clásicos del estado social y de salud de un país, son aún sumamente elevadas. Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2000 (ENDES), por cada 1,000 niños que nacen mueren 33 antes de cumplir el primer año, y 185 mujeres mueren por complicaciones del embarazo, parto y puerperio por cada 100 mil nacidos vivos, lo que representa unas 1,258 muertes anuales. Este último indicador, sin embargo, a diferencia de la mortalidad infantil, ha permanecido invariable por varias décadas, y es nuestro más serio problema de salud pública conjuntamente con la desnutrición infantil. Ambos indicadores: mortalidad infantil y materna, al ser promedios nacionales, esconden vergonzosas diferencias regionales.

¹ Médico (UPCH) con maestría en Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins, consultor en salud reproductiva y salud pública.

² De acuerdo a la Décima Clasificación Internacional de Enfermedades, la muerte materna es la muerte de una mujer mientras está embarazada o dentro de los 42 días al término del embarazo, sin tener en cuenta la duración o el sitio del embarazo, o por cualquier causa relacionada o agravada por el embarazo, pero no por causas accidentales o incidentales.

Las cifras de mortalidad infantil y materna muestran la precariedad de nuestro sistema sanitario, ya que el 80% de estas muertes de niños menores de 1 año y mujeres en edad reproductiva ocurren por causas fácilmente prevenibles con medidas básicas de salud, tales como: saneamiento ambiental, provisión de agua limpia, inmunizaciones, adecuada nutrición, control prenatal, atención profesional del parto y planificación familiar. La causa de esta situación reside en que, en el Perú como en otros países en desarrollo, muchas mujeres y niños carecen de acceso a servicios de salud, ya sea por barreras geográficas, económicas o culturales. A ello se agrega, desde el lado de la oferta, una limitada capacidad resolutoria y una poca adecuación cultural por parte de los proveedores. Esto origina, entre otras cosas, que sólo 58% de los partos en el país sean atendidos en establecimientos de salud y por personal calificado, llegando a ser únicamente 24% en el área rural (ENDES 2000).

A este hecho relacionado con los servicios de salud, se agregan problemas de salud y nutrición que afectan a las mujeres y niños. Es así que casi 40% de las gestantes según ENDES 2000 padecen de anemia y 25% de los menores de 5 años sufren desnutrición crónica. La pobreza y la discriminación, especialmente entre las mujeres, contribuyen a agravar este hecho. A esto hay que agregar el riesgo que significa para la maternidad que las mujeres se embaracen muy temprano o muy tarde en su vida reproductiva, que tengan muchos hijos, los tengan muy seguidos, o que no los deseen. Los riesgos son elevados cuando los embarazos ocurren en mujeres menores de 18 o mayores de 35 años, con un intervalo menor de 24 meses, y cuando ocurren más de tres embarazos. En el Perú, según ENDES 2000, cerca de la mitad de los nacimientos (48%) de los últimos cinco años ocurrió en alguna condición de alto riesgo reproductivo y 13% de las adolescentes de 15 a 19 años ya son madres o están embarazadas.

Una de las causas importantes de la mortalidad materna es el aborto clandestino. Cada año, en el mundo, se registran, según estimaciones, 42 millones de embarazos no deseados, 17 millones de abortos provocados en condiciones de riesgo (95% de los cuales ocurre en países en desarrollo) y 99 mil defunciones maternas por esta causa (Population Reports 1999). En el Perú, según un reciente estudio basado en la misma metodología del estudio de Alan Guttmacher de 1991, se producen anualmente 352 mil abortos, lo que significa que 35% de embarazos terminan en un aborto inducido (Ferrando 2002), contribuyendo el aborto clandestino con el 25% de las muertes maternas.

La anticoncepción no sólo es un derecho fundamental de las personas, es decir el derecho a decidir cuándo y cuántos hijos tener, sino que tiene un impacto importante en la salud pública de un país, al ser una medida preventiva en la morbilidad materno-infantil. A pesar de que durante la última década se ha incrementado la proporción de mujeres que usa métodos anticonceptivos, aún

existe una demanda insatisfecha en planificación familiar³, la que según ENDES 2000 es del 10% y que es, en gran parte, para limitar el tamaño de la familia (7%) más que para espaciar los nacimientos (3%). Esta demanda insatisfecha es mayor en el área rural. Según se desprende del análisis de los datos de la ENDES 2000, hay un 25.5% de mujeres en edad fértil sexualmente activas insuficientemente protegidas para un embarazo no deseado⁴. Actualmente, según la ENDES 2000 la prevalencia anticonceptiva entre mujeres unidas en edad fértil (MUEF)⁵ es de 68.9%, siendo el uso de métodos modernos del 50.4%.

Para atender esa demanda insatisfecha no sólo se necesita el acceso a los servicios de planificación familiar, sino que éstos sean de superior calidad, cuenten con una gama variada de métodos anticonceptivos y satisfagan las necesidades de las mujeres, cosa que no está ocurriendo.

Un poco más de la mitad de la población peruana está constituida por menores de 15 años y mujeres en edad reproductiva; por lo tanto, el cuidar de este grupo poblacional es importante para la salud pública del país (Guzmán 2001). Además, el Perú ha ratificado una serie de acuerdos internacionales, entre ellos el Pacto Internacional de Derechos Sociales, Económicos y Culturales (PIDSEC) que obliga a los estados a adoptar medidas deliberadas para la realización expedita de la plena efectividad del derecho a la salud, que incluye la salud reproductiva, materna e infantil⁶. Aunque estos derechos han sido reconocidos en el Perú como derechos humanos, no se ha garantizado hasta el momento su goce y realización. Cuando una mujer muere en su etapa reproductiva es frecuente que deje a hijos pequeños que difícilmente sobreviven sin el cuidado materno, siendo las niñas las más vulnerables. Una muerte materna es una tragedia para las mujeres, las familias y la comunidad. Por ello se ha convertido en el más importante problema de salud no resuelto en el Perú. Siendo la salud reproductiva, en su concepto integral, una estrategia preventiva importante para reducir la mortalidad materna, es necesario que las políticas públicas sean consecuentes con ello, al considerar que ésta es un componente esencial de la política de salud, comprometiéndose el Estado a reforzarlas y darles todo el apoyo requerido para que

³ Se denomina demanda o necesidad insatisfecha al porcentaje de mujeres en edad fértil que no desean tener más hijos o tenerlos después, pero que actualmente no están usando ningún método anticonceptivo; asimismo, a aquéllas cuyo último embarazo no fue deseado o planeado.

⁴ Insuficientemente protegida es aquella mujer que no deseando un embarazo, no usa ningún método, o usa uno tradicional, o está gestando por falla de método.

⁵ Se considera en este grupo a mujeres entre 15 y 49 años en unión legal o consensual.

⁶ El Perú es signatario de una serie de convenciones internacionales donde se defiende el derecho a la salud en especial de la mujer. Además del PIDSEC de 1966, están la Conferencia de Derechos Humanos de Teherán, 1968; la Convención para la eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer, 1982; la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo del Cairo, 1994, y la Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing, 1995.

cumplan su función. Es por esta razón que en este segundo libro sobre Políticas de Salud 2001-2006 se ha considerado importante incluir un capítulo sobre salud reproductiva.

En este capítulo, creemos necesario realizar una revisión de lo que han sido las políticas en salud reproductiva en el Perú a lo largo de los años, desde las primeras consideraciones que fueron más de tipo demográfico. Luego se presentarán los aspectos que estimamos más críticos en el área de salud reproductiva, con énfasis en la mortalidad materna. Finalmente, haremos un esfuerzo para plantear desde nuestra perspectiva algunas propuestas de política que consideramos necesarias. En el caso de la mortalidad materna se requerirá un compromiso nacional para su solución, en el cual el Estado y la sociedad civil, así como la comunidad, articulen esfuerzos para su reducción, al ser una muerte materna no sólo un asunto de salud sino también de injusticia social. Se propone, además, priorizar los esfuerzos en el fortalecimiento de la capacidad resolutoria de un determinado número de hospitales departamentales y establecimientos cabeceras de red, en especial en las zonas de mayor mortalidad, para hacer frente a las emergencias obstétricas, que no obstante su carácter imprevisible, pueden ser solucionadas cuando son identificadas oportunamente y el local de salud cuenta con los recursos necesarios para resolverlas. Será necesario asegurar la atención del parto y el manejo de las complicaciones del aborto por profesionales de salud; mejorar la calidad de los servicios de salud reproductiva promoviéndolos a nivel nacional con oferta integral de servicios en los que se brinde la más amplia gama de métodos anticonceptivos, y además realizar el despistaje de cáncer ginecológico en todos los niveles del sistema de salud. Todas estas acciones deberán ir acompañadas de un enorme esfuerzo en educación y promoción de la salud con participación de la comunidad y sus líderes, en articulación con el sistema de salud y el personal sanitario.

2. Evolución de las políticas: de lo poblacional a los derechos sexuales y reproductivos

2.1. Dinámica poblacional y ausencia de políticas

Se calcula que en el período del imperio incaico podría haber habido con una población que fluctuaba entre 3 y 39 millones (Aramburú 1983). Se hace muy difícil tener una estimación clara por varias razones, una de las cuales sería la delimitación territorial; otra, la posibilidad de calcular la población en aquellos tiempos y, por último, el desconocimiento de los cambios a los que esta población estuvo sujeta como consecuencia de migraciones, guerras, pestes, etc. Pero lo que sí parece claro es que el Estado inca tenía una clara política pronatalista y expansionista.

Es sólo a partir de la conquista y la invasión española que los cronistas comienzan a documentar sobre los territorios conquistados y sus habitantes, pero sin ningún aporte cuantitativo demográfico. Es con las investigaciones de la documentación administrativa española, en especial de las visitas⁷, que se comienza a tener información demográfica (Varillas y Mostajo 1990). La primera visita fue la ordenada por el virrey Toledo en 1570, en la que por razones estrictamente tributarias se censó a todos los indígenas varones de 18 a 50 años, dando una cifra de 1'067,693. Luego, en 1683, el duque de la Palata ordena otra visita en la que incluye a todos aquellos que no fueron considerados antes por no tributar, como son los mestizos, forasteros, yanaconas y esclavos indígenas. Lamentablemente, no se conocieron los resultados finales (Varillas y Mostajo 1990).

Lo que sí es claro, según diferentes fuentes, es que la conquista acarrió una catástrofe demográfica para la población nativa de toda América Latina. En el caso del Perú, de una población estimada en alrededor de 6 millones al inicio de la conquista, quedaron apenas 400 mil nativos según el censo efectuado en 1754 por el virrey conde de Superunda. A ellos habría que agregarles 545 curas, y "un número inaveriguable de mestizos, negros, mulatos y demás castas que son muchos" y la "gente blanca que distinguen con el nombre de Españoles y es bien poca en el Reino". Sin embargo, una estimación sobre este "inaveriguable" número de pobladores del antiguo Perú sugiere que podrían ser unos 300 mil más, lo que daría una población total en ese censo de 703,321 habitantes (Varillas y Mostajo 1990). Este brusco descenso demográfico fue causado principalmente por las enfermedades importadas por los conquistadores, las guerras y la destrucción de la infraestructura económica y social nativa, transformando una sociedad agrícola en una de explotación minera esclavizante. Esto último causó, además, la desintegración de las familias al separar a las mujeres de sus maridos, cuando éstos fueron a trabajar a las minas.

Por casi tres siglos, la población creció sólo a niveles de reemplazo; esto determinó el despoblamiento del territorio y la escasez de mano de obra. Durante la República no hubo alteraciones sustanciales en lo demográfico. Es sólo en 1940 cuando se encuentra una tasa anual media de crecimiento demográfico de 1.68%, lo que indica un proceso de recuperación. En ese año se realiza el Primer Censo Nacional de Población y Ocupación que contabilizó una población de 6'200,000 habitantes⁸, pero con condiciones sociales y de salud vergonzosas, mostrándonos como un país rural (70%), analfabeto (60%), agrícola, con una tasa

⁷ Las visitas eran cómputos poblacionales destinados a la mejor administración y al mayor control de los tributos reales.

⁸ Se calculó una omisión de 465,144 habitantes y se estimó una población selvática no censada de 350,000, por lo que el total representaría 7'023,111, número considerado exagerado.

de mortalidad elevada (32/1,000), una mortalidad infantil por encima de 250/1,000 y una esperanza de vida al nacer de 36 años. A partir de este momento es que se inicia en el Perú el proceso de transición demográfica⁹, al comenzar a disminuir los niveles de mortalidad por efecto de acciones simples de salud pública, como saneamiento ambiental, medidas preventivas de salud e introducción de tecnología médica y nuevos fármacos¹⁰. Esta es una realidad muy diferente a la de la experiencia europea, pues allí fueron los cambios en las condiciones de vida los que causaron el descenso en la mortalidad (Aramburú 1983), tomando éste más tiempo. Se inicia pues un rápido descenso de los niveles de mortalidad manteniéndose, sin embargo, una aún alta natalidad (con un promedio de 7 hijos por mujer en la década de los cincuenta y sesenta), lo que ocasiona el rápido crecimiento demográfico que llegó, en el Perú, a su máxima expresión en la década de los sesenta, con una tasa de crecimiento cercana al 3%. Los países europeos y de América del Norte nunca tuvieron tasas de crecimiento por encima del 2%. Es así que el Perú pasa de tener 6 millones de habitantes en 1940 a casi 18 millones en 1981, triplicando su población en poco más de 40 años. Este crecimiento acelerado y desordenado de la población trajo la consecuente incapacidad del Estado para atender las necesidades básicas de una población excesiva para sus posibilidades. Por ello, vivienda, salud, alimentación, empleo y transporte son aún hoy necesidades largamente insatisfechas en nuestro país. Durante este período la población urbana casi se quintuplicó. El crecimiento fue más marcado en las capitales de departamento y ciudades costeñas, donde fue 7 veces más elevado. Lima pasó de una población de 500 mil habitantes en 1940 a una de casi 4 millones en 1987, y aparecieron en la periferia de la ciudad los barrios marginales, llamados en ese entonces “pueblos jóvenes”. Al mismo tiempo, la poca capacidad de una incipiente industria limeña para absorber una mano de obra que provenía del campo, generó un excedente que dio luego origen al sector informal que se mantiene hasta nuestros días como una característica negativa de nuestra capital.

Sin embargo, en el Perú el proceso de transición demográfica pasó desapercibido para el Estado, los partidos políticos y la sociedad civil. Ninguno mostró interés en el asunto ni en la dimensión que adquiriría el problema, pese a

⁹ La transición demográfica se caracteriza por cuatro etapas: una primera en la que coexisten altas tasas de natalidad y mortalidad con un crecimiento poblacional lento; una segunda etapa en la que caen los niveles de mortalidad y se mantienen altos los de natalidad, y por lo tanto hay un marcado crecimiento poblacional; una tercera en la que se inicia un descenso de los niveles de natalidad y comienza a declinar el crecimiento poblacional, y una cuarta y última cuyos niveles de natalidad y mortalidad son bajos y dan un crecimiento muy lento o de reemplazo como acontece en los países europeos. En el Perú es a partir de la década de los cuarenta que se entra en la segunda etapa de la transición demográfica.

¹⁰ En 1935 se creó el Ministerio de Salud Pública, Trabajo y Previsión Social y se intensificaron las campañas de erradicación de enfermedades infectocontagiosas como fiebre amarilla, tífus exantemático, peste bubónica y malaria. Se logró erradicar esta última en la década de los cincuenta.

informes como el de la CEPAL, en 1957, que llamaba la atención sobre el futuro crecimiento vegetativo del 2.5% de la población, de acuerdo a las proyecciones y la imposibilidad de mantener el ritmo de crecimiento del producto bruto interno. Asimismo, fue contundente el Informe Little¹¹ que afirmó que el Perú enfrentaba una de las situaciones poblacionales más serias del mundo, al proyectarse una duplicación de su población en tan sólo veinte años, y sostenía además que la problemática económica del país no podía solucionarse si no se contemplaba una reducción en la tasa de crecimiento poblacional (Varillas y Mostajo 1990). Por esa época se elaboró el Plan Nacional de Desarrollo Económico y Social del Perú 1962-1971, y se realizó el Sexto Censo Nacional de Población de 1961. Ambos documentos mostraban las cifras de crecimiento poblacional y sus causas, pero no se tuvo real conciencia de la situación y menos de las recomendaciones.

En 1964, el Estado creó el Centro de Estudios de Población y Desarrollo (CEPD), dirigido por José Arca Parró, un prestigioso demógrafo que fue miembro de la Comisión de Población de Naciones Unidas y que dirigió el primer censo nacional en 1940. Con este centro se iniciaron algunos estudios sobre los aspectos poblacionales del país, sin que esto significara la adopción de alguna política al respecto. El Gobierno Militar que asumió el poder en 1968 tuvo una posición adversa, ya que fomentaba una política pronatalista y era contrario a la cooperación internacional en la materia.

Sin embargo, en pleno Gobierno Militar y en forma sorpresiva, se trazaron en 1976 los Lineamientos de Política de Población en el Perú, como primera toma de posición del gobierno sobre el tema poblacional. Este documento trata por primera vez acerca de una serie de acciones que deben ser promovidas para lograr una paternidad responsable, como el acceso a información y servicios de planificación familiar, y la consideración de que la procreación es una decisión de pareja. Se enfrenta así a las tendencias pronatalistas vigentes hasta esa fecha, y recoge los compromisos asumidos por el Perú en la Primera Conferencia Internacional de Población de Bucarest, en 1974. Lamentablemente, las condiciones políticas de esa época, cuando se reunió la Asamblea Constituyente y luego se convocó a nuevas elecciones, hicieron poco efectivos sus propósitos. Fue el nuevo gobierno constitucional de 1980 el que retomó el tema poblacional, comenzando a tener una presencia dentro del Estado con la creación, primero, del Consejo Nacional de Población (CNP) en 1980, y luego con la promulgación de la Ley de Política de Población en 1985, en las postrimerías de ese período gubernamental. Asimismo, la presencia del Perú en la Conferencia Internacional de

¹¹ En 1960, Arthur Little Inc., firma de consultores, fue contratada por el gobierno peruano para estudiar la viabilidad de un plan de desarrollo en la región oriental central del país. Dicho documento hace un análisis demográfico del Perú.

Población y Desarrollo de México, en 1984, reafirmó el propósito de continuar desarrollando una política de población como parte integral de la política de desarrollo. Desde sus inicios en 1980, el CNP (que absorbe al CEPD) se convirtió en un órgano multisectorial dependiente de la Presidencia del Consejo de Ministros, destinado a orientar, coordinar y normar las acciones de población a nivel nacional. Esta entidad le dio un gran impulso a lo demográfico pero careció de integralidad, pues se orientó más hacia lo relacionado con la salud materno-infantil y la planificación familiar, y menos a otros aspectos tan importantes como la distribución espacial, el medioambiente, la mujer, etc. Además, carecía de carácter regulatorio y marco político, lo que se subsanó con la dación de la mencionada Ley de Política de Población que, como ya dijimos, apareció muy tarde para ser llevada cabo en esa gestión. Esta ley, que se convierte en el primer texto de legislación positiva destinado a regular la política poblacional peruana (Varillas y Mostajo 1990) tuvo que ceder a la presión de los opositores, en especial la Conferencia Episcopal Peruana, en lo que respecta a la inclusión de la esterilización quirúrgica voluntaria como método de planificación familiar. Se le excluye injustificadamente junto con el aborto como método de planificación familiar, siendo ambos totalmente distintos: mientras que el aborto interrumpe la gestación, el otro previene la fecundación.

A los dos meses de iniciarse el gobierno de Alan García, el CNP tuvo unos traspasos al aprobarse una nueva Ley Orgánica de Salud que establecía que éste pasaba a depender del ministro de Salud, lo que le significó un recorte en sus posibilidades futuras. Pero a la vez, curiosamente, en ese nuevo período gubernamental (1985) se dio un paso importante cuando una Comisión Presidencial preparó el Programa Nacional de Población 1987-1990, en el cual por primera vez se fijaron metas en cuanto a la tasa global de fecundidad y la cobertura de servicios de planificación familiar, además de considerarse los recursos económicos para su puesta en marcha.

2.2. De la planificación familiar a los derechos sexuales y reproductivos

Es durante la segunda mitad de la década de los ochenta cuando se inician los programas nacionales de planificación familiar, primero en el Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS, actualmente EsSalud) en 1986, y luego en el Ministerio de Salud (MINSA), en 1988. Si bien en el MINSA, en 1980, ya se había creado la Dirección de Salud Materno-Infantil y Población, que dictó las primeras normas de planificación familiar, lamentablemente no logró el desarrollo necesario ni tuvo, al interior del Ministerio, la fortaleza necesaria para su consolidación. Su componente operativo fue muy débil y con escaso nivel estadístico, lo que impidió conocer su real cobertura, pero se estima que era muy baja, cercana al 2.5% de la población objetivo al tercer año de funcionamiento. Hubo fallas administrativas, en la coordinación, en la logística y también de tipo promocional. La Encuesta

Nacional de Prevalencia Anticonceptiva de 1981 señalaba una prevalencia de uso de todos los métodos de 41% en las MUEF, pero 59% de las usuarias utilizaban métodos tradicionales y la fuente de suministros más importante era el sector privado. Aquí es justo reconocer que varios años antes, desde 1966, el sector privado comenzó a brindar servicios de planificación familiar a través del Instituto Marcelino primero, luego con la Asociación Peruana de Planificación Familiar (APPF) y también con la Asociación de Trabajo Laico Familiar (ATLF), entidad que sólo proporcionaba información y servicios sobre los llamados métodos naturales, los únicos aceptados por la Iglesia¹². La presencia del sector privado fue de vital importancia en ese período para el desarrollo de los servicios de planificación familiar, los que, sin embargo, tenían una limitada cobertura.

El Programa Nacional de Planificación Familiar del IPSS, con el apoyo de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID), reunió a un grupo de técnicos de diferentes áreas, que fue el primero en desarrollar un planeamiento estratégico y un plan de desarrollo que incluía etapas, metas y coberturas por métodos y por departamentos, a nivel nacional, de la población derechohabiente del IPSS. Creó todo un sistema de información, el primero en su tipo en el Perú, para el monitoreo de las acciones y los avances del programa. Contó además con una Dirección de Información, Educación y Comunicación, y otra de Capacitación. Designó por primera vez coordinadores de planificación familiar como responsables del programa en los diferentes establecimientos del IPSS de Lima y por departamentos para el resto del país. Toda esta experiencia fue luego recogida y aplicada en 1988 en la elaboración del Programa Nacional del MINSA, al participar en su diseño varios de los responsables del programa del IPSS. El Programa Nacional del IPSS tuvo un desarrollo extraordinario en sus dos primeros años de funcionamiento. Luego, con los constantes cambios de jefatura, comenzó a perder liderazgo y cedió su importancia dentro de la institución. Hoy, si bien continúan las actividades de planificación familiar en EsSalud, éstas difieren en su desarrollo de acuerdo con el impulso que le dan los propios establecimientos y sus responsables al interior de cada uno de ellos.

El Programa Nacional de Planificación Familiar del MINSA, que se inició con el apoyo financiero y técnico de USAID y del Fondo de las Naciones Unidas para

¹² El Instituto Marcelino fue inaugurado en 1966. Era un centro de investigación de nuevos anticonceptivos con financiamiento de los programas de OMS y también de los laboratorios Schering de Alemania.

La APPF fue la primera filial de la International Planned Parenthood Federation en el Perú; se la considera antecesora de IMPARES, e inició sus labores en 1969. Fue cerrada en 1974 y su director detenido durante el gobierno militar.

La ATLF sigue funcionando hasta nuestros días con el respaldo de organismos internacionales que apoyan los métodos naturales. Guarda estrecha relación con la Iglesia Católica.

Actividades de la Población (UNFPA), dedicó sus primeros años a llevar a cabo una organización interna basada en el modelo del programa del IPSS pero más compleja debido al número de establecimientos. Se organizó la parte logística y de sistemas de información y se equiparon las oficinas de coordinación del programa a nivel nacional, suministrándoles personal y movilidad. Comienza así un desarrollo lento, con restricciones presupuestales al depender casi exclusivamente de la cooperación externa como única fuente de financiamiento y de insumos anticonceptivos. Durante la década de los noventa recibe todo el apoyo del nuevo gobierno, lo que se traduce asimismo en el progresivo financiamiento del programa con fondos del Tesoro, y la disminución del aporte de la cooperación externa. Así, de menos de 9 millones de dólares se llegó a casi 14 millones en 1998. Este apoyo también se manifestó en el aspecto político, cuando en los primeros meses del gobierno reelecto en 1995 se aprobó en el Congreso de la República la gratuidad total de los servicios de planificación familiar y la anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV)¹³ como método de planificación familiar, pese a la enorme presión de los grupos conservadores y la Iglesia Católica. Hasta ese momento la AQV sólo podía ser realizada en casos de alto riesgo reproductivo, pero no era autorizada sólo con fines anticonceptivos para cualquier mujer que así lo deseara. De todas formas, ésta era muy practicada pues las condiciones de multiparidad, y los problemas de salud y nutrición de la mayoría de las mujeres en el Perú hacía fácil para los médicos su justificación. Al incorporarse la AQV dentro de la gama de métodos de planificación familiar se diseñaron una serie de estrategias para atender esa demanda insatisfecha embalsada, compuesta por todas aquellas mujeres que no deseaban más hijos y reclamaban un método seguro y definitivo. Una de estas estrategias fueron las "Campañas de Salud Reproductiva"¹⁴ realizadas en todo el país, con especial llegada al ámbito rural. La campaña piloto se llevó a cabo en 1996 y contó con un equipo consultor que realizó una evaluación y dictó recomendaciones que se entregaron al ministro. Lamentablemente, muchas de las recomendaciones no fueron tomadas en cuenta. Esto y cierta presión ejercida sobre los directores de las Direcciones de Salud (DISA) y los hospitales por el cumplimiento de metas, especialmente en esterilizaciones, dieron lugar a una serie de denuncias de coerción, incentivos, complicaciones e incluso muertes. En el año 1996 se realizaron unas 88,075 esterilizaciones, y en 1997 llegaron a ser 120,086. Luego comenzó a decaer el número debido a la cobertura que se dio a las denuncias en los medios de comunicación,

¹³ Se le conoce comúnmente como esterilización.

¹⁴ Estas Campañas de Salud Reproductiva comprendían atención pre-natal, despistaje de cáncer cervical, atención pediátrica, vacunaciones, ecografía, charlas educativas y planificación familiar, incluida la esterilización voluntaria tanto femenina como masculina. Estas intervenciones eran realizadas en hospitales o centros de salud que se acondicionaban con quirófano y sala de recuperación. El equipo médico estaba compuesto por ginecólogos, cirujanos, anestesiistas, instrumentistas, obstetras y enfermeras. Permanecían 24 a 48 horas en ese lugar y seguían hacia otro punto.

lo que originó temor entre proveedores y usuarios, a pesar de que el número de complicaciones y muertes ocurridas se encontraba dentro de los niveles esperados de morbilidad y mortalidad para ese tipo de procedimientos a nivel internacional. Lo que sí fue evidente es que hubo, en algunos casos, excesos y violación del derecho de las personas a ser debidamente informadas sobre sus alternativas en anticoncepción, y sobre el procedimiento a realizarse o realizado en ellas. El trato brindado a las usuarias también, en muchos casos, careció de la calidad y calidez indispensables. Una evaluación rápida realizada por un equipo consultor ad hoc para evaluar y dar recomendaciones al programa, señaló tres puntos críticos: la consejería e información brindada no era del contenido y la calidad esperados; la competencia técnica de los recursos humanos no era homogénea, y no existía un adecuado sistema de monitoreo, seguimiento y supervisión de las campañas. Esta evaluación determinó una serie de recomendaciones que fueron inmediatamente acogidas por el Programa Nacional de Planificación Familiar. Entre las más saltantes estuvieron el plazo de reflexión no menor de 72 horas; la prohibición de fijar metas; la prohibición de ejercer cualquier tipo de presión sobre las usuarias; las normas para la calificación de los puntos de entrega de servicios de AQV, y las normas para la calificación de médicos-cirujanos para AQV. Además se recogieron una serie de recomendaciones de la Defensoría del Pueblo, que intervino en este asunto al recibir las denuncias de las pacientes, familiares y organizaciones defensoras de los derechos humanos. Es indudable que el escándalo suscitado por las denuncias y la cobertura periodística afectó seriamente al programa nacional, hecho del que aún no se ha recuperado, pese a sus esfuerzos.

En 1994 se realizó la Conferencia Internacional de Población y Desarrollo en El Cairo, donde acudió una numerosa delegación nacional tanto gubernamental como de ONG. En esta conferencia se produjo un gran cambio de paradigmas en lo poblacional que marca a todas las delegaciones asistentes. Se pasa de lo demográfico a los derechos sexuales y reproductivos de las personas; se habla por primera vez de personas y no parejas; se sitúa a la persona en el centro del desarrollo sostenible y no sólo se habla de reproducción sino de sexualidad. Por último, este foro reconoce el aborto como un problema de salud pública y demanda su atención.

Esta nueva concepción fue inmediatamente incorporada en el nuevo Programa de Salud Reproductiva y Planificación Familiar 1998-2002, que se denominó Gestión con Calidad. Igualmente, las nuevas normas aprobadas en 1999 señalan como fin el logro de los ideales reproductivos de las y los usuarios, con enfoque de género y respeto por los derechos de las personas. Además se espera brindar una atención integral, promoviendo la calidad de los servicios. El programa recoge también una serie de recomendaciones del equipo consultor y de la Defensoría del Pueblo, iniciándose una nueva etapa que aún es muy prematuro evaluar.

Una iniciativa quizás tardía en el campo de la salud reproductiva, pero no por ello menos importante, es el llamado Plan de Reducción de la Mortalidad Materna del MINSA que, como se mencionó en la introducción, es uno de nuestros indicadores más críticos de salud. Este plan se inició en 1996, pero al principio las labores fueron bastante discretas y se basó principalmente en el levantamiento de información, recolección de las diferentes herramientas metodológicas, fichas y guías existentes para el registro de la muerte materna y el análisis de ellas. Pero es recién a partir del 2000, con la implementación del Plan de Contingencia, que las acciones se vuelven más dinámicas y más integrales. Se pasa del paralelismo en las acciones, realizadas por los diferentes programas y proyectos, a una comisión única conformada por todos los actores que tienen que ver de una forma u otra con la mortalidad materna: entre ellos el Seguro Materno Infantil, el Seguro Escolar Gratuito, el Sub Programa de Salud Materno Perinatal, la Oficina General de Epidemiología, el Proyecto 2000, Cobertura con Calidad, la Oficina de Estadística e Informática, la OPS, etc. Se desarrolla un marco técnico-normativo que estandariza los métodos e instrumentos y determina la capacidad resolutoria de 136 hospitales y 1,200 centros de salud por funciones obstétricas primarias, básicas, esenciales e intensivas. Asimismo, se conforman Comités Multisectoriales en 26 de las 34 DISA, Comités de Vigilancia de la muerte materna y perinatal y se crean 343 comités de prevención de la muerte materna y perinatal en las 34 DISA (MINSA 2001a).

Sin embargo, este plan ha tenido una débil participación por parte de las DISA, con limitado compromiso de directivos de establecimientos y del gremio médico y una modesta participación de la comunidad en las actividades materno perinatales. Además, adolece de una mayor aplicación operativa en el reforzamiento de la capacidad resolutoria de los establecimientos, lo que implica infraestructura, equipos, insumos y recursos humanos capacitados, que es justamente el gran vacío en la respuesta del sistema de salud. Ha habido otras iniciativas en el campo de la salud reproductiva, especialmente en lo relacionado a la reducción de la mortalidad materna, como el Proyecto 2000 con su Programa de Capacitación en Salud Reproductiva Materna, Perinatal e Infantil (PCMI) y su Plan de Mejoramiento Continuo de la Calidad, que incidía en la capacitación y estandarización del manejo clínico, con mejora en la infraestructura, y un trabajo comunitario en el ámbito de 12 DISA, en 15 hospitales regionales y 48 centros referenciales. Durante su desarrollo ha logrado diferencias significativas en el nivel de los procesos de prestación y organización de los servicios, uso de parto institucional y reducción de la mortalidad materna, comparado con otras regiones. En el ámbito del Proyecto 2000, la mortalidad materna se redujo en 26% en cuatro años, en comparación con el 5% del resto del país. Sin embargo, el clima institucional en el MINSA no fue favorable para el Proyecto 2000. No se valoraron los logros alcanzados ni se logró la institucionalización de éstos. Hubo que

soportar los continuos cambios de autoridades y la multiplicidad de orientaciones, muchas veces contradictorias entre sí, con los programas nacionales marchando a espaldas de esta experiencia (Benavides 2001a).

Otra experiencia es la de UNICEF con dos intervenciones en las provincias de Cajamarca y Cusco, en las que se trabajó en el fortalecimiento de las capacidades técnicas y personales de los trabajadores de salud; la participación de la comunidad organizada; la adecuación cultural de los servicios; la implementación de hogares maternos, y la información, educación y comunicación como eje transversal. Los logros fueron un mayor porcentaje de controles prenatales, mayor parto institucional, diseño de una estrategia integral en salud materno-infantil, adecuación cultural de servicios de atención de la gestante y recién nacido, y creación de los Comités de Vigilancia Comunitaria. Su rica experiencia no ha sido del todo aprovechada por el MINSA, quizás por lo reducido de su ámbito y por falta de una mayor difusión (UNICEF/Equipo Técnico UBASS Paruro 2000). El Proyecto de Salud y Nutrición Básica (PSNB) trabajó en las DISA de Piura y Cusco, en diagnóstico de la capacidad resolutoria de las microrredes, sensibilización y análisis de la información materna y perinatal. Sólo a mediados del 2001, antes del fin del Gobierno de Transición, toda la experiencia del PSNB fue transferida a la nueva Dirección General de Salud de las Personas (DGSP) para su implementación como el nuevo modelo de atención.

Una ONG, Manuela Ramos, con un importante financiamiento de USAID, desarrolló el Proyecto Salud Reproductiva en la Comunidad (Reprosalud) en zonas rurales y periurbanas en departamentos del mismo ámbito del Proyecto 2000, con un análisis mediante autodiagnósticos de organizaciones de base de 91 distritos y con el diseño de sus propios proyectos comunitarios de salud reproductiva. De esa forma Reprosalud busca que las propias mujeres de la comunidad determinen la mejor manera de actuar para resolver sus problemas de salud reproductiva bajo los lineamientos de flexibilidad y participación comunitaria, y desde una perspectiva de género. Hay también un componente de promoción y defensa de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, y uno de generación de ingresos. Hasta octubre del 2000 se habían concluido 234 proyectos comunitarios y 182 se encontraban en ejecución. Se piensa beneficiar con actividades educativas a cerca de 90 mil mujeres y 47 mil varones. Una evaluación de los primeros años del proyecto mostró resultados positivos en comunidades consideradas como difíciles de incorporar al sistema formal y está contribuyendo a que las mujeres tengan un mayor control sobre sus vidas (Yon 2000). Se encuentra en proceso una evaluación final que permitirá conocer más en detalle sus logros. El esfuerzo desplegado por Manuela Ramos y USAID en la difusión de la experiencia ha logrado que el MINSA considere dentro de las estrategias de la nueva Dirección Ejecutiva de Promoción de la Salud muchas de

las experiencias llevadas a cabo en el proyecto, las que no pudieron ser mejor aprovechadas por el MINSA a causa de la fragmentación existente de proyectos y programas, que fue la constante durante la década de los noventa y que hicieron poco sostenibles estas propuestas.

De diciembre del 2000 a julio del 2001, durante los ocho meses del Gobierno de Transición, un grupo de profesionales altamente calificados fue convocado con el fin de poner orden en el sector, impulsar la reforma, imponer la transparencia en las acciones y preparar la transición hacia la institucionalidad. Se trabajó en la integración de los programas y proyectos que se duplicaban y hacían tremendamente engorroso el sistema, siendo muchos de ellos casi otro ministerio dentro del ministerio. La Dirección General de Salud de las Personas, que contaba con 15 programas entre los que estaban Planificación Familiar, Materno-Perinatal, del Niño y Adolescente, etc., cada uno con sus niveles normativos, administrativos, de capacitación y logística, se convierte en 3 direcciones ejecutivas, con carácter sólo de tipo normativo. Se comenzó a preparar la infraestructura necesaria para que toda la parte de financiamiento y servicios pasara a ser realizada por el recién creado Seguro Público de Salud (SPS), producto de la integración de los Seguros Escolar Gratuito y Materno-Infantil, que eran dos sistemas paralelos, con duplicación de financiamiento y coberturas y logísticas desarticuladas. Este nuevo seguro contemplaba la atención de los niños de 0 a 17 años que estén o no en el sistema escolar y a todas las mujeres en edad fértil en lo que corresponde a la atención del embarazo y parto, anticoncepción, despistaje de cáncer y manejo del aborto incompleto. A todo el resto cubría el despistaje y manejo de tuberculosis y un listado de emergencias quirúrgicas. El objetivo del Seguro Público de Salud fue reducir la barrera al acceso a los servicios de salud por razones económicas y focalizar en la patología más necesitada del grupo más vulnerable, como es el materno-infantil. Se esperaba que al cabo de tres años pudiera cubrir alrededor de 19 millones de personas, con subsidio total en los tres primeros quintiles (los más pobres) y subsidio parcial en los otros dos.

En el campo de la salud reproductiva se aprobó una norma que consideró la anticoncepción oral de emergencia (AOE) como parte de los métodos anticonceptivos a proveer por el MINSA. Si bien se realizaron reuniones del comité del Plan de Contingencia de Reducción de la Mortalidad Materna, no fue mucho el avance dado que se dependía de un préstamo de cooperación externa para viabilizar el plan de mejoramiento de la capacidad resolutoria de los establecimientos escogidos.

El nuevo gobierno que asumió el poder en julio del 2001 parece orientarse, en lo que respecta a salud reproductiva, hacia el refuerzo de las acciones de protección de la salud materno-infantil, con un reducido apoyo al componente de planificación familiar. Además, en la coyuntura actual, se trata de iniciar acciones

legales a los presuntos responsables de los “excesos” cometidos durante las campañas de salud reproductiva, en lo que respecta a las esterilizaciones. Esto ha producido temor entre los proveedores que han comenzado a limitar las AQV para evitar verse envueltos en alguna denuncia, debilitando de paso al programa nacional de planificación familiar. El actual gobierno ha retomado la propuesta del Seguro Público de Salud cambiándole el nombre por Seguro Integral de Salud (SIS) pero sin cubrir a las mujeres unidas en edad fértil (MUEF), circunscribiéndose sólo a la cobertura del embarazo y parto.

Finalmente, se ha producido un borrador de lineamiento de políticas para el 2001-2006 que no tienen un eje político claro y, por el contrario, muestra en sus diferentes líneas las distintas tendencias existentes en la administración actual. En el Congreso hay varios proyectos de ley que amenazan claramente las acciones en salud reproductiva, así como vulneran los derechos sexuales y reproductivos. La primera ley aprobada ha sido la de declarar el 25 de marzo como el Día del No Nacido, en una clara censura al aborto.

3. Aspectos críticos

3.1. Mortalidad materna

En 1998, un reporte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) señaló que las mujeres en edad reproductiva pierden más de un 20% del total de años de vida saludable debido a tres factores: morbilidad y mortalidad materna, enfermedades de transmisión sexual (ETS), incluyendo VIH/SIDA, y cáncer ginecológico.

La mortalidad materna es actualmente considerada como un indicador de desarrollo y calidad de vida de una población. Está asociada al nivel de desarrollo social, cobertura y calidad de los servicios de salud y a la posibilidad de ejercer los derechos reproductivos. Es un indicador particularmente sensible de inequidad. Es necesaria la información acerca del nivel y las tendencias de la mortalidad materna no sólo por lo que nos dice acerca de los riesgos del embarazo y la reproducción en un país, sino también por ser una fuente de información sobre la salud de la mujer y su estatus social y económico. Todo embarazo presenta riesgos para las mujeres, pero éstos son mayores en países donde los recursos son escasos y los servicios de salud, inaccesibles e insuficientes. En éstos, las complicaciones del embarazo, parto y puerperio son causantes de al menos el 25% de las muertes de las mujeres en edad reproductiva, comparadas con menos del 1% en los países desarrollados. En África, el riesgo de que una mujer muera a causa del embarazo es de 1 en 16; en América Latina y el Caribe, de 1 en 130; en América del Norte es de 1 en 3,700. En el Perú el riesgo de morir es de 1 en 85 (ver Cuadro 1). Esto, en parte, debido a las barreras de acceso a los

servicios de salud, o a la falta de personal capacitado e infraestructura que permitan solucionar las emergencias.

Cuadro 1
Riesgo de la mujer de morir a causa del embarazo. OMS 1996

Región	Riesgo de muerte
Africa	1 en 16
Asia	1 en 65
América Latina y el Caribe	1 en 130
Perú	1 en 85
Europa	1 en 1400
América del Norte	1 en 3700
Todos los países en desarrollo	1 en 48
Todos los países desarrollados	1 en 1800

A ello hay que agregar las condiciones en que se dan estos embarazos en países como el nuestro; es decir, con un fondo de carencia nutricional, presencia de trastornos preexistentes y condiciones de riesgo reproductivo. Casi 40% de las gestantes en el Perú, según ENDES 2000, padecían de anemia. Las carencias y la discriminación que sufren especialmente las mujeres son factores que contribuyen a su pobre condición de salud. Por lo tanto, el embarazo y el parto son un riesgo, particularmente en un entorno cuyas condiciones de acceso a los servicios de urgencia obstétrica son limitadas, considerando que aproximadamente 15% de las embarazadas en cualquier circunstancia y ámbito, necesitarán una atención de urgencia. Por ello se dice que la mortalidad materna no es únicamente un hecho aislado sino la culminación de un proceso (UNFPA/OMS/UNICEF 1997).

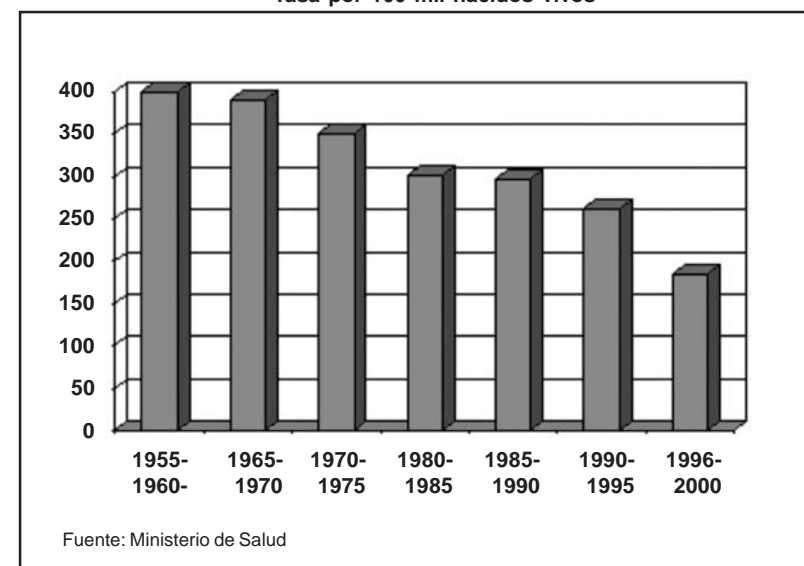
Durante décadas la mortalidad materna ha permanecido invariable en el Perú, mientras que otros indicadores de salud, tales como la mortalidad infantil mejoraron en ese período (Gráfico 1). En la ENDES 2000 se encuentra una disminución de la mortalidad materna con respecto a la registrada en ENDES 1996, que fue de 265 x 100 mil nacidos vivos. La cifra actual es de 185 x 100 mil nacidos vivos, que en números absolutos representaría 1,258 muertes. Sin embargo, dada la forma en que ENDES mide la mortalidad materna (a través del "método de las hermanas"¹⁵) hay un grado de subregistro; además, puesto que el número de muertes maternas es relativamente pequeño en una población deter-

¹⁵ El método de las hermanas consiste en estimar la mortalidad materna basada en la información sobre muertes acontecidas a las hermanas de la informante cuando estaban embarazadas, durante el parto, o en las seis semanas siguientes a éste.

minada, el intervalo de confianza bajo este método es tan amplio que se sobrepondrían los intervalos de confianza de las dos últimas cifras de ENDES y no habría diferencias en la tasa. La mortalidad materna es difícil de medir con precisión aun en países desarrollados con niveles óptimos de registro. En el Perú, pese a las consideraciones anteriores, la cifra oficial de mortalidad materna es la de ENDES 2000. Cabe aclarar que dicha figura es en términos estadísticos una razón o ratio, ya que la real tasa es la que se da por 100 mil mujeres en edad fértil (Population Council 1999). Pero esta razón que se da por 100 mil nacidos vivos es el indicador oficial de la comunidad de salud pública y el que es más sensible al riesgo del embarazo, parto y puerperio. Sin embargo, puede considerarse una aproximación pues al incluirse sólo nacidos vivos en el denominador, no se contabilizan los natimueertos y abortos. Por ello se menciona que lo ideal sería que las muertes maternas se den en relación con el total de gestantes (Population Council 1999).

Esta cifra de 1,258 es derivada de la encuesta, pues una más precisa no es posible a causa del alto subregistro. En el año 2000 sólo se notificaron 656 muertes, o sea 50% de lo que proporciona la ENDES 2000. Entre estas muertes, 54% de ellas se señalaron como producidas en el domicilio y sólo 39% en los establecimientos de salud.

Gráfico 1
Perú: evolución de la mortalidad materna
Tasa por 100 mil nacidos vivos



Pese a la supuesta reducción que ha sufrido la mortalidad materna, es aún una cifra muy alta para los estándares internacionales. En el contexto latinoamericano, el Perú sólo es superado por El Salvador, Bolivia y Haití (Gráfico 2). Las principales causas directas¹⁶ de muerte materna son: hemorragia, hipertensión inducida por el embarazo, infección, aborto y parto obstruido (Gráfico 3). La hemorragia es la principal causa debido a complicaciones durante el parto y puerperio, las que podrían ser fácilmente evitables con una atención inmediata.

Gráfico 2
Mortalidad materna en algunos países de la Región

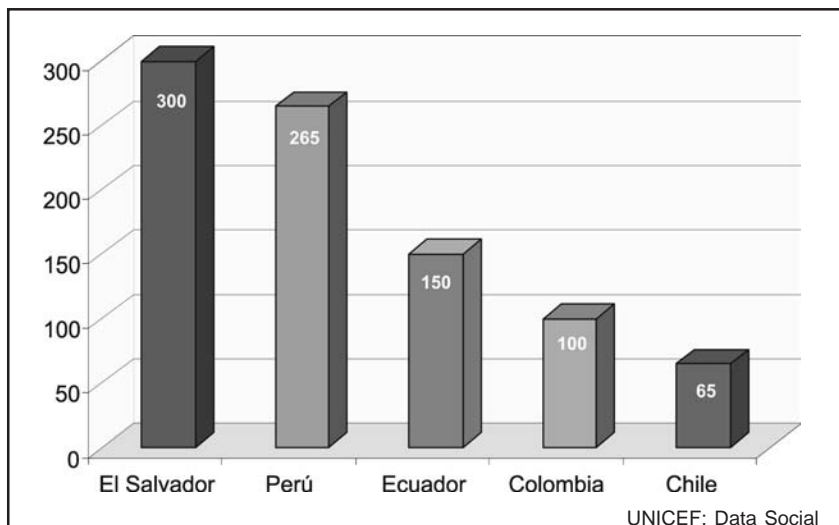
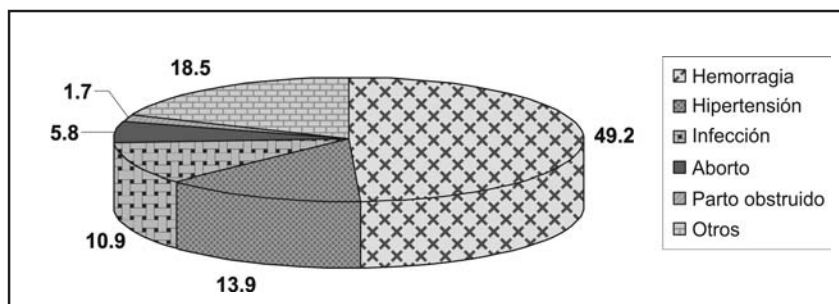


Gráfico 3
Causas de muerte materna: 2000



En cuanto al subregistro, se cree que las muertes no reportadas probablemente son de aquellas gestantes que no tuvieron ningún contacto con el sistema de salud durante el embarazo y el parto; es decir, tipo IV de acuerdo con la categorización desarrollada por el Proyecto 2000¹⁷. Según las muertes registradas, la probabilidad de morir por causas maternas es dos veces mayor para las mujeres del área rural comparadas con las del área urbana (MINSA 2001a). Las DISA con mayor número de muertes registradas son Puno, Cusco, La Libertad, Huánuco, Cajamarca y Loreto, como se muestra en el Cuadro 2.

Cuadro 2
Muertes notificadas enero-diciembre 2000
Subprograma de Salud Materno Perinatal. MINSA

DISA	N.º de muertes
Puno	79
Cusco	53
La Libertad	43
Huánuco	38
Cajamarca	36
Loreto	35
Junín	30
Piura	29
Ancash	28
Ayacucho	27
San Martín	25
Lambayeque	24
Huancavelica	22
Jaén	22
Apurímac	15
Lima Norte	15
Chota	14
Bagua	13
Luciano Castillo	13
Lima Ciudad	11
Arequipa	10
Amazonas	9
Ucayali	9
Lima Sur	8
Cutervo	7
Ica	7
Pasco	7
Chanka	6
Lima Este	6
Callao	4
Madre de Dios	3
Moquegua	3
Tacna	2
Tumbes	2

¹⁷ Tipo I: mujeres que recibieron cuidados prenatales y que fallecieron en un establecimiento de salud (parto institucional). Tipo II: mujeres que recibieron cuidados prenatales y que fallecieron fuera de un establecimiento de salud (parto domiciliario). Tipo III: mujeres que no recibieron cuidados prenatales y que fallecieron en un establecimiento de salud. Tipo IV: mujeres que no recibieron cuidados prenatales y que fallecieron fuera de un establecimiento de salud.

La mortalidad materna es multicausal: existen factores biológicos, sociales y culturales que deben ser tomados en cuenta. Entre las variables más importantes están la situación de la mujer, su educación, su estado de salud, así como también la accesibilidad a los servicios y la solución de emergencias. Desde el punto de vista biomédico, la más importante causa parece ser la barrera que existe para el acceso a los servicios de salud y la limitada capacidad resolutive de éstos. La historia muestra que la clave para reducir la mortalidad materna no reside en el desarrollo social y económico sino en lograr que un tratamiento efectivo esté disponible y accesible. A continuación trataremos de analizar los factores que impiden lograrlo.

3.1.1. Acceso a los servicios

Se calcula que un 25% de la población peruana no tiene acceso a los servicios de salud. Esto es especialmente crítico en el área rural y en las zonas más pobres del país. Las barreras más importantes son geográficas, económicas y culturales.

- ❖ **Barreras geográficas.** Nuestra difícil geografía, así como la inadecuada planificación territorial de los establecimientos de salud, son razones por las que, pese a que el país cuenta con cerca de 7 mil establecimientos (de los cuales 99% son centros y puestos de salud), éstos se encuentran a considerable distancia de los pobladores, en especial en el área rural. Según la norma, los establecimientos deberían encontrarse a una distancia de tres horas en la zona rural, utilizando el medio de transporte más usual, y a unos 20 minutos a pie en el área urbano-marginal. Pero hay muchos lugares donde predominan poblaciones dispersas con un número pequeño de habitantes. De acuerdo a la ENAHO 1999, aproximadamente 8% de personas enfermas no pudieron acceder a servicios de salud por barrera geográfica. Según ENDES 2000, el 33% mencionó la distancia al establecimiento como problema para el acceso a los servicios de salud. Esta demora en llegar a un servicio de salud durante una emergencia obstétrica, o sea, la accesibilidad física, la distancia, las facilidades de viaje y la disponibilidad de medios de transporte, es uno de los tres retrasos planteados por Thaddeus y Maine para la comprensión de la causalidad de la muerte materna (Guzmán y Frisancho 2001).
- ❖ **Barreras económicas.** Las barreras económicas de acceso a la salud, en un contexto donde casi la mitad de la población se encuentra en situación de pobreza, se vieron agravadas en el último tiempo por la crisis económica, el desempleo y las tarifas de los hospitales. El 49% de las personas que en 1999 no pudieron acceder a un establecimiento de

salud explicaron que la causa fue económica. En ENDES 2000, 65% de las encuestadas mencionó el factor económico. Lo paradójico es que cuando se compara con el gasto total en salud del Perú, el mayor aporte, con 38%, es de los hogares, seguido por los empleadores con 34% y por último el gobierno con 24%. Pero este gasto en que incurren los hogares se da, en un alto porcentaje, en medicinas compradas directamente en farmacia, la mayoría de las veces en forma irracional y sin pasar por la consulta médica (OPS/ MINSa 2001). Más irracional resulta que, siendo la mortalidad materna un problema prioritario de salud en el país, no hubiera existido ningún mecanismo de exoneración o subsidio a la atención del embarazo y parto por parte del Estado. Sólo en 1999 se inicia el Seguro Materno-Infantil focalizado en las zonas de mayor pobreza como un mecanismo de alivio a la barrera económica. Hasta antes de su integración con el Seguro Escolar se encontraba funcionando en 18 DISA y había logrado un millón de atenciones. El Seguro Escolar, que desde su funcionamiento en 1997 logró 20 millones de atenciones, también contribuyó a lograr un mayor acceso al parto institucional, al atender los embarazos y partos de adolescentes. Esta situación, incomprensiblemente, no había sido considerada en un inicio por sus diseñadores, pese a las evidencias que señalaban una importante proporción de embarazo adolescente en nuestro país. Sólo en el año 2000, el Seguro Escolar atendió 4,513 partos de adolescentes comprendidas entre los 11 y 17 años¹⁸, de los cuales 9 fueron en niñas de 11 años; 52 en las de 12 años; 173 con 13 años; 447 en el grupo de 14; 928 con 15; 1,469 con 16, y 1,435 con 17 años. La mayoría de éstos fueron partos atendidos en Lima (2,370) seguido por la sierra con 967. Madre de Dios, Moquegua e Ica fueron los departamentos con mayor proporción de partos en relación con el total de la población femenina atendida por el Seguro Escolar (MINSa 2000). Con la implementación del Seguro Público de Salud deberá lograrse un mayor acceso a los servicios obstétricos al eliminarse la barrera económica, en especial para las poblaciones más pobres.

- ❖ **Barreras culturales.** La gran diversidad cultural del país produce diferentes percepciones sobre el proceso de salud-enfermedad y la relación entre vida y muerte. El sistema de salud ha desarrollado muy limitadamente sus capacidades para comprender cómo la población entiende su relación con la vida y la salud. La carencia de un conocimiento mutuo y un diálogo entre el sistema tradicional y el biomédico dominante constituyen las causas básicas de la inaccesibilidad y, a veces, del rechazo de la población a los servicios de salud existentes (MINSa 2001a). Hay costumbres ancestrales que el sistema occidental no reconoce aún, como

por ejemplo, la postura vertical en el parto (en cuclillas y de rodillas), “para que todo baje y salga” (sangre, placenta, *wawa*), el simbolismo del alumbramiento¹⁹, la posición horizontal y necesariamente en cama en los tres primeros días del puerperio para que salga la sangre. O el hecho de que no les llama la atención la hinchazón durante el embarazo, porque ésta es buena ya que se está acumulando bien la sangre. O el sólo acudir al control prenatal cuando el embarazo va mal, pues éste no es una enfermedad y por lo tanto si todo va bien no necesita ser vista por un extraño. Por último, prefieren el parto en casa porque están acompañadas, es “calientito”, están cómodas y no en una camilla fría, sin taparse y con los pies colgados, y además no tienen que pararse inmediatamente luego del parto. Por ello, las mujeres campesinas muestran resistencia a atenderse en el establecimiento de salud, pues los protocolos de atención chocan con sus costumbres, principalmente cuando no las atienden en la posición que ellas prefieren. En el proyecto de UNICEF, 50% de las gestantes manifestó desagrado por los procedimientos y/o exámenes realizados en los establecimientos de salud (UNICEF/Equipo Técnico UBASS Paruro 2000).

3.1.2. Capacidad resolutive²⁰

Las barreras de acceso a los servicios junto a la poca capacidad resolutive de los establecimientos para afrontar emergencias obstétricas o infantiles, y el deficiente sistema de referencia y contrarreferencia, son los factores que mantienen nuestra alta tasa de mortalidad materna (Benavides y Villacorta 2001). Las complicaciones que amenazan la vida de una gestante son las mismas en todo el mundo. Sin embargo, la capacidad de sobrevivir a éstas varía grandemente de acuerdo con el contexto regulatorio o legal de cada país y los estándares de cuidado médico. Por ejemplo, el aborto inseguro y el parto obstruido son responsables del 13% y 8% respectivamente de las muertes maternas en países en desarrollo, pero son menores al 1% en EE. UU. Por décadas, los programas intentaron reducir la mortalidad materna basados en la asunción de que las complicaciones obstétricas podían ser usualmente predichas o prevenidas. El resultado es que se enfatizó el control prenatal y la capacitación de parteras tradicionales. La revisión de la literatura actual de salud pública, sin embargo, ha mostrado que las complicaciones obstétricas no pueden ser predichas o preveni-

¹⁹ Salida de la placenta.

²⁰ Capacidad resolutive se entiende por infraestructura, equipamiento e instrumental obstétrico y neonatal, personal con competencia en la atención del parto y sus complicaciones, insumos (medicinas y sangre segura) y educación permanente en servicio.

das, pero sí tratadas. La mortalidad materna es uno de los pocos casos de salud pública para el cual el tratamiento médico es la clave (Yamin y Maine 1999). Por ello, la intervención debe consistir en mejorar la infraestructura de los establecimientos de salud para una adecuada identificación, estabilización, referencia y manejo de las complicaciones obstétricas. Basándonos en la categorización de las muertes maternas planteadas por el Proyecto 2000, y utilizando datos de la ENDES 2000 al revisar las muertes y considerando que lo óptimo sea el tipo I, es decir con control prenatal y parto institucional, es posible calcular la razón de probabilidades (*odds ratio*) de muerte tipo I contra los demás tipos de muerte materna (Cuadro 3) (Benavides 2001b).

Cuadro 3
Riesgo de muerte materna según uso de servicios

Tipo de muerte	Razón de probabilidades
Tipo I	1.00
Tipo II	9.17
Tipo III	11.99
Tipo IV	5.79

Este análisis confirma el alto riesgo que significa el parto domiciliario (tipo II y IV). En cuanto al riesgo elevado encontrado en el tipo III (sin control prenatal, pero con parto institucional) puede deberse a que el contacto con el servicio de salud se realiza tardíamente, o que éste no estuvo preparado para resolver la emergencia. Este aspecto, como ya se mencionó, es un problema no resuelto en nuestro sistema de salud. Los establecimientos no poseen la capacidad resolutive para solucionar emergencias obstétricas y ginecológicas. En una encuesta realizada en 1998 por la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSAP) en 38 hospitales del nivel II, se encontró que del total de médicos sólo 20% a 39% eran especialistas (Guzmán y Frisancho 2001). Los profesionales necesarios para resolver emergencias en el ámbito de salud reproductiva son básicamente gineco-obstetras, cirujanos generales, pediatras y anestesiólogos. Esta última es una de las ramas con menor número de especialistas a nivel nacional, y su presencia en provincias es casi inexistente, por lo que o no pueden realizarse intervenciones quirúrgicas, o éstas se llevan a cabo con anestesia brindada por un médico general o un técnico con limitada capacitación, lo que aumenta el riesgo.

Si se analiza nuevamente el escenario óptimo (tipo I), es decir aquellas mujeres que recibieron cuidados prenatales y que tuvieron parto institucional y fallecieron en un establecimiento de salud, éste arroja un promedio nacional de 38 muertes por cada 100 mil gestantes, lo cual es aún sumamente alto, y como promedio va desde 134 en Cajamarca ó 124 en Huancavelica, a 0 en Tacna u 11

en Lima. Considerando sólo el tipo I de mortalidad, encontramos que la tasa de mortalidad materna es baja (< 20) únicamente en 3 DISA, moderada (20-59) en 11 DISA y alta (60-149) en 10 DISA (Benavides 2001b). Por lo tanto, una tarea pendiente es mejorar la calidad de los servicios obstétricos esenciales, sobre todo en estas últimas DISA. Esto incluye no sólo el poder resolver las emergencias sino también proveer del adecuado cuidado durante el embarazo. Sin embargo, encuestas como la de Population Council en 1997 en Huancavelica, mostraron que sólo 7 de los 12 establecimientos visitados tenían el mínimo equipamiento necesario para realizar el control prenatal (Proyecto 2000 1998).

Según ENDES 2000, 15% de gestantes no recibieron ningún control prenatal; esta cifra llega a 26% en el ámbito rural y a 41% en las mujeres sin educación. Si bien evidencias últimas han puesto en duda el valor de la atención prenatal, por su pobre valor predictivo, es durante ésta que pueden identificarse condiciones potenciales de riesgo que puedan inducir a que la gestante dé a luz en un ambiente adecuado. Tiene mucho más impacto en la reducción de la mortalidad materna el contar con establecimientos que puedan resolver las emergencias, que los más rigurosos controles prenatales o el llamado enfoque de riesgo. La razón es simple: las que corren más riesgo son aquellas que probablemente usen menos los servicios de salud, particularmente los servicios preventivos; es lo que se llama la "ley de cuidado inverso"²¹ (Jahn *et al.* 1998). A ello hay que agregar que la calidad del cuidado prenatal en nuestro país no es la óptima sino que es más bien de tipo productivista; es decir, interesan los números más que el contenido. Lo que sí se puede lograr con el cuidado prenatal a través de las diferentes visitas es que el proveedor de salud persuada y dé confianza a la gestante y sus familiares para que el parto ocurra en un establecimiento que pueda ofrecer cuidados obstétricos esenciales en caso de requerirlos. Un estudio en la India reveló que aquellas mujeres que asistieron a un elevado número de controles prenatales tuvieron cuatro veces más posibilidades de ser asistidas en el parto por personal competente (Bloom *et al.* 1999). En el Perú, según ENDES 2000 sólo 59% de los partos son atendidos por profesionales de salud, siendo uno de los rubros que menos se ha incrementado (en ENDES 1996 era 58%). Por lo tanto, la atención prenatal podría ser uno de los medios para canalizar un mayor número de gestantes hacia un parto institucional. Los análisis de la ENDES 2000 lo comprueban, pues en ausencia de atención prenatal el riesgo de parto domiciliario es 8.88 veces mayor, y el riesgo de muerte por consiguiente, es 9.28 veces más alto (Benavides 2001b).

3.1.3. Acceso a servicios de anticoncepción

Así como hay problemas de acceso a los servicios de atención materna, también existe un insuficiente acceso a información y servicios de anticoncepción de calidad, lo que se traduce en un no uso de métodos anticonceptivos, en especial por mujeres del área rural y adolescentes, porque los servicios no se adecúan a lo que ellas esperan. Más de la mitad de las peruanas (66.9%) en edad fértil no usa ningún método de planificación familiar y se calcula que cerca de un millón de nacimientos ocurridos en los últimos cinco años no eran deseados. Si conocemos que dentro de la cadena causal de la mortalidad materna se necesita que la mujer esté embarazada, cualquier intervención debe considerar reducir las posibilidades de embarazarse tanto en aquellas mujeres con condiciones de riesgo como en las que no desean tener descendencia.

Actualmente, la prevalencia anticonceptiva entre MUEF es de 68.9%, siendo entre las usuarias el uso de métodos modernos de 50.4% y de métodos tradicionales de 18.5%. A lo largo de las diferentes encuestas ha habido un aumento constante y sostenido de la prevalencia anticonceptiva, aunque con cierta disminución en su crecimiento en los últimos 5 años. Entre esta encuesta y la de 1996 ha habido un gran incremento en el uso de métodos en el área rural; sin embargo, el uso de métodos modernos es aún bajo en esas áreas. A nivel nacional, los métodos más usados son el inyectable (14.4%), y el método del ritmo (14.4%) y en tercer lugar se encuentra la AQV femenina (12.3%). Es decir, todavía tenemos un alto uso de métodos poco seguros como el ritmo y por lo tanto las usuarias de éstos están expuestas a un alto riesgo de embarazo no deseado, lo que algunos llaman "protección insuficiente" como un término más amplio que el de demanda insatisfecha. Examinando los datos de la ENDES 2000, hay 37% de mujeres de 15 a 44 años que se encuentran en riesgo de embarazarse sin desearlo. Lo que quiere decir que hay 1.3 millones de mujeres de 15-49 años que están en riesgo de tener un embarazo no deseado y potencialmente de recurrir al aborto inducido (Ferrando 2002).

En nuestro país existe 67% de MUEF que o bien no quieren tener más hijos o están esterilizadas. Esto llega hasta el 83.5% en las que ya tienen tres hijos. Con la edad sucede algo igual, ya que conforme son de mayor edad, los deseos de no tener más hijos se incrementan: 80% de las MUEF entre 35-39 años así lo manifiestan. Las diferencias regionales también son marcadas: en Puno y Huancavelica 82% y 84% de las MUEF respectivamente no desean más hijos, cifra que sobrepasa el 90% en aquellas con tres hijos. Sin embargo, la prevalencia contraceptiva es baja y hay predominio de métodos tradicionales en esos departamentos.

La tasa global de fecundidad, según ENDES 2000, es de 2.9, un 17% mayor al promedio ideal de hijos preferido por las mujeres, que es de 2.4, con muy pocas

variaciones en todas las regiones tanto urbanas como rurales. La brecha se da especialmente en el área rural, con un número real de hijos que en promedio es de 4.3.

Dado que el sector público sigue siendo la principal fuente proveedora de métodos anticonceptivos modernos para 80% de usuarias, es importante mantener la continuidad de los servicios de salud reproductiva con la más amplia gama de métodos. Por cada método adicional disponible en un país, la prevalencia anticonceptiva aumenta en 3.3 puntos porcentuales, de acuerdo con datos de encuestas demográficas y de salud de 44 países (Population Reports 1999).

Además de la mortalidad materna existen otros aspectos críticos en la salud reproductiva de las mujeres de nuestro país. En este capítulo se han seleccionado los más relevantes a criterio del autor. Entre éstos, la problemática de los adolescentes, el aborto, la infección por VIH/SIDA, el cáncer cervical y, por último, la violencia y el abuso sexual. A continuación los revisaremos brevemente.

3.2. Adolescentes

Un grupo poblacional que merece una atención especial en salud reproductiva es el de los y las adolescentes. En el mundo, aproximadamente 15 millones de mujeres menores de 20 años tienen un parto. En el Perú, los adolescentes (10 a 19 años) equivalen a aproximadamente 22% de la población. Según ENDES 2000, 13% de las adolescentes de 15 a 19 años ya son madres o están embarazadas –similar a lo informado por ENDES 96–, con un rango que va de 5.7% en Lima Metropolitana a 20% en Ucayali, Loreto y Huancavelica. Asimismo, este porcentaje es más del doble entre las adolescentes del área rural (21.7%) que entre las del ámbito urbano (9.2%), y nueve veces más entre las que carecen de educación (36.9%) versus las de educación superior (4.1%). Alrededor de 115 mil partos en adolescentes ocurren anualmente en el Perú, y la probabilidad de morir en el parto en este grupo de mujeres es 1.3 veces mayor que el de las mujeres de 20 a 29 años, según ENDES 2000. Las estadísticas del Seguro Escolar del año 2000, consignan cerca de 28% de complicaciones del embarazo, parto y puerperio.

Una gran proporción de los embarazos en adolescentes no son deseados, por lo que las posibilidades de que terminen en aborto provocado son mayores. En el Perú, si se excluye el parto, el aborto estaría ocupando el primer lugar como egreso hospitalario en el MINSA 1999-2000. Se calcula que, en hospitales del MINSA, casi 8% de las hospitalizaciones por aborto corresponden a menores de 19 años (Cordero 2001). El Seguro Escolar consigna que 7% de embarazos terminaron en aborto. Sólo recientemente el Ministerio de Salud ha comenzado a

atender en forma más efectiva a este grupo etario. En 1992, se aprobó la Guía Normativa para la Atención de Embarazadas Adolescentes en los establecimientos de salud. Se cuenta además con el Plan Nacional para la Atención de Salud Integral del Escolar y Adolescente 1997-2001 en el cual el MINSA es responsable de la prevención y atención del embarazo adolescente. Antes, los servicios para adolescentes estaban a cargo de ONG o determinados hospitales que, con apoyo de la cooperación internacional, desarrollaban este tipo de proyectos. Hoy en día el Instituto Materno Perinatal, establecimiento de mayor volumen a nivel nacional en lo que se refiere a la atención obstétrica, tiene un servicio modelo de atención para adolescentes.

Las investigaciones en el campo de sexualidad y adolescencia se han multiplicado; esto significa un sustantivo aporte para el desarrollo de estrategias y programas, pero la tarea es aún un desafío para el Estado. Desde 1992, el Código de los Niños y Adolescentes establece que parte de la educación básica es la orientación sexual y la información sobre planificación familiar. Pero es sólo a partir de 1996 que se crea el Programa Nacional de Educación Sexual del Ministerio de Educación. Sin embargo, éste se ha limitado al tema de la reproducción y no a una educación centrada en la autovaloración del cuerpo y el aprendizaje de valores éticos con relación a la sexualidad. Se ha incidido más en evitar el embarazo adolescente a través de información sobre métodos anticonceptivos (Quintanilla 2001).

3.3. Aborto

Son abismales las diferencias de mortalidad que existen entre los abortos en condiciones de riesgo realizados en países en desarrollo y aquellos practicados en forma lícita en países desarrollados. En los primeros, la mortalidad es de 100 a 600 defunciones por 100 mil abortos, mientras que en los segundos es de 0.6 defunciones por 100 mil abortos (Henshaw 1990). Esta diferencia muestra el grave problema que significa para nuestros países el aborto realizado en condiciones de riesgo. A ello habría que agregar los miles de mujeres que, sobreviviendo a un aborto realizado en esas condiciones, quedan con severas complicaciones que les causan infertilidad permanente, dolor crónico o algún tipo de discapacidad física.

En América Latina, 4 millones de mujeres de todas las edades y características arriesgan sus vidas cada año al recurrir al aborto clandestino. De éstas, 7 de cada 10 mujeres viven en 6 países: Brasil, México, Perú, República Dominicana, Colombia y Chile (Alan Guttmacher Institute 1992). En el Perú, según el estudio reciente de Ferrando, se producen anualmente 352 mil abortos. De cada 100 abortos, 39 se complican; pero de ellos, sólo 14 se hospitalizan. O sea, el sistema de salud ve una pequeñísima parte de los abortos; por lo tanto, siempre habrá

dudas sobre el real número de ellos. De las atenciones de aborto realizadas en el MINSA en el año 2000, el 14% fue en adolescentes. Los abortos clandestinos se producen con una diversidad de métodos, de acuerdo con el nivel socioeconómico, que van desde los más modernos como la succión al vacío, hasta el de la introducción en la vagina de objetos y hierbas. Existen métodos más cruentos, como masajear el abdomen con piedra de moler, que muestran el grado de desesperación al que pueden llegar estas mujeres para terminar con un embarazo que no desean. Los abortos en las mujeres rurales pobres son realizados mayormente por empíricos o por ellas mismas (82%); en cambio, las mujeres urbanas con recursos tienen una mayor proporción de abortos realizados por médicos (77%). Lógicamente, las complicaciones son mayores en las mujeres pobres que en las urbanas. De 1'004,000 embarazos que ocurrieron en el Perú en el 2000, 35% terminaron en abortos inducidos, 25% son no deseados, y sólo 40% fueron deseados (Ferrando 2002).

3.4. SIDA

Al final de los noventa habían muerto de SIDA cerca de 14 millones de personas desde el inicio de la epidemia y más de 36 millones de personas vivían con VIH. Algunos países como la India tienen 4 millones de personas enfermas y Zimbabwe tiene al 25% de su población infectada (Cueto 2001). Cada día 7 mil jóvenes contraen el virus. Casi la mitad de ellos son mujeres en sus años reproductivos y más de un millón de niños fueron infectados por sus madres. Se ha estimado que cerca de 1.5 millones de mujeres VIH positivas se embarazan cada año, lo que significa que cerca de 600 mil niños serán infectados anualmente por transmisión materna (UNAIDS 1998). Los estimados de transmisión vertical (madre-niño) varían grandemente de 15 a 25% en Europa y EEUU, hasta 25 a 40% en África y Asia (Working Group on Mother to Child Transmission of HIV 1995).

En América Latina, existen unos 180,000 casos de SIDA y hay 1'500,000 infectados con VIH. Hasta 1999 habían muerto 557 mil personas con SIDA. En el Perú, en 1983 apareció el primer caso de SIDA, dos años después que el primer caso reportado en los EE. UU. En el año 1999, según el Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA (PROCETSS), se notificaron 987 casos de SIDA con una curva decreciente desde 1997. En nuestro país, el SIDA es básicamente una enfermedad sexual contraída a través del VIH Sub Tipo B. El contagio por transfusiones sanguíneas fue controlado eficientemente desde inicios de los noventa, y en los últimos dos años hubo sólo dos casos por transfusiones. Si bien en el Perú 9 de cada 10 casos de SIDA son hombres, cuando se ven las cifras de infectados por VIH, de cada cuatro, una es mujer, es decir cada vez la enfermedad se va haciendo más femenina y lo lamentable es que en el 75% de los casos las mujeres son absolutamente monógamas (Gotuzzo 1996). Si no se toman medidas adicionales, este cambio de tendencia podría llegar dentro de

pocos años a ser no sólo 1:1 sino que podría invertirse, como en Brasil. La infección está aumentando en forma acelerada entre los 15 y 25 años y en estratos populares. El inicio sexual muy temprano de los hombres, el número de parejas, su inicio con prostitutas y homosexuales (hasta un 20%), hacen que el hombre sea un factor de riesgo de infección muy importante, especialmente para su pareja y esposa. A los 25 años de edad el número de parejas en la vida de un hombre es aproximadamente 11, mientras que en la mujer es de 1 a 1.5 parejas en promedio. Lo concreto, entonces, es que la infección se presenta cada vez en más jóvenes, y que las mujeres contagiadas por sus esposos adquieren la enfermedad, se embarazan y tienen niños con el riesgo de transmisión vertical. La velocidad del incremento de la transmisión hacia las mujeres muestra que la epidemia está pasando de ser una concentrada en los grupos de riesgo a una generalizada en la población. En este campo, en el Perú hubo en la última década una serie de avances, desde el reconocimiento del problema por parte de la sociedad hasta el hecho de que la prostitución carnetizada tiene una de las cifras más bajas del mundo en prevalencia de VIH, 2 por cada mil a través de los últimos 7 años. Esto se debe a las acciones preventivas llevadas a cabo con este grupo como detección temprana de ETS y uso del condón, que según estudios es un 75% permanente y 25% casi siempre (Gotuzzo 1996). Hay que reconocer en esos avances al primer impulso dado por la creación, en 1988, del Programa Especial de Control del SIDA (PECOS), y luego, en 1996, del PROCETSS. También al invaluable esfuerzo de una serie de ONG dedicadas a este asunto, entre las que destacan Vía Libre, MOHL, El Hongo, Generación, Germinal y Ayudémonos. Mención especial en la lucha contra el SIDA en el Perú, merece el Instituto Médico Naval de Investigación de los Estados Unidos (NAMRID), que a fines de 1985 inició en el Perú un gigantesco estudio de prevalencia del VIH en poblaciones en riesgo y en no riesgo. Para octubre de 1988, se habían examinado 78,828 muestras con un total de 351 casos positivos. Su aporte no sólo consistió en ser la única institución que pudo afrontar el alto costo del estudio, sino que dio el alerta sobre el problema que significaban, para la propagación de la infección, los donantes profesionales de sangre y el bajo control de calidad de los bancos de sangre. El estudio del NAMRID tuvo repercusiones en la bioseguridad de los servicios de salud, la reestructuración de los bancos de sangre, las investigaciones diversas, la dación de un decreto supremo, en 1990, prohibiendo la comercialización y el lucro en la obtención de sangre, y el aliento y fomento a la donación voluntaria. Estos son algunos de los enormes efectos positivos que tuvo el NAMRID en nuestro país (Cueto 2001).

Dado que en nuestro país el VIH es transmitido principalmente por vía sexual, y mayormente de tipo heterosexual, es importante tener en cuenta el nivel de prevalencia de ETS y la necesidad de diagnosticarlas y tratarlas, pues muchas pasan inadvertidas, y de ahí que se les denomine "la epidemia silenciosa". El ser portador de una ETS influye en el contagio de la enfermedad. Si un hombre y una

mujer tienen una relación sexual y el hombre está infectado de VIH, se puede transmitir uno por cada mil relaciones sexuales, pero si uno de los dos tiene una úlcera genital, se transmite 1 por cada 100, y si ambos tienen úlcera genital es 1 por cada 50. Quiere decir que el contagio se potencia de manera notable al tener úlceras genitales inducidas por una ETS (Gotuzzo 1996). Según ENDES 2000, una cuarta parte de las mujeres entrevistadas había tenido una ETS en los últimos 12 meses y el 71% de ellas buscó tratamiento con un médico. Lo cual muestra que una cuarta parte mantuvo la enfermedad exponiéndose a un contagio por VIH. Nuevos retos se han presentado en la epidemia del SIDA en nuestro país. Uno de ellos es el creciente número de enfermos de SIDA que al mismo tiempo son tuberculosos resistentes, lo que crea un gran peligro de contagio y manejo futuro. El otro es el alto costo que representa para los pacientes, y en algunos casos para el Estado, el tratamiento con retrovirales, que puede llegar a ser hasta de 9 mil dólares al año. Países como Sudáfrica y Brasil han comenzado a producir sus propios medicamentos luego de gran disputa con las empresas farmacéuticas dueñas de las patentes. En el Perú, el MINSA usa los retrovirales principalmente en el manejo de la transmisión vertical, dando tratamiento a la madre y al niño. EsSalud cubre a un grupo muy selecto de asegurados en un número no mayor a 300, los que tienen que reunir ciertas condiciones como no haber recibido tratamiento previo, no ser dependientes de drogas, etc. Por último, un grupo muy pequeño de enfermos es tratado en forma directa, ya que no hay ningún seguro privado que los cubra, pese a que existe una norma que dice que si un asegurado contrae la enfermedad, luego de 5 años de estar enrolado en un seguro éste debería cubrir el tratamiento. En el Perú es tan desamparada la situación frente al SIDA, que no hay una norma clara en el caso de que un profesional de salud adquiera la enfermedad durante el cumplimiento de sus labores profesionales.

3.5. Cáncer cervical

A nivel mundial, el cáncer cervical es el segundo tipo de cáncer en la mujer, con aproximadamente 450 mil casos estimados anualmente. Es la primera causa de muerte por cáncer en los países en desarrollo. Las más altas cifras se encuentran en los países del Sub-Sahara de África, Centro y Sudamérica. En los últimos años diversos estudios han mostrado la clara asociación entre el desarrollo de cáncer cervical en una mujer y el número de parejas sexuales que ella o su pareja hayan tenido. Esta asociación sugiere un agente de transmisión sexual en la etiología de la neoplasia cervical. En la actualidad, el virus del papiloma humano (HPV), particularmente los subtipos 16 y 18 se consideran como factor causal de esta enfermedad. Pero a pesar de contar con el conocimiento epidemiológico de la neoplasia cervical, en ningún país se han desarrollado hasta el momento estrategias efectivas de prevención primaria. El mayor progreso en relación con el cáncer cervical ha ocurrido gracias a los programas de despistaje citológico a través de la prueba de papanicolaou, un simple test iniciado hace más de 70 años

y que ha sido la única y más efectiva herramienta para reducir la morbimortalidad del cáncer cervical invasivo. Existen todavía una serie de barreras en los países en desarrollo para llevar a cabo programas de despistaje. Si bien es una prueba simple y de bajísimo costo para el despistaje masivo, existen problemas en la calidad de la lectura. La falta de citotecnólogos ha sido una de las serias deficiencias de los programas.

En el Perú, el cáncer de cuello uterino es la primera causa de muerte por cáncer en mujeres, y la segunda causa de mortalidad general por cáncer luego del de estómago. Entre 1986 y 1997 se registraron en el Perú 6,369 muertes por cáncer cervical. En Lima Metropolitana, entre 1990 y 1993 hubo 933 muertes por cáncer cervical, superado sólo por el cáncer de mama con 992 muertes (MINSA/ Dirección Ejecutiva de Enfermedades No Transmisibles 1994). En cuanto a la incidencia del cáncer cervical en el Perú, no hay un dato nacional preciso ya que existe un problema de registro. Únicamente se cuenta con dos registros de cáncer: el de Lima, realizado por el Centro de Investigación en Cáncer "Maes Heller" y el Registro de Cáncer de Trujillo. El primero, con datos de 1993 da una incidencia de 26.1 por 100 mil mujeres en edad reproductiva. El segundo da una tasa de incidencia de 53 por 100 mil mujeres en edad reproductiva, pero no señala fecha. Si esta última tasa fuera cierta, Trujillo tendría la tasa más alta de América en cáncer cervical, por lo que muchos son escépticos ante esta cifra. Existe además una información de la Liga Peruana de Lucha Contra el Cáncer, que señala que de 1953 a 1998 atendieron a 621,969 mujeres, diagnosticándose 1,531 casos de cáncer de cuello uterino, lo que representaba el 0.25%, y que más de la mitad de ellos (58.7%) fueron carcinoma in situ. Existe pues una evidente deficiencia en el registro de cáncer en el Perú, que debe ser subsanada en el más corto plazo, pues impide la aplicación de políticas efectivas en este campo, así como el conocer la incidencia regional.

Entre las propuestas novedosas en el campo de la lucha contra el cáncer cervical se encuentra el Proyecto TATI²² llevado a cabo por la Organización Panamericana de la Salud conjuntamente con varias organizaciones como PATH, IARC, JHPIEGO, ENGENDERHEALTH y el Plan Nacional de Prevención de Cáncer Ginecológico del Ministerio de Salud en San Martín. Se realiza tamizaje con PAP e inspección visual con ácido acético (IVAA) asociado a crioterapia, como alternativa o complemento del PAP. Es un proyecto de demostración de una estrategia costo-efectiva para prevenir el cáncer cérvico uterino para mujeres de mayor riesgo, es decir entre 25 y 49 años de edad. Participan obstetrices (principalmente) y médicos y se realiza en puestos y centros de salud de la región, con centros de referencia para colposcopia y electrocirugía cuando es necesario. Hay además todo un componente de promoción de la prevención del cáncer, orienta-

do a motivar a las mujeres y generar una demanda informada, a fin de incrementar el uso y ampliar el acceso a los servicios de salud. De 11,440 mujeres tamizadas con IVAA en el período de noviembre del 2000 a agosto del 2001, se realizaron 1,249 IVAA magnificado²³ y se encontraron 33 cánceres cervicales de los cuales 22 eran avanzados, los que tuvieron que ser derivados al Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) (MINSA/Proyecto TATI 2001). En otro estudio llevado a cabo por el movimiento Manuela Ramos en algunas comunidades rurales y periurbanas de 8 departamentos del Perú²⁴, para determinar la prevalencia y factores asociados al papanicolao anormal, se encontró en dos comunidades de Ucayali y una de La Libertad un porcentaje bastante alto (7%, 11%, 4% respectivamente) de lesiones de alto grado (Chaves *et al.* 2000), lo que demuestra que existen zonas en el Perú con alta prevalencia de lesión cervical, sin conocimiento de las autoridades del sector. Esta información demuestra la necesidad de impulsar el Programa Nacional de Cáncer Ginecológico.

3.6. Violencia y abuso sexual

Se considera acto de violencia basado en el género a aquél que tiene como resultado posible o real un daño físico, sexual o psicológico, incluidas las amenazas, la coerción y la privación arbitraria de la libertad, ya sea en la vida pública o privada. La violencia contra las mujeres refleja la fragilidad de la organización social y la situación de subordinación en la que éstas se encuentran. Deteriora su integridad física, emocional, afectiva y social, y por tanto tiene un impacto directo en su salud, calidad de vida y opciones de desarrollo. La violencia contra la mujer y la niña es un importante tema de salud y derechos humanos. Por lo menos una de cada cinco mujeres ha sido maltratada física o sexualmente por uno o varios hombres en su vida.

En América Latina la violencia es una importante causa de muerte o incapacidad en mujeres en edad reproductiva, tan grave como el cáncer, los accidentes de tránsito y el paludismo juntos. En conferencias internacionales los estados acordaron que la violencia contra la mujer es una prioridad de salud pública y se comprometieron a abordar sus consecuencias para la salud. La violencia contra la mujer se produce usualmente en el hogar o en la familia. Las investigaciones muestran que una mujer tiene mayor probabilidad de ser violada, lastimada o asesinada por su compañero actual o anterior, que por otra persona. Existe un subregistro del problema a raíz de que muchas mujeres no lo denuncian. Además, algunas piensan que la denuncia puede agravar su situación y puede generar represalias. En países donde se han hecho estudios fiables, los resulta-

²³ IVAA magnificado se realiza a través de un aviscopio, una especie de colposcopio portátil y manual.

²⁴ Ucayali, San Martín, Ayacucho, La Libertad, Puno, Áncash, Huancavelica y Lima.

dos indican que entre 16% y 52% de las mujeres han sido agredidas por un compañero íntimo.

En los países de nuestra región, si bien son escasos los datos sobre violación sexual, todo parece indicar que es considerablemente alta. Seis investigaciones independientes de los Estados Unidos indican que entre 14% y 20% de las mujeres experimentaron una violación completa por lo menos una vez en la vida. Aunque muchas violaciones son causadas por desconocidos de la víctima, en mayor proporción los violadores son conocidos, “amigos”, familiares y personas en posición de poder y confianza. Muchas mujeres casadas o en pareja estable no catalogan como una violación el coito forzado en contra de sus deseos. En algunos países ya se reconoce la violación en el matrimonio como un delito penal; otros siguen aduciendo que el esposo tiene el derecho legal de acceso sexual ilimitado a la esposa. En encuestas de la región, entre el 10% y 15% de las mujeres son obligadas a tener relaciones sexuales en contra de su voluntad.

Muchas mujeres opinan que más grave que la violencia física son el maltrato emocional, los insultos incesantes y la tiranía, porque socavan la seguridad y confianza en sí mismas.

El maltrato sexual contra la niña o el niño es un abuso de poder que abarca muchas formas de actividad sexual que se produce con una persona mayor que, en la gran mayoría de los casos, la víctima conoce. Estudios han revelado que entre el 36% y 62% de todas las víctimas tienen 15 años de edad o menos.

En el Perú, de acuerdo a la ENDES 2000, 41% de las mujeres alguna vez unidas han sido empujadas, golpeadas o agredidas físicamente por su esposo o compañero; la mayoría de ellas (83%) a veces y un 16% frecuentemente. Es mayor entre las mujeres de 35 años o más, con educación primaria, y mujeres separadas, viudas o divorciadas. El departamento de Cusco está entre los de mayor porcentaje de afectadas. Hay 28% de mujeres que han sido agredidas por una persona diferente a su esposo o compañero. Como vemos, en el Perú la violencia contra la mujer es un problema muy serio que recién se comienza a documentar. De aquellas que sufrieron violencia, sólo 46% pidieron ayuda a una persona cercana y únicamente 19% acudieron a una institución en búsqueda de apoyo, generalmente la comisaría. O sea, todavía no hay una conciencia de denuncia y a la vez no hay una información amplia sobre las diferentes instituciones de ayuda. De aquellas que no denuncian el hecho, 25% es porque los daños no fueron serios, 14% “porque lo merece” y 14% “por vergüenza o humillación”, todas ellas indicativas de una baja estima personal (ENDES 2000).

En cuanto al maltrato infantil, según ENDES 2000 el 41% de los padres admite que corrige con golpes a sus hijos. Una tercera parte de las mujeres en edad fértil

(MEF) cree además que para educar a los hijos es necesario usar algunas veces el castigo físico, quizás influenciadas porque el 56% de ellas declaró que su padre la castigaba físicamente y el 40% vio que éste lo hacía con su madre.

La violencia no sólo tiene un costo social sino también un costo económico. Un estudio en Canadá calculó en 1,600 millones de dólares por año el costo de la violencia en el hogar, lo que incluía atención médica y pérdida de productividad (OMS 1998).

Experiencias realizadas en otros países muestran la necesidad de incorporar este problema al sistema de salud y en especial a los servicios de salud reproductiva desde la perspectiva de brindar una atención integral y de calidad a las mujeres.

4. Propuestas de políticas

La morbilidad y mortalidad materna pueden reducirse a través de la sinergia de una serie de intervenciones combinadas. Éstas incluyen educación para todos, acceso universal a servicios de salud y nutrición antes, durante y luego del parto, acceso a servicios de planificación familiar, atención profesional del parto y acceso a servicios obstétricos de calidad en caso de emergencias obstétricas. Asimismo, políticas que eleven el estatus económico y social de la mujer. La única forma de lograrlo es a través de un compromiso nacional que defienda el derecho a la vida de las mujeres de nuestro país. Es incomprensible que siendo éste un derecho humano fundamental y habiendo el Perú ratificado una serie de acuerdos internacionales en materia de derechos humanos y salud, y en especial salud reproductiva, no se ha manifestado en una política pública prioritaria que movilice a todos los sectores y a la población en su conjunto. El Estado peruano no ha cumplido con los compromisos trazados sobre reducción de la mortalidad materna. Por ejemplo, tiene el compromiso jurídico y político de cumplir con el contenido del PIDSEC desde julio de 1978. Sin embargo, en 1998 el Comité de Derechos Sociales, Económicos y Culturales le planteó una serie de observaciones y recomendaciones al Estado peruano.

Un ejemplo de compromiso de este tipo es el de Sri Lanka, donde la mortalidad materna descendió de 555 por 100 mil nacidos vivos en 1960, a 30 por 100 mil nacidos en 1990. En treinta años logró lo que países con un mayor nivel de ingreso no han conseguido. Sri Lanka tiene un ingreso per cápita de 700 dólares, igual que Costa de Marfil donde la mortalidad materna es de 830 por 100 mil nacidos vivos (Donnay 2000). En el campo social es fundamental fomentar políticas encaminadas al empoderamiento de la mujer, eliminando toda política discriminatoria, fomentando la educación y remarcando su derecho al disfrute de una salud reproductiva gratificante, sin coerción, sin temor a infección o embarazos no deseados y el derecho a un parto seguro.

El reto, actualmente, es el de reorientar los programas en intervenciones prioritarias y movilizar suficientes recursos para su implementación. Muchos más recursos han sido puestos en los últimos tiempos en el cuidado prenatal que en la atención del parto y el manejo de complicaciones del parto y el aborto. La gran mayoría de complicaciones y muertes aparecen durante e inmediatamente después del parto, a causa de repentinas e inesperadas complicaciones. Pero así como la mayoría de complicaciones obstétricas no pueden ser predichas o prevenidas, ellas pueden ser tratadas con éxito. Por eso hay que acelerar en lo posible la transición hacia el parto institucional en un mediano plazo, y que éste se produzca en un sistema que pueda brindarle la asistencia necesaria en caso de surgir una complicación.

El modelo de los tres retrasos de Maine es excelente para que gerentes de programas y la comunidad puedan comprender los determinantes de la mortalidad materna y poner en el lugar las respuestas adecuadas. Los tres retrasos son: *retraso en reconocer el riesgo y la necesidad de buscar ayuda; retraso en llegar a un servicio, y retraso en obtener el cuidado apropiado en el servicio de salud* (Thadeus y Maine 1990).

Lo ideal sería trabajar en los tres frentes a la vez; es decir, a nivel comunitario, por ejemplo en vías de comunicación y mecanismos de alarma y transporte, y en una mejora de la capacidad resolutive de los servicios. Pero esto muchas veces es poco real. Por otra parte, la lógica nos indicaría que uno debería, al implementar una estrategia de reducción de la mortalidad materna en un determinado ámbito geográfico, avanzar desde el ámbito comunitario hacia el sistema de salud. Pero las evidencias señalan que en un alto porcentaje la población, sobre todo en el medio rural, no se acerca a los establecimientos de salud porque saben que no van a poder solucionar sus problemas al no contar éstos con los medios necesarios. Muchas mujeres son conscientes de estas carencias, por eso existe una diferencia entre el número de las que reciben control prenatal y las que vuelven para atender su parto en el establecimiento. Las personas no estarán motivadas para buscar ayuda médica en un establecimiento de salud si creen que los servicios son de mala calidad, no tiene medicamentos, el personal está ausente o los pacientes son maltratados. Es crucial no comenzar con actividades que movilicen a la comunidad a menos que los servicios de salud estén disponibles y funcionando. Por ello debemos empezar por retomar la confianza de la población mejorando nuestro sistema de salud, haciéndolo más eficiente y de mejor calidad, brindando un trato cálido y respetuoso hacia las creencias culturales de la población. Una vez alcanzado esto, deberá ser dado a conocer a través de estrategias de mercadeo social, y luego lo será por las propias usuarias del sistema al sentirse satisfechas con el servicio recibido. De ahí que debamos comenzar por el fortalecimiento y la mejora de la capacidad resolutive.

4.1. Fortalecimiento y mejora de la capacidad resolutive

El tercer retraso en la causalidad de la mortalidad materna nos dice que la emergencia llega a un establecimiento de salud y éste o demora o no logra resolverla por falta de infraestructura, recursos humanos o insumos. Por esta razón, en primer lugar debemos organizar nuestra red de servicios. La implementación de redes y una adecuada planificación geográfica de los servicios permitiría un mejor orden en el manejo y referencia de los casos. En guías elaboradas conjuntamente por OMS, UNICEF y UNFPA se recomienda que por cada 500 mil habitantes debe haber cuatro establecimientos que ofrezcan atención obstétrica básica y uno que ofrezca atención esencial. Esta última incluye, además de la atención del parto vaginal, retiro manual de la placenta, aspiración manual endouterina (AMEU), colocación de endovenosos y antibioterapia; también la posibilidad de realizar cirugía obstétrica, reparación de laceraciones, banco de sangre, estabilización y manejo de problemas hipertensivos. En el Perú, por lo disperso de su población en algunas áreas de la serranía y la selva, será imposible lograr lo que se recomienda en la guía, pero debe tenerse en cuenta este modelo para poblaciones que se ajusten a ello. Mientras tanto, se debe garantizar el funcionamiento adecuado de la red de servicios para facilitar la estabilización, referencia y acceso de las gestantes a aquellos establecimientos que ofrezcan cuidados obstétricos esenciales o intensivos, según el caso. El Plan de Reducción de la Mortalidad Materna en nuestro país ha determinado cuatro tipos de establecimientos según las funciones obstétricas que éstos realizan: funciones obstétricas primarias, básicas, esenciales e intensivas²⁵.

Asegurar la atención profesional del parto y una adecuada forma de transporte en casos de emergencias es quizás la más crítica intervención a la que debemos abocarnos para lograr una maternidad segura. Para ello debemos contar con el suficiente número de profesionales de salud, en especial obstetras, y distribuirlos en las áreas rurales con los adecuados insumos y equipos. Pero no siempre los médicos y obstetras están accesibles o son culturalmente aceptados, por lo que hay que trabajar también con las parteras empíricas dándoles una capacitación apropiada y articularlas con el sistema de salud, lo que implica supervisión y mecanismos de referencia para casos complicados.

Con respecto al número de establecimientos que hay que priorizar para el mejoramiento de la capacidad resolutive, basado en los resultados del II Censo

²⁵ F.O. Primarias: establecimientos con capacidad para atender parto inminente, incluye atención por técnico sanitario.

F.O. Básica: Establecimientos con capacidad para atención de partos por profesionales.

F.O. Esencial: Establecimientos con capacidad para cirugía obstétrica.

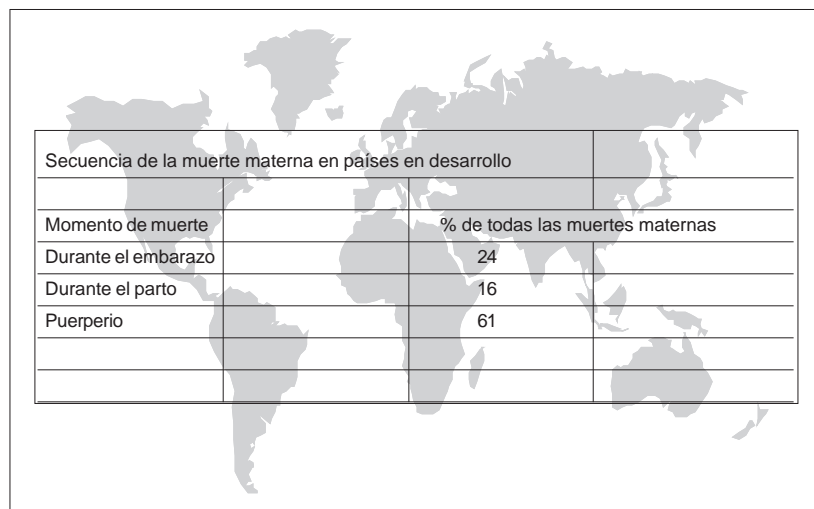
F.O. Intensiva: Establecimientos con capacidad para cuidados intensivos y manejo de situaciones obstétricas complicadas con enfermedades recurrentes.

de Infraestructura y Recursos del Sector Salud, 77% de los partos institucionales y 97% de las cesáreas ocurren en los hospitales, los cuales representan el 2.2% del total de establecimientos del país. A esta información hay que agregar que, de acuerdo a la estadística del MINSA de 1996, el 80% de la producción de servicios de la periferia proviene de 540 establecimientos periféricos, de los casi 6 mil locales que había en ese momento. Por eso es posible concluir que el número de establecimientos que concentran el 80% de los partos institucionales y cesáreas no es muy grande, probablemente 350 entre hospitales departamentales y establecimientos cabecera de red (MINSA/OEI 1997). Por lo tanto, al mejorar la capacidad resolutive en estos establecimientos podemos tener un impacto enorme, y en un corto plazo, sobre la mortalidad materna institucional. Para determinar su real capacidad resolutive deberán ser sometidos a una evaluación de necesidades siguiendo las guías ya existentes, con base en su infraestructura y recursos humanos. Luego será necesario asignarles el tipo de función obstétrica que deberán desempeñar, con base en el análisis de la red a la que pertenecen y en la distribución geográfica. Lo ideal es lograr una distribución que permita la existencia de un establecimiento que brinde una *función obstétrica básica* a unas tres horas de viaje de la mayoría de mujeres de la zona y uno que brinde *función obstétrica esencial* a 12 horas de distancia. Estos tiempos están basados en el promedio estimado de tiempo que transcurre entre el inicio de una complicación obstétrica mayor y la muerte. La mayoría de las complicaciones tiene un tiempo promedio de 12 horas o más. La excepción es la hemorragia post parto, que puede causar la muerte de una mujer en menos de una hora (UNFPA/OMS/UNICEF 1997). Por ello es imperativo implementar la infraestructura necesaria y proveer de los recursos humanos adecuados para el tipo de función obstétrica a desempeñar. La escasez de especialistas, sobre todo en aquellos establecimientos asignados con funciones obstétricas esenciales o intensivas, deberá ser cubierta con los residentes de último año de las especialidades requeridas, los cuales deberán rotar un mínimo de tres meses en estos servicios. Si esto no es suficiente, se deberá capacitar a médicos generales en el manejo de emergencias obstétricas, incluida la realización de cesáreas. El trabajo deberá iniciarse prioritariamente en los departamentos y subregiones donde la mortalidad materna es mayor, como Puno, Cusco, La Libertad, Huánuco y Cajamarca. La experiencia del Proyecto 2000 y su Plan de Mejoramiento Continuo de la Calidad es un excelente modelo a seguir, estableciendo un manejo estandarizado, una relación proveedor-usuario-comunidad, educación permanente, uso de datos y gestión y disponibilidad de recursos. Debemos ponernos como meta a mediano plazo el lograr que 96% de los partos sean atendido por profesionales de salud y que en 90% sean institucionales, lo que significa elevar en un 40% este indicador.

Pero no sólo podemos reducirnos a la atención del parto. El cuidado en el puerperio es fundamental, ya que 61% de las muertes en los países en desarrollo ocurren en ese período, como lo demuestra el Gráfico 4. El 78% sucede en las

primeras 24 a 48 horas, principalmente por hemorragia, lo que ocurre por atonía o retención de restos; luego, por enfermedad hipertensiva y tardíamente por sepsis. La mujer, la familia e incluso muchos profesionales de salud no son conscientes de los riesgos que se presentan durante este período. Por esa razón, las primeras 6 a 24 horas deben ser vistas como parte de la atención del parto. Una particular vigilancia es necesaria en las primeras 4 a 6 horas y luego deberá organizarse una visita domiciliaria en los primeros tres días luego del parto. Un elemento fundamental en la integridad de la atención obstétrica es que los servicios estén en condiciones de ofrecer información y servicios de anticoncepción post parto y post aborto.

Gráfico 4



4.2. Organización y movilización comunitaria

Un cuidado efectivo de salud en el área rural depende de educar a la comunidad en conductas y hábitos saludables; pero en lo que respecta a mortalidad materna hay que instruir a la comunidad, incluyendo hombres como esposos, padres y líderes de opinión, acerca de los preparativos del parto, complicaciones, signos de alarma e incluso extracción de placenta. Es crucial el trabajo con autoridades políticas para que comprendan la magnitud del problema y las posibilidades que tienen su comunidad y el sistema de salud de evitar esas muertes. Se deben fortalecer los lazos entre agentes comunitarios de salud y el sistema formal de salud. Hay que generar un cambio de actitudes y prácticas. Se deberá diseñar una estrategia integral de salud materno-infantil, como la experiencia de UNICEF en Paruro, Cusco. Esta estrategia tiene varios componentes,

entre ellos: participación comunitaria, implementación de hogares maternos, adecuación cultural de servicios de atención a la gestante y recién nacido, IEC (información, educación y comunicación) y capacitación de agentes comunitarios y, por último, seguimiento, supervisión, monitoreo y evaluación. La participación comunitaria trata de lograr la participación activa de las diferentes instancias comunales en la prevención y promoción de la salud materno-infantil a través de estrategias de sensibilización, conformación, capacitación, implementación y vigilancia de la gestante. Para ello, en Paruro se organizaron comités de vigilancia comunitaria integrados por autoridades y líderes de la comunidad, incluyendo al promotor de salud. Estos comités permitían el cuidado de la gestante por un promotor, la sensibilización de la comunidad y la gestante para su traslado a un establecimiento de salud e inclusive la presencia de un pregonero para comunicar al establecimiento de salud la existencia de una emergencia. Se contemplaron medidas coercitivas en caso de que la gestante, esposo o familia se negaran a acudir al servicio de salud. Los comités colaboran también en el mapeo y radar de gestantes para la identificación de la totalidad de éstas, que forman parte de la población de un establecimiento, y así elaborar el llamado “radar de gestantes”. En esa forma es posible ubicar, tipificar el nivel de riesgo, programar el cuidado prenatal y las visitas domiciliarias, así como conocer el número de partos esperados mensualmente.

Un intenso trabajo de IEC a través de asambleas comunales y medios masivos permitirá un mayor apoyo a la labor de los comités. Teniendo información y opciones, la gente puede tomar decisiones inteligentes. En un trabajo realizado en una comunidad de la India se logró que las familias supieran que el parto obstruido, la hemorragia, las convulsiones y la sepsis eran condiciones tratables por las que debían acudir al establecimiento de salud (McCord *et al.* 2001). La aplicación de medidas como las descritas permitirá enfrentar el primer retraso. La capacitación de parteras y parteros tradicionales puede disminuir el riesgo de infecciones y además cumplir un papel de bisagra intercultural. Se debe contemplar la capacitación en primeros auxilios obstétricos y proveerlos de un paquete de emergencia obstétrica que pueda ser llevado a los domicilios o a los establecimientos de nivel primario, que incluya oxitócicos, antibióticos, antipiréticos y un ambu para resucitación neonatal, como medida temporal si el transporte a otro establecimiento tomara horas. Un mecanismo de fondo rotatorio podría mantener el abastecimiento de las medicinas. Una medida de mucha utilidad ya probada en otros países es la implementación de *récores maternos caseros*, que son una cartilla pictórica sin letras en la cual las mujeres mantienen un récord de su salud durante el embarazo y además, provee de una historia completa de su vida reproductiva.

En cuanto al segundo retraso: *el acceso a los servicios de salud*, hay dos medidas que deberían ser contempladas en lo que respecta a las barreras

geográficas. La primera escapa a las posibilidades del sector y se refiere a la construcción, reparación y mantenimiento de las vías de comunicación. Pero será labor del MINSA sensibilizar a las autoridades responsables para que vean como prioridad el mejorar el acceso en aquellas regiones con mayor mortalidad materna. La otra medida a ser contemplada es cómo lograr un oportuno acceso a un centro con capacidad resolutive para el manejo de las emergencias obstétricas. Esto se inicia en la comunidad, con la implementación de un sistema de alarma y transporte que permita una adecuada referencia de las emergencias. Al ser imposible que todos los establecimientos de salud cuenten con medios de transporte, éste deberá ser organizado desde la comunidad, al menos el que va del pueblo al establecimiento. En poblados mayores puede comprometerse la movilidad de la policía o del ejército para el traslado de las emergencias. Es deseable que las redes de los sitios priorizados tengan un sistema de transporte que permita enlazar los establecimientos. Otra estrategia es la información de las emergencias en dos vías, para el apoyo a la resolución de la emergencia o la estabilización de ésta, así como para anticipar su llegada a un centro de referencia. La forma de lograrlo es dotando a los establecimientos de sistemas de comunicación por radio o teléfono satelital. En Mali, un sistema de radio de dos vías y una ambulancia con camilla fue la forma como redujeron de un día a sólo algunas horas el tiempo entre la transmisión del mensaje y el transporte (Donnay 2000). Un recurso importante es el uso de casas de espera maternas en aquellos casos en que es posible detectar un antecedente. En el país se han habilitado 70 casas de espera: 65 en la sierra rural, 4 en selva rural y una en la costa rural. Existen otras 220 casas de espera que a pesar de tener local no funcionan por falta de implementación (MINSA/Dirección General de Salud de la Mujer, Niño y Adolescente 2001). Por ello es fundamental que éstas respondan a una necesidad de la comunidad, y que ésta asuma la decisión de implementarlas, gestionarlas y administrarlas. Sólo ello asegurará su sostenibilidad. El papel del sector salud debe ser de motivación, apoyo técnico, vigilancia y educación de las gestantes alojadas. La experiencia de Paruro, que adecuó hogares maternos en 7 distritos, permitió evitar 24 muertes maternas (UNICEF/Equipo Técnico UBASS Paruro 2000).

La única forma de superar la barrera económica para el acceso a los servicios es la puesta en marcha del aseguramiento público bajo el modelo y plan de beneficios propuesto en el Seguro Público de Salud. En éste se contempla la atención del embarazo, parto y puerperio, así como la anticoncepción y el manejo del aborto incompleto en todas las mujeres en edad fértil, con un subsidio focalizado, siendo total en los tres primeros quintiles (los más pobres) y parcial en los dos últimos. De esta forma, toda gestante que requiera cuidados obstétricos esenciales podrá acceder a ellos sin que medie ninguna barrera de tipo económico. Muchas veces las familias desean pagar pero no tienen el efectivo a mano cuando lo necesitan. El aseguramiento público es una medida costo-efectiva que

permite resolver un grave problema de salud. En un análisis global de costo-efectividad de una serie de intervenciones de salud, llevado a cabo por el Banco Mundial y la OMS, se encontró que los servicios de planificación familiar y los maternos eran las intervenciones de salud más costo-efectivas en términos de muertes y discapacidades prevenidas (Family Care International 1997). El costo de un paquete completo como el de OMS, "Mother-Baby Package", que incluye: control prenatal, parto profesional, cuidado de complicaciones obstétricas (hemorragia, parto obstruido, eclampsia, sepsis, complicaciones de aborto), cuidado neonatal, planificación familiar post parto y manejo de ETS, cuesta entre 3 y 6 dólares por persona al año. En el Seguro Materno-Infantil un parto normal con seis controles prenatales y uno puerperal costaba 40 dólares; en el caso de cesárea 66 dólares. Si el sector público cubriera los 600 mil partos anuales (dentro de ellos aproximadamente 90 mil cesáreas), no gastaría más de 26 millones de dólares, es decir un dólar por habitante al año.

Se deberá continuar con la adecuación cultural de los establecimientos de salud como una estrategia importante para disminuir la barrera cultural. La perspectiva intercultural en salud es una condición, una habilidad y una capacidad para entrar en contacto con "otros" que tienen formas diferentes de sentir, pensar y actuar en salud. Esto es imprescindible lograrlo en un país como el Perú, con una diversidad étnica y cultural significativa y mundialmente reconocida (MINSA 2001).

Los servicios deben incorporar técnicas tradicionales de atención del parto para aquellas mujeres que así lo deseen. En este caso, los partos serían atendidos por las parteras tradicionales, con el respaldo de los profesionales de salud que actuarían ante alguna complicación.

En la actualidad, sólo 25 establecimientos han adecuado salas y atención del parto a las características culturales del medio, sobre todo en el área andina; pero como se ve por los números, aún es insuficiente. Para conseguir este fin se debe sensibilizar y capacitar al personal de salud, implementar el mobiliario y las rutinas de atención. Esto implica la movilización de recursos técnicos y financieros y la voluntad política de hacerlo. Debería ser una política regional en varias zonas de nuestro territorio nacional. Los establecimientos ya adecuados deberían adoptarse como centros de capacitación para estudiantes y trabajadores de salud, lo que les permitirá ser más respetuosos de las tradiciones culturales ancestrales de nuestra población, especialmente la andina. Sólo conociendo sus concepciones etno-fisiológicas lograremos su confianza. Los proveedores de salud deberán recibir talleres de cultura andina que contengan nociones básicas de idioma quechua y aimara.

4.3. Nuevo modelo de control pre-natal

Este es un aspecto que merece ser destacado a la luz de las últimas evidencias y propuestas de la OMS. Todo embarazo enfrenta un riesgo, y según la evidencia actual no se puede seguir contando con el control prenatal y el enfoque de riesgo como solución para la reducción de la mortalidad materna. El control prenatal tiene un pobre valor predictivo. Las complicaciones del embarazo y parto son difíciles de prevenir, por lo que el objetivo crítico es más bien lograr que todas las mujeres gestantes tengan acceso a servicios adecuados y de buena calidad, capaces de detectar y sobre todo controlar las complicaciones.

Más que el conocido y difundido *score de riesgo*, donde se ponderaba una serie de antecedentes personales y sociales, hay que basarse en los antecedentes obstétricos previos, tales como abortos, natimuecos, cesárea previa, partos previos con bajo peso al nacer o antecedentes patológicos en sus gestaciones anteriores. También es importante ver problemas actuales como hipertensión, diabetes, enfermedad renal, malposición fetal, sangrado vaginal o embarazo gemelar; asimismo, si la mujer es menor de 16 años o mayor de 40. Sólo 10% a 30% de todas las mujeres catalogadas como de alto riesgo experimentan una complicación adversa que el *score de riesgo* debería predecir. Los factores individuales son pobres predictores, y su impacto ha sido más anticipar el resultado infantil que el resultado materno. La tendencia actual es identificar gestantes que tengan problemas y definir qué se puede hacer al respecto.

El cuidado prenatal, tal como es llevado actualmente, se originó en los modelos europeos de comienzos del siglo XX y la mayoría de las actividades que se realizan no han sufrido mayores cambios desde entonces. Se han agregado una serie de valiosos exámenes auxiliares y *tests*, pero la mayoría de éstos han sido examinados en estudios randomizados, caso control y doble ciego, que no han mostrado diferencia significativa en cuanto a la mayoría de los resultados perinatales²⁶. Además, muchos por su alto costo muchos son poco aplicables a nivel nacional. El esquema de control prenatal actualmente puede alcanzar hasta 16 visitas; el número, espaciamiento y contenido parece más de ritual que de un cuidado basado en evidencias. El control prenatal es quizás de lejos la actividad médica más rutinaria. Archie Cochrane escribió en 1972 “por una curiosa situación, el control prenatal ha escapado de la evaluación crítica a la cual todos los otros procedimientos de tamizaje han sido sometidos” (Villar *et al.* 2001). Y realmente fue así hasta tiempos recientes, en que se ha dedicado una más rigurosa evaluación al número, espaciamiento y contenido de éste. Los diferentes estudios llevados a cabo no muestran diferencias en los resultados maternos

²⁶ La mayoría de los *tests* evalúa el bienestar fetal.

entre el nuevo modelo propuesto por la OMS, de cuatro visitas y los rutinarios. Un estudio de tipo multicéntrico randomizado y caso-control, fue llevado a cabo en clínicas de Argentina, Cuba, Arabia Saudita y Tailandia. Si bien no se usó la tasa de mortalidad materna, por necesitarse para ello una población mayor, los resultados secundarios como bajo peso al nacer, infecciones del tracto urinario y pre-eclampsia no fueron diferentes. Más bien hubo un efecto protector sobre la severa anemia post parto en el grupo del nuevo modelo (Villar *et al.* 2001). Otro estudio realizado en Zimbabwe no mostró diferencias en cesáreas, hemorragia ante parto y post parto o mortalidad materna. Sí hubo diferencia en el grupo de intervención al disminuir en éste la incidencia de pre-eclampsia (Carrolli *et al.* 2001).

Se ha probado que es suficientemente adecuado un control prenatal de menor número de visitas pero de mayor calidad. En la primera cita se hace una evaluación de los antecedentes o riesgos presentes de acuerdo con una lista de chequeo de 18 ítems y se divide en dos grupos; a aquellas sin antecedentes o riesgo se les suministra el control de rutina bajo el nuevo modelo. Son mujeres que se cree que no necesitarán una evaluación posterior o cuidado especial luego de la primera visita de acuerdo con un determinado criterio de riesgo basado en la lista de chequeo. A las otras se les brinda el manejo adecuado para cualquier condición detectada o factor de riesgo. Entonces, en la primera visita las mujeres son divididas en aquellas que necesitan o no necesitan mayores evaluaciones o un cuidado especial. Las que no necesitan los cuidados especiales son enroladas en los cuatro controles: antes de las 12 semanas (ideal), a las 26, 32 y 38 semanas (Villar *et al.* 2001). Las actividades del nuevo modelo incluyen el tamizaje de las condiciones de salud que puedan incrementar el riesgo, intervenciones terapéuticas conocidas como benéficas, instruir y alertar a la gestante acerca de emergencias y su apropiada respuesta. La lista de chequeo está incluida en la historia clínica, por lo que puede ser revisada en los diferentes controles.

Un control prenatal de buena calidad debe además establecer una relación positiva entre los proveedores y las gestantes y sus familiares directos; debe servir para construir confianza y fomentar el parto institucional. También debe responder a las necesidades de las gestantes, incluidos pruebas, *tests* o intervenciones. Debe ser accesible y estar lo más cercano posible de donde reside la gestante. Por ello creemos que, dadas las condiciones del país, es necesaria la introducción del nuevo modelo de control prenatal a nivel nacional por ser costo-efectivo. Esto significará indudablemente una re-capacitación de los profesionales de salud.

Todas las medidas antes descritas deberán contar con elementos indispensables que permitan el adecuado proceso:

- ✧ Aplicación de **guías nacionales y protocolos** para estandarizar el manejo, en especial de las emergencias obstétricas; hacerlo más eficiente y contener los costos. Hay en el MINSA quizás un exceso de guías y protocolos, como las del Proyecto 2000, del PSNB y de la Dirección de Salud Reproductiva. Deberá culminarse el trabajo de integración de estas guías, que se inició durante el Gobierno de Transición. En el caso particular de la prevención de la transmisión vertical del VIH/SIDA es importante señalar medidas tales como evitar los *tests invasivos*, realizar el parto por cesárea (pues por esa vía se disminuye en un 80% la transmisión vertical) y restringir la lactancia materna, así como los esquemas de uso de drogas antirretrovirales como Zidovudina tanto para la gestante como en los recién nacidos, antes de las 48 horas y por seis semanas. El costo de las antirretrovirales es alto y es una de las limitaciones para el tratamiento. Deberá verse la forma de abaratar sus costos, por ejemplo a través de compras globales, invertir más en prevención y dar tratamiento completo a los niños. En el caso de los adultos, será necesario contemplar, dadas nuestras restricciones presupuestales, la posibilidad de proporcionar solamente un tratamiento parcial. Los antirretrovirales deberán ser incluidos dentro del paquete del seguro público para aquellos casos considerados prioritarios.
- ✧ Mantenimiento de un activo sistema de **reporte y vigilancia epidemiológica** que nos permita recoger frecuencia, analizar, examinar causalidad, clasificar las muertes y a partir de ello tomar acciones inmediatas. Esto se logra con la implementación y obligatoriedad a nivel nacional del llenado de las diferentes fichas tales como la de Notificación Inmediata de Muerte Materna; la de Investigación Epidemiológica de Muerte Materna, en la que se encuentra la “autopsia verbal” para aquellos casos de muerte ocurrida fuera de los establecimientos de salud; y la “autopsia social”, que da información sobre las condiciones sociales de la occisa y recopila información sobre los tres retrasos en la causalidad de la muerte materna. Por último, la aplicación a nivel nacional del nuevo certificado de defunción, que contiene, del casillero 20 al 31, información que debe ser llenada en casos de muerte materna. Todo esto podrá lograrse con la activación de los Comités de Vigilancia de la Muerte Materna y Perinatal.
- ✧ Los datos que se puedan obtener con el sistema de reporte y vigilancia epidemiológica no son tan útiles como para conocer el progreso de un plan o programa de reducción de la muerte materna, ya que son al fin y al cabo indicadores de impacto. Lo que necesitamos son indicadores de procesos específicos para evaluar la disponibilidad, el uso y la calidad de los servicios, especialmente con funciones obstétricas esenciales (FOE). Estos indicadores han sido desarrollados por UNFPA, OMS y UNICEF. En

nuestro país se les denomina **indicadores trazadores** y nos dan información sobre proporción de partos atendidos por profesionales, número de referencias de casos de emergencia, parto institucional, porcentaje de mujeres con complicaciones que son atendidas en los establecimientos con funciones obstétricas esenciales, número de cesáreas, cobertura de gestantes, etc. Sólo en esa forma se tendrá un monitoreo exacto del progreso del programa y se podrán realizar los ajustes convenientes. Si se considera que 15% de las mujeres embarazadas pueden desarrollar alguna complicación obstétrica lo suficientemente grave como para ser tratada, debemos tener al menos 15% de todas nuestras embarazadas de una localidad atendidas en una unidad con FOE. Lógicamente, lo que se intenta es lograr que todas aquellas con complicaciones puedan ser atendidas en unidades FOE. También es interesante conocer la cantidad de cesáreas que se están realizando en un FOE y la experiencia internacional nos dice que ésta no debe ser menor del 5% de todos los nacimientos de una población ni mayor de 15%. Esto permitirá prevenir su sub o sobreutilización. La calidad de la atención en un FOE podría ser analizada con un estimador bruto como la tasa de letalidad, que vendría a ser la cantidad de muertes maternas entre mujeres con complicaciones obstétricas tratadas en los FOE. Hay formas más refinadas pero más complicadas, tales como efectuar análisis en profundidad revisando los casos de muertes y otros estudios cualitativos. Esta tasa de letalidad no debería pasar del 1% (UNFPA/OMS/UNICEF 1997).

4.4. Prevenir embarazos no deseados y aborto

Entre las varias condiciones de la cadena causal que deben concurrir para que ocurra una muerte materna, la primera es que la mujer debe estar embarazada. Por lo tanto, para reducir la mortalidad materna, cualquier intervención debe incluir la reducción de las posibilidades de gestar de las mujeres. Para ello hay dos acciones: educación y acceso a servicios de anticoncepción, incluyendo anticoncepción oral de emergencia (AOE). Los objetivos: retrasar el inicio sexual y la edad de unión, y evitar embarazos no planeados o deseados que pueden terminar en aborto o poner en riesgo la vida de una mujer. Se considera que con el uso de planificación familiar se reduciría en un 20% el número de embarazos. El impacto de la planificación familiar en la reducción de la muerte materna está suficientemente documentado (Guzmán 2001).

Muchos factores determinan que, en el país, más de la mitad de las mujeres en edad fértil no usen ningún método de planificación familiar. La accesibilidad a los servicios tiene que ver con ello; pero también existen los patrones culturales, las creencias religiosas, las actitudes personales y la gran desinformación sobre los métodos anticonceptivos modernos a causa de mitos o concepciones erradas. El

miedo a los efectos secundarios, en especial de daño a la salud, continúa en la mente de muchas mujeres. Por ello la información y consejería son fundamentales.

En cuanto al manejo del aborto incompleto, deberá continuarse en forma ambulatoria con los esfuerzos de implementación de la técnica de aspiración manual endouterina (AMEU) en todos los establecimientos con Funciones Obstétricas Esenciales. Esta técnica, a través de diversos estudios en diferentes países y en el Perú, ha probado ser más segura y de menor costo que el legrado uterino convencional. La atención integral al aborto incluye el componente de información y anticoncepción post aborto. Hasta la fecha han sido capacitados en atención integral del aborto 153 médicos, 140 obstetras, 46 enfermeras y 35 técnicas de enfermería (MINSA, Dirección General de Salud de la Mujer, Niño y Adolescente 2001)²⁷.

La utilización amplia de la anticoncepción de emergencia puede evitar los embarazos no deseados, entre un 75% y 85%, dependiendo de la combinación y la prontitud de su administración antes de las 72 horas. Este es un recurso valioso en el caso de las adolescentes que han tenido un coito sin protección en un período de riesgo de embarazo, y asimismo en los casos de violación, por lo que no sólo debe estar en el conocimiento y a disposición en los servicios de salud, sino también en todas aquellas instituciones y dependencias que tienen que ver con los casos de violación, ya sean comisarías, dependencias médico-legales y ONG. Un reciente estudio realizado en Shangai concluyó que 60% de los abortos inducidos en el período del estudio (1997-98) podrían haber sido prevenidos si las mujeres del estudio hubieran usado la AOE con un progestágeno: el levonorgestrel²⁸ (Chaohua *et al.* 2001).

4.5. Establecimiento de servicios integrales de salud reproductiva

Es necesario promover servicios de salud reproductiva integrales y amigables para con la mujer, que incluyan planificación familiar y prevención de ETS. Éstos deberán contener una gama de servicios que vayan desde lo obstétrico y ginecológico hasta tamizaje, consejería y derivación en los casos de violencia. En la oferta de métodos anticonceptivos se deberá contar con información y servicios que abarquen desde los métodos de abstinencia periódica hasta la anticoncepción oral de emergencia. En la detección y manejo de ETS y VIH/SIDA se debe considerar una consejería específica. En lo que respecta a detección de cáncer cervical, estos servicios deberán contar no sólo con despistaje citológico sino

²⁷ Sólo los médicos realizan la técnica de AMEU en el Perú. El resto de profesionales de salud realizan labores complementarias desde consejería hasta prevención de infecciones.

²⁸ Se refiere al Postinor.

también con IVAA y proveer el manejo de lesiones cervicales de bajo grado, es decir displasias y condiloma, a través de crioterapia. Se ha estimado que bajo un sistema simple, donde una mujer pueda ser sometida a despistaje cada 3 a 5 años entre las edades de 35 a 65 años, puede producirse una reducción de un 90% en la incidencia de cáncer cervical (Benedet 2000). Estos servicios deberán estar implementados y ubicados en especial en hospitales locales y en cabeceras de red. Por último, las gestantes deberán contar con el apoyo nutricional de micronutrientes esenciales para la vida reproductiva como el hierro, el ácido fólico y el aporte vitamínico. Muchas de las muertes por hemorragia, en el Perú, han tenido como agravante el pobre estado nutricional de la gestante, en especial el alto grado de anemia.

Una consideración especial merece la necesidad de implementar centros de orientación para adolescentes, con horarios y espacios diferenciados, atendidos por personal capacitado, sensible, que permita a los y las adolescentes acudir en busca de información, consejería, anticoncepción, detección de ETS y VIH/SIDA, control prenatal en los casos que lo requieran, y hasta apoyo psicológico en casos de problemas de relaciones interpersonales. No necesariamente estos centros deberán ser localizados en los establecimientos de salud. Lo ideal es que estén ubicados donde se hallen los jóvenes, en sus ambientes de socialización. Su diseño dependerá de las necesidades percibidas y su creación y funcionamiento implica un compromiso con otros sectores e instituciones y gobiernos locales, incluyendo la comunidad, quizás a través de los clubes de madres.

4.6. Detección de violencia

Los servicios de salud reproductiva tienen una ventaja comparativa frente a otros servicios de salud, ya que mantienen contacto permanente con mujeres en edad reproductiva. Las mujeres maltratadas tienen mayores probabilidades de interactuar con los profesionales de salud debido a su mayor riesgo de enfermedades físicas, así como por las consecuencias de la violencia en la salud reproductiva. Sin embargo, los profesionales de salud no están preparados para reconocer el riesgo de violencia en el hogar de los usuarios ni para recopilar información sobre el maltrato, el riesgo y la atención. Con una capacitación adecuada, desde estos servicios se puede realizar un tamizaje sistemático mediante preguntas sencillas para lograr la detección temprana de la violencia. Si no se indaga acerca de relaciones familiares y violencia, nuestro abordaje de la salud reproductiva sería incompleto. La violencia sexual produce embarazos no deseados y aumenta el riesgo de ETS y SIDA. Las normas del Programa de Planificación Familiar contemplan la detección, atención, registro y derivación de los casos de violencia familiar y sexual.

Debemos, pues, pensar que como profesionales de salud la violencia es algo que nos compete, y en consecuencia debemos tratar de modificar los mecanismos que la legitiman, la niegan y por lo tanto la perpetúan. Por ello, debe introducirse el protocolo para su detección a través de cartillas muy simples de tamizaje elaboradas por ONG especializadas en asuntos de género. Una vez detectado el caso de violencia, se deberá hacer una valoración del daño y peligro; el registro, fortalecimiento y orientación, y la referencia y seguimiento. La meta es proporcionar información veraz y completa, y apoyo a la mujer para que ella resuelva su situación. No se debe presionar; el papel de los profesionales de salud es informar sobre las opciones existentes, para que cada una decida. Se le debe orientar acerca de las rutas legales que ella puede seguir, así como otro tipo de servicio o institución donde podría acudir.

4.7. Legislación

Actualmente sólo se considera el aborto terapéutico en aquellos casos en que la vida de la madre se encuentre en peligro. Pero hay otras dos circunstancias en las que la mujer enfrenta una razonable duda sobre la continuidad de la gestación: los casos de violación y los de malformaciones congénitas fetales incompatibles con la vida. Consideramos que en esas circunstancias debería promoverse una política de despenalización o flexibilización del aborto. La OMS propone un amplio concepto de salud, sobre la base del cual cualquier afección a la salud física, mental o social de la mujer podría ser incluida dentro de las consideraciones del aborto terapéutico. Este es un debate que debe promoverse. De ser aprobada la despenalización en esos casos, se aliviaría a muchas mujeres el trauma de tener que recurrir al aborto.

5. Conclusión

Al inicio del nuevo siglo los peruanos tenemos un reto: el de no seguir permitiendo la muerte innecesaria y previsible de nuestras hijas, esposas y madres. Desde una perspectiva de derechos humanos, debemos combatir todo tipo de discriminación; en este caso, la discriminación al derecho de acceso a la salud de las mujeres sin importar raza, nivel económico o lugar de residencia. Por décadas, en el caso de la mortalidad materna la labor del sector salud no ha sido efectiva. Una gran cantidad de información y evidencias de nivel internacional y nacional hacen que en este momento conozcamos qué funciona y qué deberíamos hacer.

Tenemos que lograr un compromiso nacional para nuestra cruzada; debemos eliminar los factores sociales, económicos y culturales que limitan el desarrollo y la toma de decisiones por parte de las mujeres, y atender sus necesidades de salud; debemos articular el trabajo de la comunidad con el sistema de salud;

debemos lograr implementar centros de calidad bien equipados para el manejo de las complicaciones y emergencias obstétricas, que estén al alcance de la población rural y más pobre del país; debemos implementar el aseguramiento público que permitirá lograr para todos el derecho a la salud; debemos trabajar muy intensamente con las y los adolescentes para empoderarlos en autocuidado, responsabilidad, autoestima, toma de decisiones y asertividad; debemos mejorar el registro de nuestros casos de cáncer y continuar implementando estrategias de prevención, y finalmente debemos asumir nuestro compromiso en la lucha frente a la violencia contra la mujer.

Nosotros poseemos el conocimiento y los medios para que la muerte y la discapacidad permanentes que ocurren por complicaciones durante el embarazo y el parto sean un hecho poco común en el Perú.

BIBLIOGRAFÍA

ALAN GUTTMACHER INSTITUTE

1992 Aborto clandestino: una realidad latinoamericana. New York, USA.

ARAMBURÚ, Carlos

1983 *Población y políticas de desarrollo en el Perú*. INANDEP, Lima.

BENAVIDES, B.

2001a La experiencia del Proyecto 2000 en la mejora de la calidad de atención en servicios de salud materno infantil 1997-2001. Presentación del Proyecto Catalyst, Lima.

2001b "Reducción de la mortalidad materna en el Perú. ¿Por dónde empezar?" *Anales de la Facultad de Medicina*. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, SIN 1025-5583, Vol. 62, n.º 3. Lima.

BENAVIDES, B. y A. VILLACORTA

2001 "Una nueva herramienta analítica para programas de maternidad segura y saludable". *Ginecología y Obstetricia, Órgano Científico de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología*, Vol. XLVII, n.º 3. Lima, julio.

BENEDET, J. L.

2000 "Progress in gynecologic cancer detection and treatment". *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, Vol. 70, n.º 1: 135-147, July. Elsevier Science.

BLOOM, S. S., T. LIPPEVELD y D. WYPIJ

1999 "Does antenatal care make the difference to save delivery? A study in urban Uttar Pradesh, India." *Health Policy and Planning* 14(1): 38-48.

CARROLI, G., C. ROONEY y J. VILLAR

2001 "WHO Program to Map the Best Reproductive Health Practices: How effective is antenatal care in preventing maternal mortality and serious morbidity?" *Pediatric and Perinatal Epidemiology*, Vol. 15, Supplement 1, January.

CHAOHUA, L., G. ERSHENG, Z. SHUANGLING y T. XIAOWEN

2001 "Use of Emergency contraceptive pills could halve the induced abortion rate in Shanghai, China". *Social Science Research Policy Briefs*, Series 2, n.º 1, August.

CHAVES, S., C. FARÍAS, S. SÁNCHEZ, R. TAKAHASHI y C. SANTOS

2000 "Prevalencia y factores asociados al papanicolao positivo en poblaciones rurales del Perú". *Revista de la Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología* 46(1): 17-28.

CORDERO, Luis

2001 *El impacto de los servicios de planificación familiar en la salud de la mujer y el niño*. Informe de consultoría. Proyecto Policy/USAID Perú. Lima.

CUETO, M.

2001 *Culpa y coraje. Historia de las políticas sobre el VIH/SIDA en el Perú. Diagnóstico y propuesta 7*. Consorcio de Investigación Económica y Social/ Universidad Peruana Cayetano Heredia/Facultad de Salud Pública. Lima: CIES.

DONNAY, F.

2000 "Maternal survival in developing countries: what has been done, what can be achieved in the next decade". *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, Vol. 70, n.º 1: 89-67, July. Elsevier Science.

FAMILY CARE INTERNATIONAL

1997 *The Safemotherhood action agenda: Priorities for the next decade*. Report on the Safe Motherhood Technical Consultation 18-23 October 1997, Colombo, Sri Lanka.

FERRANDO, D.

2002 Aborto clandestino en el Perú. Hechos y cifras. Pathfinder Internacional / Flora Tristán / Fundación Ford. Lima, abril.

GOTUZZO, E.

1996 Situación del SIDA en el Perú. ETS, SIDA y mortalidad materna en las Américas. Salud reproductiva, nuevos desafíos. I Curso Internacional de Salud Reproductiva y Sociedad. IEPO. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.

GUZMÁN, Alfredo

2001 *El impacto de la planificación familiar en la salud de mujeres y niños*. Informe de consultoría. Proyecto Policy/USAID Perú. Lima, setiembre.

GUZMÁN, A. y A. FRISANCHO

2001 "Atención en el Primer Nivel". En: *Políticas de Salud 2001-2006*. Lima: Consorcio de Investigación Económica y Social.

HENSHAW, S. K.

1990 "Induced Abortion: A world review. 1990". *Family Planning Perspectives* 22(2): 76-89, Mar-Apr. Alan Guttmacher Institute.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (INEI)

2001 Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2000. Lima: INEI.

2000 Encuesta Nacional de Hogares (ENAHO) 1999. Lima: INEI, julio.

JAHN, A., M. KOWALESKY y S. S. KIMATTA

1998 "Obstetric care in southern Tanzania: does it reach those in need?" *Tropical Medicine and International Health* 3: 926-932.

McCORD, C., R. PREMKUMAR, S. AROLE y R. AROLE

2001 "Efficient and effective emergency obstetric care in rural India community where more deliveries are at home". *International Journal of Obstetrics and Gynecology* 75: 297-307. December. Elsevier Science.

MINISTERIO DE SALUD

2001 Por un país saludable. Propuestas de Política para la Salud. Julio.

2000 Seguro Escolar Gratuito. Estadística de Atenciones-Año 2000.

MINISTERIO DE SALUD/Dirección Ejecutiva de Enfermedades No Transmisibles

1994 Registro de cáncer de Lima. Oficina General de Epidemiología.

MINISTERIO DE SALUD/Dirección General de Salud de la Mujer, Niño y Adolescente, DGSP

2001 Plan de Reducción de la Mortalidad Materna. Acciones realizadas, enero-junio 2001.

MINISTERIO DE SALUD/Oficina de Estadística e Informática (OEI)

1997 Segundo censo de infraestructura sanitaria y recursos humanos del sector salud 1996. Lima: MINSAs.

MINISTERIO DE SALUD/PROYECTO TATI

2001 Proyecto TATI. Presentación de resultados 2001. Dirección Regional de San Martín.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

1998 *La Violencia contra la mujer en las Américas*. Subcomité de Planificación y Programación del Comité Ejecutivo. 31 Sesión, noviembre.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/MINISTERIO DE SALUD

2001 *Cuentas Nacionales en Salud: 1995-1998*.

POPULATION COUNCIL

1999 Qué sabemos sobre la distribución de la mortalidad materna en el Perú, sus causas y su prevención. Primer Taller de Verano. Enero.

POPULATION REPORTS

1999 "Por qué es importante la Planificación Familiar". *Population Reports*. Serie J, No. 49, Vol. XXVII, n.º 2, Julio.

PROYECTO 2000

1998 *Mejoramiento continuo de la calidad de servicios de salud materno-infantil*. Lima.

QUINTANILLA, Tammy

2001 Informe: derechos sexuales y reproductivos. Flora Tristán/Fundación Ford, octubre.

THADEUS, S. y D. MAINE

1990 *Too far to walk*. Columbia University, New York.

UNAIDS

1998 Epidemic Update: December 1998. Geneva: Joint United Nations Program on HIV/AIDS.

UNFPA/OMS/UNICEF

1997 Guías para monitorear la disponibilidad y la utilización de los servicios obstétricos. Octubre.

UNICEF/EQUIPO TÉCNICO UBASS PARURO

2000 Sistematización de la estrategia integral en salud materna en la provincia de Paruro, Cusco. Apoyo Técnico. Programa de Cooperación Perú UNICEF-PROANDES. Ministerio de Salud. Dirección Regional de Salud Cusco. UBASS Paruro. Paruro, Perú.

VARILLAS, Alberto y Patricia MOSTAJO

1990 *La situación poblacional peruana, balance y perspectivas*. Lima: INANDEP.

VILLAR, J., H. BAAQEEL y H. PIAGGIO

2001 "WHO antenatal care randomized trial for the evaluation of a new model of routine antenatal care". *The Lancet*, Vol. 357, n.º 9268:1551-1564, May.

WORKING GROUP ON MOTHER TO CHILD TRANSMISSION OF HIV

1995 "Rates of mother to child transmission of HIV-1 in Africa, America, and Europe: results from 13 perinatal studies". *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology* 8: 506-510.

YAMIN, A. y D. MAINE

1999 "Maternal Mortality as a Human Rights Issue: Measuring Compliance with International Treaty Obligations". *Human Rights Quarterly* 21: 563-607. The Johns Hopkins University Press.

YON, C.

2000 *Preferencias reproductivas y anticoncepción: hablan las mujeres andinas*. Lima: Manuela Ramos.

V. PARA UNA POLÍTICA HOSPITALARIA

HENRY REBAZA IPARRAGUIRRE¹

1. Introducción

No obstante la transformación que ha tenido la estructura sanitaria del país, particularmente en sus primeros niveles de atención, observamos que los hospitales públicos, en lo sustantivo, no han cambiado. Si bien atienden los problemas de salud más complejos de la población, no han seguido el proceso de actualización y cambio que demandan las actuales necesidades de salud de la sociedad peruana.

Los hospitales han realizado esfuerzos por ganar en eficiencia y mejorar su productividad, pero el cambio ha sido insuficiente en la concepción y definición de su rol y en el diseño organizativo. Son insuficientes los procedimientos de gestión e inadecuada su relación con los pacientes, con la sociedad y con la red de atención de quien obligatoriamente tienen que ser referenciales.

Estas son algunas de las razones del diagnóstico recogidas en este trabajo, referidas a la evolución hospitalaria de nuestro país, que surgen del análisis de la experiencia de gestión hospitalaria internacional y de las iniciativas nacionales de los últimos años. Ahora tenemos importantes elementos de construcción para llevar a cabo una política hospitalaria urgente y necesaria.

Tiene, entonces, la sociedad civil, junto con el sector salud peruano, el enorme desafío de abordar un tema difícil y complejo. Propiciamos este esfuerzo nacional, que está planteado en una doble dimensión: estado-sociedad-comunidad y médico-paciente-institución, para definir nuevos límites de encuentro y nuevas formas de construcción de política de Estado con el fin de lograr el mejoramiento de los hospitales públicos del país.

¹ Médico cirujano. Magíster en Salud Pública, con experiencia en los diferentes niveles de gestión de la Dirección de Salud del departamento de La Libertad. Actualmente es docente universitario y consultor en gestión de servicios de salud.

En esta construcción colectiva que proponemos para la institución hospitalaria, tenemos que pensar en una nueva definición del rol social del hospital público peruano, construirlo sobre bases más sanitarias, sistémicas y sobre todo que trasciendan la tendencia de planear desde la oferta, desde el interior de los muros hospitalarios. Más bien debe mirar alrededor con amplitud social y plantear la construcción futura desde la demanda poblacional, dando primacía al ciudadano y sobre todo al más pobre, buscando su humana atención en el ámbito hospitalario. Para ello es urgente precisar los niveles de política con una visión solidaria que oriente la gestión de los nosocomios del país.

Muchos son los pobres de siempre, pero sus filas se han visto incrementadas recientemente. Los que piden en las calles y están en la vereda de enfrente de los hospitales ya no son mendigos; son parte de la población empobrecida, usuaria cotidiana de la atención hospitalaria que es insuficiente para cubrir las necesidades de todos. Son los que exigen una mayor atención del Estado para una gestión que tome en cuenta los derechos humanos y que proteja financieramente a los más pobres. Es un desafío gigantesco, pero debemos ir al encuentro de una ruta que pueda ofrecer una esperanza concreta.

El tema principal de este artículo es la propuesta de una política hospitalaria basada en un diagnóstico y enunciada en cuatro niveles de diseño de política de salud: el nivel sistémico, el programático, el organizacional y el instrumental. Se plantea flexibilidad y un gradualismo incremental que dará viabilidad y continuidad a esta política de Estado en el sector salud.

En la primera parte describimos la situación actual de los hospitales; algunos elementos de diagnóstico del actual modelo hospitalario del país, así como su gestión interna; los actores hospitalarios y la relación del centro médico con la red, para terminar reflexionando sobre la situación de los pacientes, en especial de los pobres, en la atención hospitalaria diaria.

La segunda parte de este artículo recoge los rasgos principales que delinear la gestión hospitalaria en América Latina, así como la información referente a la evolución del sector en el país; describe las características principales de las iniciativas más importantes del cambio hospitalario desarrollado aquí en los últimos años. El análisis de la experiencia extranjera y nacional es la base del conocimiento científicamente validado que sustenta nuestra propuesta de política de salud.

Finalmente, la tercera parte presenta los elementos conceptuales y el marco filosófico en el que debe sustentarse una política pública de salud. Basado en nuestra propia experiencia, definimos la imagen objetivo y el rol del hospital, presentando una propuesta de política hospitalaria en el nivel sistémico, que

define los propósitos y la estructura hospitalaria y donde se proponen acciones para incrementar el acceso de la población a la atención hospitalaria. En el nivel programático señalamos el quehacer hospitalario al definir sus prioridades de acción. El nivel organizacional tiene que ver con el diseño y el desempeño hospitalario, y en el nivel instrumental señalamos los mecanismos que determinan la inteligencia hospitalaria. Esta división en cuatro niveles tiene la intención de ayudar en la búsqueda de mejores formas de organizar, financiar, atender y gestionar los hospitales del país.

Así, pues, entendemos que el proceso de renovar nuestros hospitales debe ser iluminado por el diagnóstico, la información y el análisis; debe ser un proceso participativo, descentralizado y democrático; es decir, el poder de las ideas y los hechos debe influir sobre las concepciones y proyectos de quienes tienen la facultad de definir políticas y tomar decisiones, asumiendo con todos los actores sanitarios el riesgo de servir a la población del país a través del mejoramiento hospitalario.

2. Situación actual de los hospitales públicos del país

2.1. La atención hospitalaria

Los hospitales consumen más del 40% del presupuesto del Ministerio de Salud y, en consecuencia, son los que más inciden en la economía del sector. Son los que más volúmenes de población atienden y por ende las instituciones de salud por las que más se interesa la opinión pública y que más afectan el desenvolvimiento del Sistema Nacional de Salud. Para realizar una primera aproximación a esta problemática, identifiquemos algunas de las características más sobresalientes de la atención hospitalaria (Palomino 2001).

- ◇ Ausencia de una visión de conjunto en la administración del sistema de salud y en el uso del presupuesto. Baja productividad en los hospitales, alto grado de capacidad instalada no utilizada, duplicación e indefinición de funciones.
- ◇ Deficiencias en la definición y clasificación hospitalaria y carencias de sistemas de acreditación y referencia en el MINSA, lo que dificulta la discriminación de las funciones y no permite actuar como un sistema de salud integrado.
- ◇ En el MINSA no hay definición de responsabilidades ni control respecto a qué servicios se deben necesariamente brindar a la población en los ámbitos local y regional.

- ◇ Las tarifas no son uniformes ni están reglamentadas: en el MINSA el porcentaje de cobros al paciente es creciente.
- ◇ La cobertura es limitada debido a la ineficiente provisión de medicamentos y al cobro de las medicinas.
- ◇ El sistema hospitalario MINSA-CTAR resulta diminuto con relación al conjunto poblacional que debe atender, lo que se refleja en muy bajos índices de servicios per cápita.
- ◇ El crecimiento del presupuesto del MINSA ha favorecido a los hospitales del nivel III y IV en vez de a los hospitales del nivel I².
- ◇ Existen diferencias regionales muy marcadas que desfavorecen a las provincias de las zonas rurales. El centralismo en la toma de decisiones limita la actuación regional.
- ◇ Hay marcada diferencia de enfoques entre el MINSA y EsSalud. Los hospitales del MINSA operan con costos más baratos que los de EsSalud, pero en los hospitales del nivel III parece suceder lo contrario. Existen, además, profundas diferencias entre los sistemas de administración.
- ◇ Hay debilidad en el rol normativo y fiscalizador del MINSA.

2.2. El agotamiento del modelo hospitalario tradicional

En nuestro tiempo, el sistema de servicios públicos de salud, particularmente los hospitales, sufre presiones de diverso tipo que obligan a revisar su estructura y las funciones que desempeñan las instituciones que lo conforman.

Por otro lado, estos establecimientos deben enfrentar un crecimiento no planificado en las demandas de servicios, pues un importante porcentaje de la población que los necesita es cada día más pobre, ha crecido en número, está más educada y exige la adopción de medidas tendientes a reducir las diferencias de oportunidades en el acceso a un mejor nivel de vida y de salud.

² En el MINSA se considera como Hospital Nivel I, a los hospitales locales en su mayoría rurales; Hospital Nivel II, a los hospitales localizados en las capitales de provincias; Hospital Nivel III, a los hospitales regionales localizados en las capitales de cada departamento; y Hospital Nivel IV, a los hospitales nacionales referenciales ubicados en Lima.

En segundo lugar, los cambios demográficos y epidemiológicos nos colocan frente a una población que va envejeciendo y necesita servicios diferentes a los actuales, con el consecuente incremento de otro tipo de demanda de atención. Destacan así las patologías crónico-degenerativas, especialmente las cardiovasculares, el cáncer, así como los accidentes, las violencias de todo tipo, los trastornos mentales, etc.

Frente a estos cambios, los análisis realizados sobre la evolución de la actividad hospitalaria en nuestro país muestran lo siguiente:

- ◇ Entre 1985 y 1996 se incrementó el número absoluto y la tasa por 10 mil habitantes de camas hospitalarias; sin embargo, ha habido una disminución de la producción de servicios. Así, los egresos hospitalarios-persona han disminuido de 2.9 a 2.4 por cada 100 habitantes. Del mismo modo, la relación egresos-cama ha disminuido de 25 a 22 en el mismo período (Britan 1999).
- ◇ De acuerdo al censo de 1996, el 37.3% de los hospitales tiene menos de 10 años de funcionamiento; el 22.2% entre 10 y 25 años; el 28.6% entre 26 y 50 años, y el 11.9% más de 50 años. Si bien no se pueden determinar las necesidades en función de la antigüedad, estas cifras nos hablan de una infraestructura diversa en este aspecto.
- ◇ En los últimos 20 años, las camas han aumentado en un 44%; sin embargo, debido al aumento simultáneo de la población, la disponibilidad de camas por habitante ha caído en un 4% a nivel nacional.
- ◇ Hasta 1995, trabajaban en los hospitales dos tercios de los médicos del país y el 71% de las enfermeras. Si se tiene en cuenta que del 80 al 90% de los problemas de salud pueden ser resueltos en los primeros niveles, esta distribución paradójica habla del funcionamiento autónomo (sin relación) de los hospitales con respecto a la red de servicios.
- ◇ Durante 1995, 40% de las consultas ambulatorias se produjeron en establecimientos hospitalarios, mientras que 60% restante se presentaron en centros y puestos de salud. Para un modelo sectorial en red, resulta alta la producción de consultas hospitalarias.
- ◇ Los egresos del año 1995 demandaron un total de 6'018,198 días de permanencia hospitalaria, dando un promedio de estancia de 6 días por cada egreso a nivel nacional. Los mayores promedios se presentan en los departamentos con mayores necesidades de salud, aquellos con población más pobre.

- ◇ El índice ocupacional de consultorios es bajo para todo el país (16.7%); en los hospitales éste no alcanza al 50%. EsSalud llega a un 77% y el MINSA utiliza un 11% de su capacidad instalada. Lo que significa que no hay restricción para aumentar la producción y eficiencia de los consultorios hospitalarios del país.
- ◇ La eficiencia en el uso de las camas hospitalarias llega en promedio a 51.2%.

Al lado de estos indicadores, el notorio cambio de los problemas de salud de la población determina un mayor número de enfermos que demandan atención hospitalaria. Por otro lado, la medicina y la tecnología avanzan y en el mundo de la gestión hay una serie de tendencias internacionales que modifican el actuar individual de casi todos los países y, adicionalmente, cada vez se abandonan más los sistemas de control y mando.

En este contexto, la dinámica entre médicos, profesionales de la salud y usuarios de la vida hospitalaria ha ido creando una serie de choques y brechas en el que el usuario está en franco déficit de información, elección e incluso decisión, por lo que es necesario superar este modelo de relación unidireccional, que demuestra en la práctica diaria su agotamiento y su insuficiencia para resolver los problemas de salud de quienes acuden a sus instalaciones.

2.3. La gestión en los hospitales públicos del Perú

En este punto, queremos penetrar al interior de los hospitales, conocer ese mundo de esfuerzos, compromisos, ansiedades, frustraciones y esperanzas.

Los hospitales concentran en sí la imagen institucional del MINSA y EsSalud, representando en la práctica lo que el Estado hace por la salud de la población peruana; atienden, de manera general, a un ámbito geográfico departamental. Los hospitales limeños son hospitales referenciales para el interior del Perú: operan con normas y organigramas; concentran la mayor cantidad de recursos profesionales, insumos y financiamiento que si bien es insuficiente es mayor en relación con el resto de la red sanitaria del país; trabajan con una capacidad de producción media o baja, generalmente por desórdenes en los procesos, lo que repercute en la calidad y en la equidad de estos establecimientos con respecto a su población de responsabilidad. Todo ello se evidencia en el medio interno hospitalario a través de los siguientes puntos (Achutegui 1999):

- ◇ Existencia de reglamentos de organización y funciones; de manuales, y de normas y protocolos técnicos de atención desactualizados.

- ◇ Sobresaturación de trabajadores administrativos o de apoyo, en detrimento del personal profesional asistencial.
- ◇ Estructura departamentalizada, dictatorial, vertical y de lenta respuesta, lo que crea feudos al interior de cada hospital, no contándose con políticas de integración.
- ◇ Subinversión hospitalaria en materia de capacitación clínica y gerencial.
- ◇ Gasto presupuestal histórico amparado, en la práctica, en el Tesoro Público.
- ◇ Estados financieros de dudosa credibilidad.
- ◇ Inexistencia de planes de contingencia frente a la modernidad tecnológica e informática.
- ◇ Falta de auditoría a los sistemas de salud y a los agentes que lo practican.
- ◇ Malas relaciones interpersonales.
- ◇ Falta de personal asistencial adecuadamente calificado en casi todos los servicios.
- ◇ Profesionales altamente capacitados en subespecialidades, pero sin la tecnología ni los medios a su alcance.
- ◇ Poco trabajo en equipo, sin apertura al trabajo multidisciplinario y multidivisional.
- ◇ Normas de gestión administrativa de los sistemas logísticos, de contabilidad, de personal y otros de apoyo, totalmente fuera de uso, pero que ordenan el funcionamiento de los sistemas hospitalarios.
- ◇ Ausencia de planes de modernización o de acciones estratégicas frente a la incertidumbre.
- ◇ Inexistencia de alianzas estratégicas y poco uso de los convenios de cooperación interinstitucional.
- ◇ Falta de programas propios de cooperación técnica.

- ◇ Ausencia de procesos o planes que recojan la voz de los usuarios, de los proveedores y de la competencia global.

A lo anterior se agregan bajos niveles de equipamiento hospitalario, sin políticas de mantenimiento de los equipos, y subutilización de los recursos de infraestructura física y de potencialidades humanas en detrimento de la generación de bienes y servicios, con la consiguiente exageración de costos intrahospitalarios.

2.3.1. Relaciones de actores e intereses colectivos

Es relevante en este entorno considerar la tensión en el trabajo que percibe el cliente interno hospitalario. Por un lado, existe la exigencia creciente de los pacientes por una mejor atención, aunada al gran número de indigentes que la reclaman pese a su falta de dinero, y por otro lado, las bajas remuneraciones de los profesionales, congeladas en el tiempo, sólo con algunos incentivos a través de horas extras, pago a la productividad o facilidades para la docencia o alguna capacitación. A pesar de que en los últimos años se han producido pocos movimientos gremiales, está latente en todos los niveles el desacuerdo y la tensión por un mejor reconocimiento de la competencia y el esfuerzo a través del desarrollo profesional. Los bajos salarios en el sector público han obligado a muchos a optar por mejorar sus ingresos en la práctica privada o docente. Los médicos sólo pueden progresar jerárquica o económicamente dentro del hospital cuando los jefes médicos se jubilan. Ello impide que estos profesionales alcancen los niveles económicos, sociales y de reconocimiento que consideran merecer por su competencia, capacitación y compromiso con la institución. Esta falta de motivación se traduce, en ocasiones, en bajos índices de productividad que generan grandes listas de espera para consulta o intervención, afectando el desempeño del hospital en su conjunto.

De esto se aprovechan la mayoría de los cuerpos médicos y algunos sindicatos de trabajadores para justificar una eterna y tradicional práctica de oposición a los equipos directivos de turno de cada hospital; sin propuesta ni compromiso alzan la voz pidiendo mejoras en el trabajo hospitalario, y la canasta de víveres se convierte en el instrumento de conflicto y negociación entre los directivos y los gremios.

2.3.2. Los hospitales y su relación con la red y el Ministerio

De esta manera, se olvidan de los progresos de la institución y del mejoramiento del servicio a los pacientes que históricamente esperan una mejor atención. Ello, aunado a la falta de atención financiera del Estado a la red hospitalaria, es lo que he llamado *el desencuentro, la insuficiencia y la pérdida de la visión del hospital público peruano*.

Este mundo cerrado del hospital, aislado y alejado cada vez más de la población, justifica el poco trabajo en red. No se otorga, en la mayoría de los integrantes hospitalarios, el valor agregado a los procesos de salud extrahospitalarios, que deben interactuar obligatoriamente con los espacios internos especializados del hospital, perpetuando así un proceder centralista en contra de su periferia.

Observamos, en consecuencia, grandes colas y pacientes malhumorados. La mayoría están satisfechos con la atención médica individualizada, pero siempre se quejan por la pérdida de tiempo, debido a las largas esperas. Otros permanecen secuestrados por no tener dinero para cancelar su alta hospitalaria y un gran número se queda con la receta en la mano por carecer de los recursos para obtener los medicamentos. Sin embargo, este aspecto genera un espacio de contradicciones donde son pocas las recetas que se compran al interior del nosocomio y más bien se acude a la cadena de farmacias ubicadas alrededor de todos los hospitales públicos del país. De esta manera se hace evidente la falta de participación de la población en las decisiones que la afectan.

La larga lista de insuficiencias que caracterizan la operación de los hospitales regionales se complica por su falta de coordinación directa con la autoridad departamental de salud y por la inexistencia de supervisiones y evaluaciones de los diferentes niveles. La exagerada dependencia del viceministro hace insuficiente y debilita la autoridad regional; los hospitales se pierden en sus problemas, acrecientan la ingobernabilidad y finalmente entienden la autonomía como una forma de liberarse del control de todos los niveles técnicos y administrativos. En la práctica, no se vinculan con sus autoridades superiores. Esto sólo se hace efectivo cuando las noticias o los medios de comunicación delatan algún problema de insuficiencia hospitalaria, estableciéndose una corta pero tensa triangulación entre el director hospitalario, la autoridad regional y el despacho viceministerial.

2.3.3. El problema de los que no tienen dinero

En el día hospitalario, el paciente pobre sufre un abanico de situaciones que deben ser analizadas y atendidas.

Señalamos, por ejemplo, las largas listas de espera para lograr la atención: a la quebrantada salud de los pacientes se agrega el quebrantamiento mental y físico de la espera en las madrugadas para ser atendidos en los hospitales. Ello es prueba fehaciente del grado de pérdida de visión institucional frente al ser humano que necesita ayuda.

A menudo observamos que las instituciones hospitalarias no reciben a los pacientes que carecen de recursos: ellos van de hospital en hospital, moribundos, suplicando por su derecho constitucional a la salud y a la vida.

Lo anterior se agrava cuando a diario observamos la retención de los pacientes que no tienen dinero para pagar su alta. Esto es un secuestro que toma al individuo como rehén, sin que haya autoridad que obligue a liberarlo, sin que la justicia y el Estado acudan a restituir el derecho del enfermo a la libertad, aunque sea deudor.

Además de los pobres extremos, también la ex-clase media peruana empobrecida acude a los servicios hospitalarios y ocupa los titulares de los diarios solicitando ayuda para financiar procedimientos, insumos y medicinas y solucionar sus problemas de salud.

Finalmente, existen muchos otros que no llegan al hospital pues no tienen dinero y no perciben su real estado de salud porque la organización los ha excluido de su atención; no son parte ni facilitan cumplir con el reto de la efectividad y la eficiencia para sobrevivir. Son seres indigentes que no ayudan en los análisis fríos e inevitables de costo-beneficio y distribución de recursos.

En nuestro país, la principal fuente de exclusión de los servicios de salud es la falta de recursos económicos. Para los pobres es muy difícil el acceso a los servicios de salud de mayor complejidad, como los hospitales (ENNIV 2000).

Es hora de preguntarnos hasta qué punto son humanas las actuales prioridades del sistema de salud; hasta qué punto es posible conseguir las sin lesionar a los individuos. Es difícil pero inevitable colocar en la balanza la situación de pobreza de miles de seres humanos frente al peso frío de la eficiencia, y volver a estar en favor de la individualidad humana. Para ello, es indispensable considerar cada caso no como el número de la estadística de los que no tienen acceso, sino como el ser humano único e irreplicable que necesita ayuda prioritaria.

3. La gestión hospitalaria en América Latina y en el Perú

3.1. La gestión hospitalaria en América Latina

Probablemente es equivocado referirse a América Latina como un todo, desconociendo su heterogeneidad; sin embargo, los conceptos siguientes tienen la misma validez y el mismo significado cuando se intenta caracterizar sus sistemas de salud.

Los hospitales latinoamericanos crecieron solos y aislados; surgieron antes que los sistemas de salud. Inicialmente, muchos de ellos fueron hospicios u hospitales de beneficencia que atendían a indigentes y contaban con muy pocos profesionales. Luego, debido al desarrollo científico y al impacto de la revolución

industrial, que tomaron en cuenta el valor del ser humano como factor de producción, se extendieron sobre la base de la profesionalización de sus miembros para finalmente estructurarse dentro de los sistemas de salud.

Así, tenemos aquellos que tratan de cubrir toda la población a través de la seguridad social; luego, los que se financian con los ingresos tributarios y cuya prestación es pública, y por último los hospitales donde la prestación pública es limitada a ciertos grupos y el resto es atendido por el sector privado.

Es así como se crearon sistemas de salud segmentados, con funciones integradas en cada subsistema y sin los incentivos adecuados para mejorar la calidad y eficiencia de los servicios ofrecidos. Esto ocasionó, en la mayoría de ellos, ineficiencia en el uso de sus escasos recursos; baja calidad y productividad de los servicios; poca capacidad resolutoria; cobertura real muy inferior a la teórica; ineficiencia administrativa, e información deficiente para la toma de decisiones.

Ello dio lugar a que la mayoría de los países latinoamericanos tomaran conciencia e iniciaran diversos procesos de reforma de sus sistemas de salud. Éstos se han centrado preferentemente en la unificación de las fuentes de financiamiento, la separación de funciones del sistema, la introducción de mecanismos de mercado, la descentralización, el otorgar mayor autonomía a los prestadores de servicios, principalmente a los hospitales, y a la definición de la función compradora de servicios (Medici 2000).

3.1.1. El cuestionamiento a la administración médica

En este escenario de cambios surgieron una serie de tendencias en la gestión hospitalaria en las que se subraya el abandono de los modelos de control y mando ejercido por médicos que administraron la institución a espaldas de la elección y las decisiones de los usuarios. Esta falta de relación ha ido creando también una amplia brecha entre la concepción del trabajo hospitalario y su rol de hospital público, y un distanciamiento entre una cultura clínica que opta casi siempre por la actuación individual y la de los pacientes que necesitan de relaciones más cooperativas en su atención. Todo esto ha determinado el cuestionamiento de la administración médica y cada vez son más frecuentes, ante el empoderamiento de la población, las corrientes de democratización exigidas por los pueblos de América Latina.

3.1.2. El mundo de la separación de funciones

Se observó así una gran promoción de la separación de funciones, alentando la opción política de que el Estado debe hacerse cargo de la decisión y regulación en este ámbito. Sin embargo, se perciben coincidencias en el sentido de que no

es necesario que el Estado sea el proveedor para conseguir que todos sus ciudadanos reciban la atención que necesitan. Las nuevas discusiones ahora se inclinan por definir las funciones de comprador, financiador y regulador del sistema en su conjunto.

Esta situación dejó abierta una serie de opciones en cuanto al rol del prestador, que involucran una práctica basada en el libre mercado; pero también abre la posibilidad de recuperar el rol público del hospital comprometiendo a los nosocomios privados a que se incorporen a una política hospitalaria con orientación social, prestando servicios con una mejor calidad y a un precio razonable.

3.1.3. La superación del eterno debate entre lo público y lo privado

Luego del ingreso de la cultura de la calidad a la mayoría de hospitales latinoamericanos, asistimos a una promoción de la protocolización clínica a través de guías de procedimientos que persiguen la eficacia clínica: es el llamado *managed care* y los sistemas integrados de salud, que han dado lugar a una forma de gestión que separa la financiación de la regulación y la provisión, conocida como la *competencia gestionada*, modelo por el que han optado muchos hospitales de países vecinos. Es un tipo de centro que se ubica entre la intensidad de la planificación que organiza todo y el razonamiento liberal y de mercado. Lo positivo de este modelo es que supera el debate de lo público o lo privado, discusión que ha servido también para no decidirse al cambio.

3.1.4. La autonomía hospitalaria, las agencias de compra y los acuerdos de gestión

Otros países tomaron la decisión política de otorgar a algunas entidades la facultad de organizarse como agencia u organización de compra de servicios sanitarios y éstas, a su vez, buscaron quién les proveyese los servicios. Estas agencias recibieron dinero y la responsabilidad social de asistir a una población para una determinada cobertura, con lo que comenzaron a surgir los contratos-programas; las experiencias señalan que todas reclamaron mayor autonomía hospitalaria.

3.1.5. El trabajo en redes

A pesar de que se observa un mejor entendimiento de que cada vez se deben hacer más cosas fuera del hospital por razones de uso de tecnología o patrones epidemiológicos, no ha habido en los responsables políticos y técnicos la decisión de dar una misma dirección a las instituciones que son parte de la red sanitaria. En ese camino los hospitales se han quedado solos en su subdesarrollo o como islas en su avance.

En ese mundo de innovaciones se extravió el rumbo; los hospitales perdieron lo que pudieron ganar al tener más autonomía y se olvidaron de su contribución al desarrollo de sus sociedades y a la erradicación de la pobreza, lo que ha terminado cuestionando la moral política de los gobiernos. Esta situación no deja como enseñanza que ya no es posible hacer más cambios con éxito si éstos no toman en cuenta las condiciones socioeconómicas de sus ciudadanos.

3.2. La gestión hospitalaria en el Perú de hoy

En el Perú, la sobrevivencia hospitalaria también está marcada por diferentes características. En general se habla de tres generaciones hospitalarias (Arroyo 2000): la generación de los hospitales de la Beneficencia, la generación hospitalaria populista de los años 60-70 y los hospitales neonatos de los tiempos de crisis durante los 80-90; y habría que agregar una cuarta, la de los hospitales que quisieron ser diferentes en la década de los 90 al 2000.

En nuestro país, a pesar de que los hospitales públicos expresan en su funcionamiento todas las etapas que han vivido, se habla de diferentes modelos (Arroyo 2000):

- ❖ *El modelo patrimonial* de la primera mitad del siglo XX, correspondiente a la etapa oligárquica, con procedimientos rudimentarios, escaso profesionalismo y primacía del clientelaje y las prebendas, sin diferenciación de lo público y lo privado.
- ❖ *El modelo burocrático*, correspondiente a la etapa del apogeo del sistema de salud, que comprende una burocracia o vértice técnico, la institucionalización de las organizaciones, el establecimiento de una gestión racional, la consecución de rendimientos medios, la forja de identidades institucionales, el énfasis en procedimientos, la implantación de sistemas y la planificación normativa.
- ❖ *El modelo informal-corporativo*, correspondiente a la etapa de crisis del sistema de salud. El retroceso del sector salud a raíz de la crisis nacional hizo surgir este modelo caracterizado por la gestión intuitiva, la ineficiencia, la anomia, la primacía de intereses particulares e incluso la apropiación privada de lo público.
- ❖ *El modelo gerencial* es aquel cuyo énfasis se traslada a los productos y resultados; la idea-fuerza es la eficiencia y se plantea la construcción de sistemas flexibles.

No obstante la caracterización anterior, cuando se hace una lectura del proceso hospitalario peruano uno se encuentra con cambios sólo en la estructura, como fueron, por ejemplo, la absorción de los hospitales de beneficencia por el Estado, el crecimiento por donaciones, el subsidio a la oferta, el paso de hospitales por sexo a hospitales generales y especializados. Los pocos cambios en los procesos se entienden por los tipos de administración, que van desde una administración empírica y religiosa a una laica y médica especializada.

En el último período de su evolución, la insuficiencia de la gestión hospitalaria hace crisis: algunos centros pasaron del olvido al renacimiento porque quisieron ser diferentes, optando por nuevas formas de gestión; se comprometieron a trabajar bajo acuerdos de gestión a fin de hacer eficiente el apoyo político recibido a través de un mejoramiento del equipamiento hospitalario.

Si lo anterior era evidente en Lima, al interior del país se llegaba a una situación también crítica. Los hospitales regionales nunca tuvieron una verdadera dirección técnica, pues encontraban en su interior cada vez mayores obstáculos a su desarrollo y desempeño. La autoridad regional era ajena al escenario hospitalario por su dependencia del viceministerio.

Mientras unos hospitales se perdieron en el anonimato ineficiente, algunos de Lima y otros del interior del país entraron en un franco proceso de mejora continua (Proyecto 2000), sobre todo en el área materno-infantil, que en algunos casos amplió la cultura de la calidad a todo el hospital, y en otros, a partir de esta mejora, siguieron creciendo; hubo quienes señalaron el camino para hacer eficientes los recursos públicos de salud con el fin de obtener la equidad de atención para su población.

En general, los hospitales peruanos carecen de dirección; los médicos a cargo de la administración hacen lo que pueden, no hay una concepción del trabajo hospitalario, no existe política hospitalaria, no está definido el rol del hospital público y el gran esfuerzo de sus trabajadores no ha podido superar la concepción estructuralista de gestionar por resoluciones o decretos, estancándose en la insuficiencia de sus propios organigramas y recursos.

3.3. Propuestas de gestión y experiencias en marcha

3.3.1. Propuesta del MINSA

No existe una propuesta de política hospitalaria por parte del Ministerio de Salud; en los últimos años éste orientó su esfuerzo a mejorar la gestión y operación de algunos hospitales seleccionados, la mayoría de los cuales se encuentran localizados en la capital del país. Se reconoce el apoyo recibido, sobre todo

en equipamiento, del Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud (PFSS). Sin embargo, a pesar de la gran inversión, el apoyo resultó ser insuficiente porque quienes tuvieron el propósito de dar equipamiento a todos los establecimientos del MINSA del país, no definieron previamente sus prioridades sanitarias.

Es necesario también reconocer que en la última década se promovieron una serie de actividades y proyectos piloto, principalmente por el Programa de Acuerdos de Gestión (PAAG), tendientes a difundir modernidad gerencial y a crear los sistemas informativos y los instrumentos metodológicos que permitan introducir luego sistemas modernos de gestión en los principales hospitales del país. Pero tal esfuerzo ha quedado en una etapa muy inicial de implementación (Palomino 2001).

3.3.2. Experiencia de acuerdos de gestión

Palomino (2001) señala dos experiencias diferentes en el escenario nacional. En primer lugar, la del IPSS, hoy EsSalud, que a partir de un proceso de reestructuración separó funciones de administración y prestación de toda su red nacional. A pesar de una serie de problemas con sus usuarios ha logrado, a través del cumplimiento de acuerdos de gestión, otorgar mayor racionalidad técnica y económica a su sistema. En segundo lugar, la del MINSA, a partir de la firma de los acuerdos de gestión para el año 1998 desarrollados en cinco hospitales de la capital, que fueron sólo intentos pioneros de mover pesadas maquinarias, usando para ello palancas que no tenían un punto de apoyo o de sustentación.

Consideramos que en la práctica los resultados son escasos (Palomino 2001), a raíz de la inexistencia de una política hospitalaria definida y la ausencia de una meta sanitaria. Bien valdría preguntarse qué tipos de acuerdos de gestión se firmaron. Mientras el país no defina su modelo sanitario, organizativo y de atención, y sus prioridades sanitarias, todo intento de este tipo terminará siempre en iniciativas aisladas e informes poco prácticos.

3.3.3. Propuesta de la DISA-La Libertad

La propuesta hospitalaria de la DISA-La Libertad nace de la definición de los resultados sanitarios a obtener a partir de la identificación de sus prioridades sanitarias. Ellos precisaron su modelo de atención y fijaron en su plan estratégico un nuevo modelo organizativo por niveles de atención (Rebaza 1999), en donde se otorga similar importancia tanto a los primeros niveles de atención como al tercer nivel hospitalario, reconociendo en este último el papel de inductor de modernización de los servicios públicos.

En el componente hospitalario se definió entonces que los servicios del tercer nivel de atención, como la capacidad resolutive, se obtendrían de la diferenciación y complementación de los servicios de los Hospitales Belén y Regional Docente de Trujillo, por tener ambos la responsabilidad de toda la población liberteña y ser muchas veces referenciales de pobladores del norte del país.

La propuesta, al inicio, no fue muy bien acogida por algunos trabajadores de los gremios y sindicatos por la forma en la que fue presentada. Quienes se oponían a ella hablaron de privatización, fusión y despido de trabajadores. Posteriormente, una vez enterados y gracias al desarrollo de reuniones técnicas, se generó en Trujillo, el movimiento sanitario más importante de los últimos años. Impactó el observar cómo la gran mayoría de los trabajadores de estos dos hospitales asumieron el reto de trabajar unidos por una misma población, al entender la necesidad de una planificación a partir de la demanda. Luego de un proceso de más de un año concluyeron el Plan Estratégico del Tercer Nivel (DISA-La Libertad 2001). Con el apoyo del MINSA y la asistencia técnica del Proyecto 2000, firmaron acuerdos de gestión. Actualmente transitan ese camino habiendo obtenido resultados importantes a través de tres objetivos estratégicos: cobertura, calidad y eficiencia, lo que ha determinado la repartición del bono de producción acordado previamente con los trabajadores.

Esta experiencia de planificación y acción concertada, dentro de una política de optimización de recursos públicos, debe proseguir y servir de modelo reconociéndose sus beneficios, sobre todo por significar un aporte a una dirección de salud del interior del país. Además, contribuirá a la solución de un problema de atención que tienen más de 10 departamentos del Perú, en donde la principal característica ha sido la exclusión del poblador de la atención hospitalaria por falta de capacidad resolutive de los principales hospitales departamentales. En Trujillo, los dos establecimientos de ese nivel se encuentran cerca uno del otro, por lo que atienden a la misma población, compitiendo entre sí.

3.3.4. Planificación participativa: Hospital Nacional Arzobispo Loayza

De la misma manera, el Hospital Loayza (HAL) se impuso la tarea de sentar las bases para un financiamiento adecuado, una acción proactiva y una gestión de calidad mediante la planificación estratégica operativa a través de una metodología de participación plena. A la fecha, entre sus principales logros de diagnóstico se encuentran el análisis económico presupuestal, el análisis de procesos, el estudio de mercado y la satisfacción del usuario. Entre sus primeros resultados tenemos la elaboración del Plan Estratégico 2001-2006 del HAL, un análisis de costos actualizado, planes operativos 2002 de 39 unidades orgánicas del hospital y la redacción de acuerdos de gestión internos (Cárdenas 2002).

Consideramos oportuno señalar que las enseñanzas de este proceso son el ejercicio de un liderazgo transformacional, la integración de una visión poblacional con una visión médica y sobre todo que para los cambios y la planificación no existe hospital chico o grande, sino el compromiso convocado de todos los que participan del quehacer hospitalario en beneficio de la mejora de la población que acude a sus servicios.

3.3.5. Otras iniciativas específicas

Junto a las dos intervenciones anteriores basadas en un enfoque poblacional y sistémico, tenemos en el país una serie de iniciativas específicas tales como el importante proceso de mejora continua de la consulta externa del Hospital Hipólito Unanue (Bravo Chico), que ha reducido la deserción de pacientes a un 40% y ha implementado sistemas tarifarios y la sistematización de formatos como herramientas metodológicas para la satisfacción de los usuarios (Torres 2002). Similar proceso de mejora de la calidad se ha realizado en el Hospital Saposoa de la Red Huallaga del departamento de San Martín.

Existen también iniciativas con enfoque epidemiológico, como la calidad de atención con recursos mínimos a través de la disminución de las infecciones intrahospitalarias del Hospital Nacional Daniel A. Carrión; el fortalecimiento de los servicios de ginecología y pediatría para reducir la mortalidad perinatal en el Hospital Regional de Huacho, y el aumento de la cobertura del control prenatal y parto institucional a través del club de gestantes (Gesta Club) del Hospital de Saposoa.

Es necesario destacar que han sido los proyectos (Proyecto 2000 y PSNB) del MINSA los que encontraron una mejor manera de hacer eficiente su intervención en el sector, generando en su accionar y en las áreas geográficas intervenidas una serie de iniciativas de gestión a través de experiencias piloto para tecnificar el trabajo hospitalario y hallar el camino de la eficiencia y calidad proclamadas en los últimos años.

Así tenemos el Sistema de Identificación de Usuarios (SIU), el Sistema de Ingresos y Costos (SICI), tarifas diferenciadas, integración de sistemas de información y redes informáticas elaborados en el Hospital Víctor Ramos Guardia de Huaraz; el Hospital Nacional Cayetano Heredia; el Hospital Hermilio Valdizán; los hospitales Belén y Regional Docente de Trujillo, y el Hospital Regional de Huacho. Es decir, existen una serie de procesos e instrumentos que pueden ser utilizados luego de estos años de uso y validación para ser institucionalizados en el sector. También se intentó adoptar el Sistema de Programación Presupuestal (SPP) como una metodología a partir de su introducción por la Dirección de Planificación del MINSA.

Para concluir, existe una gran falencia de planes de desarrollo dentro de la política hospitalaria. Hasta la fecha, el análisis de la evolución del sistema de salud peruano muestra que estos planes sólo han existido en la Dirección de Salud de La Libertad (Rebaza 1999) y recientemente en la construcción participativa del Plan Estratégico del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, basados ambos en conceptos poblacionales, institucionales y sistémicos, al utilizar la planificación estratégica y contar con la participación de la mayoría de los actores hospitalarios. Por eso, en el diseño de los planes futuros, estos avances pueden servir de base y modelo para hospitales regionales y nacionales, respectivamente.

3.3.6. Primer Encuentro Nacional de Hospitales

El 17 y 18 de enero del 2002, la Dirección General de Salud de las Personas, a través de la Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud del MINSA, realizó el Primer Encuentro Nacional de Hospitales “*Hacia la Modernización Hospitalaria*”, evaluando, previa convocatoria, la mayoría de iniciativas de gestión hospitalaria existentes en el país hasta ese momento.

Se presentaron en dicho encuentro las 16 mejores experiencias nacionales ya mencionadas anteriormente, donde la propuesta de la DISA-La Libertad ocupó el primer lugar. Consideramos que todas estas iniciativas deben servir para la definición de una concepción programática, la caracterización de un modelo de atención hospitalario, de un marco organizativo de la red hospitalaria del MINSA y la posterior definición de una política hospitalaria. De esa manera se puede empezar a dar institucionalidad a estos procesos y a los importantes instrumentos recogidos como experiencias.

Gracias a este esfuerzo, que retoma y aborda un espacio de construcción olvidado en el camino de la definición de la política hospitalaria, consideramos que tenemos elementos interesantes que otorgan viabilidad programática, instrumental, institucional y poblacional a nuestra propuesta.

4. Propuesta de política hospitalaria

4.1. Conceptos para definir una política hospitalaria

Para definir una política hospitalaria es necesario tener como principio que lo propuesto no es algo que se pueda imitar sino que es una manera de definir un sistema, estableciendo sus componentes y las variables que influyen para mejorarlo, pero con una consideración: que en salud la política se concretiza como

algo vivo a través de las personas, por gente que atiende a otra gente, que tienen cada una de ellas intereses y necesidades, motivaciones y conveniencias. Esto, finalmente, es lo que determina que una política tenga resultados diferentes a los que originalmente se plantearon.

A continuación es necesario crear o simular un escenario de acción para poder analizar las consecuencias y alternativas, buscando adoptar decisiones correctas en el caso particular de cada hospital. Es por ello que reconocemos que la gestión de los hospitales del país es un modelo agotado, cuya insuficiencia nos obliga a planificar si no queremos actuar sin rumbo. Es decir, el diagnóstico del modelo hospitalario que tenemos es la realidad sobre la que debemos actuar.

Un requisito importante es que el sistema de atención debe definir sus prioridades de actuación, pues es allí donde se hace notoria la tarea y las actividades de los hospitales como componentes principales del sistema. Se debe definir un modelo de atención orientado por la demanda, exigido por la epidemiología y las ciencias sociales para entender el tramado social en el que operan los hospitales en su misión expresa de mejorar la salud de la población.

Finalmente, para construir la propuesta aceptamos los cuatro niveles que abarcan las políticas de salud según Frenk (1997a) para poder considerar las decisiones que se adopten a fin de lograr los propósitos perseguidos: el nivel sistémico (donde se definen los propósitos de la estructura hospitalaria y sus relaciones); el nivel programático (que determina el quehacer hospitalario al definir sus prioridades de actuación); el nivel organizacional (que define el diseño de la organización hospitalaria y su desempeño sanitario), y el nivel instrumental (es decir, los instrumentos que determinan la inteligencia del hospital) (Cuadro 1). La ventaja de adoptar este modelo es que permite un sentido de flexibilidad, realismo y gradualismo en la propuesta. En el caso de existir problemas en un nivel, se avanza al otro y así sucesivamente, asegurando de esa forma el progreso y la continuidad de una política pública.

Cuadro 1
Modelo para la construcción de una política hospitalaria

Nivel de política hospitalaria	Propósitos principales	Actividades estratégicas
Sistémico	Equidad	<ul style="list-style-type: none"> - Bases para el acceso de la población - Involucramiento en los niveles de atención - Niveles de gobierno y relación - Mezcla pública privada - Participación de la población
Programático	Eficiencia de asignación	<ul style="list-style-type: none"> - Autonomía hospitalaria - Definición de prioridades - Costo-efectividad de las intervenciones
Organizacional	Eficiencia técnica y calidad	<ul style="list-style-type: none"> - Mejora continua de la calidad - Diseño organizacional (características y componentes del nuevo hospital) - Desarrollo organizacional incluyendo valores - Desempeño organizacional incluyendo incentivos
Instrumental	Inteligencia institucional para mejorar la capacidad de respuesta	<ul style="list-style-type: none"> - Sistemas de información - Afiliación de beneficiarios - Investigación científica - Innovación tecnológica - Desarrollo de recursos humanos

Fuente: Tomado de: Frenk, J., R. Lozano, M. A. González-Block *et al.* "Economía y salud: propuesta para el avance de salud en México". Informe final. México, D. F. Fundación Mexicana para la salud, 1994.

4.2. Elementos orientadores para una visión de política hospitalaria

4.2.1. Desde una reforma del Estado hasta una nueva política hospitalaria

No es casual afirmar que el papel más determinante en los procesos sanitarios lo desempeña el Estado; lo que haga o deje de hacer repercute en su población y su intervención caracteriza al sistema de salud. En la década pasada, sin duda alguna, la intervención del Estado peruano en el campo de la salud ha producido importantes beneficios, evidenciados en el crecimiento de su estructura institucional, el aumento de la cobertura, el aseguramiento de la población escolar y materna, y el mejoramiento de los primeros niveles de atención con bastante participación social a través de los CLAS. En fin, una mejora del nivel de salud de la población.

Lamentablemente, los resultados de la gestión de los noventa se han visto empañados por un lado oscuro que ha desvirtuado la acción del Estado: la corrupción, el burocratismo, el clientelismo y la exclusión social. No es raro encontrar en este momento instituciones públicas cuyos principales beneficiarios son los propios trabajadores y no la población que las sostienen.

Ante esta situación real, la reforma del Estado se torna otra vez una exigencia inmediata y la concepción que la inspire será determinante en el campo de la salud. Por eso, la discusión debe tener lugar en la arena más concreta de los arreglos sociales para, de esa forma, modular, financiar y producir los servicios de salud que nuestra población necesita; la definición explícita del papel del Estado determinará la relación de éste con sus instituciones y con los usuarios, tanto en las funciones de regulación como de financiamiento y prestación de servicios.

Consideramos que las instituciones públicas de salud, los hospitales, son los que evidencian la ejecución eficiente y responsable de las tres funciones anteriores y son los que determinan la participación del Estado con mayor corresponsabilidad pública que privada. No obstante, deberá ser un agente social que concilie intereses colectivos de manera combinada, buscando todos los recursos posibles e instrumentando todo lo mejor de los ámbitos públicos y privados. Es decir, asumiendo un liderazgo social pero sin ser el proveedor de todos los servicios, reconociendo que no puede hacer todo y determinando también la necesidad de que los hospitales definan un nuevo modelo de gestión con un nuevo modelo organizativo.

El sector salud en su vertiente pública es el espacio donde puede mostrarse la orientación social del Estado; es sensible al reflejar su tendencia y sus propuestas, determinando así la necesidad de que la acción pública hospitalaria reciba una mayor reasignación de competencias en las funciones establecidas. La distribución equilibrada de este poder de decisión establece la condición indispensable de otorgarles autonomía, donde la descentralización de las funciones determina nuevas formas de acción y relación del hospital con su entorno.

4.2.2. El hospital traduce el esfuerzo del Estado hacia la sociedad

El pensar cómo podrían ser los hospitales del mañana en nuestro país es caminar hacia el futuro con un pie sólido en la realidad, superando las falencias actuales para llegar a configurar el cambio futuro, y esto lógicamente se logra en un marco de acuerdos y coincidencias, tratando de establecer puntos de encuentro con otras realidades fuera del país. En un contexto de globalización hay siempre razones suficientes para examinar e importar algunas lecciones aprendidas de experiencias externas con el fin de fortalecer las iniciativas nacionales.

Es muy difícil pensar cómo serían nuestros hospitales si no nos colocamos en el actual contexto de innovaciones, crisis y adaptaciones. El nuestro es un país donde el desempleo y la pobreza están en el origen de muchos males. Podemos imaginar que habrá algún cambio en la sociedad peruana en función de las actuales circunstancias, lo que obligará al Estado a redimensionar su rol.

Por cierto que este análisis de una mayor exigencia del esfuerzo del Estado como benefactor no significa postular, en nuestra concepción, una posición extrema. Consideramos también oportuna la introducción de elementos del mercado, que persigan finalmente hacer objetiva la práctica de la equidad, con un sentido de justicia, afirmando que la salud de ninguna manera debe depender de lo que la gente pueda pagar, como proclama la concepción liberal. En salud siempre existe una situación en la cual la posibilidad de pago no alcanza.

Tal es finalmente, el debate que quisiéramos iniciar con este planteamiento: el Estado obligatoriamente tiene que hacerse cargo de una franja de la población y los mecanismos del mercado deben asumir al resto. Este es un punto intermedio que fija nuevos límites de relación. El desafío es trascender esta concepción para ir avanzando al interior hospitalario, estableciendo una mejor relación hospital-comunidad que traduzca en sí la relación Estado-sociedad.

4.2.3. La gestión hospitalaria vertebrada la acción sectorial

El hospital público peruano debe ser entendido como la columna vertebral del sector salud; su desarrollo y transformación cambiará y hará evolucionar al sistema en su conjunto y producirá una modificación sustancial de la cultura de la salud en nuestra población.

Es necesario por eso definir previamente una política nacional de salud, que fije en su concepción las prioridades de actuación, la planificación y la acción hospitalaria; es decir, que oriente la gestión hospitalaria en una secuencia ordenada, relacional y racional representativa de la acción a través de la gestión del hospital público.

Incorporar una nueva forma de gestión hospitalaria constituye un desafío estratégico que implica tener presente la actual falta de definición de una política hospitalaria en el país, la relevancia de esta ausencia, lo bueno y lo malo de la evolución del sector; en otras palabras, es distinguir nuevamente en dónde estamos, fijar el camino y ver las posibilidades de seguirlo.

No olvidemos que los hospitales son organizaciones complejas que responden a la modalidad de organización burocrática profesional, donde el poder está descentralizado internamente y cada jefe de departamento o servicio actúa como autoridad indiscutida (Mintzberg 1988). Sugerimos impulsar el enfoque contingencial o gerencial, que promueve la idea del hospital como estructura matricial, superando el departamentalismo o áreas estanco y propiciando la participación de equipos multidisciplinarios en los cuales la misión institucional y el perfil de la demanda de cada población determinan la cantidad y variedad de las líneas de producción hospitalaria.

Hacemos explícito que nuestro marco referencial de propuesta de política hospitalaria parte del análisis de la demanda poblacional para articularlo con la misión institucional, es decir, planear una gestión hospitalaria que concilie los objetivos individuales con los de la institución (Tobar 1998), reconociendo el abordaje oportuno y planificado de la demanda con el fin de alcanzar el máximo beneficio para la salud de la población.

4.2.4. La acción hospitalaria es una manera de hacer lo necesario dejando de ser lo que se es

Alguien dijo que los hospitales de ayer son los mismos de hoy. Sin embargo, es necesario destacar la gran distancia que media entre el discurso y la práctica hospitalaria. Esto se puede relacionar con lo que sucede en la práctica médica: los pacientes mejoran no con lo que los profesionales de la salud saben sino con lo que hacen. Así, la salud mejora no con lo que las instituciones dicen que habría que hacer sino con lo que han hecho. En este sentido, el hospital deberá iniciar el cambio. Para lograrlo es necesario que se produzca también un cambio en los que realizan el quehacer hospitalario.

Pareciera que la presencia del médico en la institución conlleva una gran dificultad para determinar si las cosas y el modo en que se están haciendo son los pertinentes y necesarios. Esta dimensión tan importante del diseño organizacional no definido ha ocasionado que los procesos de mejora se dirigieran casi siempre a perfeccionar la estructura y los procesos burocráticos antes que a cuestionar el cambio del modelo y su consiguiente gestión. Es decir, se sigue intentando hacer lo mismo pero mejor, no faltando razón para afirmar que los hospitales son los mismos. Sucede que lo que se estaba haciendo no es lo correcto: el perfeccionar la estructura y los procesos no va a mejorar finalmente los resultados (Donabedian 1988) y allí radica la gran necesidad de determinar un modelo de acción; la inhabilidad para definirlo ha sido una de las causas de los problemas hospitalarios del país.

Definir una propuesta de política hospitalaria es, entonces, establecer un marco de actuación, reconociendo los componentes y las variables que influyan en la acción hospitalaria, sobre las que finalmente tendremos que actuar para no seguir sin rumbo. No implica una receta, sino empezar a construir para que los cambios poblacionales y las innovaciones en salud determinen su diferenciación y sean los inductores de configuraciones o perfiles individuales y propios, en los que los factores de la organización institucional terminen subyaciendo a las demandas de la población referencial hospitalaria.

4.3. El hospital del futuro

Se puede definir al futuro hospital peruano como la organización sanitaria orientada a la atención solidaria del paciente, dentro de un ambiente profesional y humano, con un diseño organizacional adecuado y una modalidad de gestión flexible.

La orientación hacia la atención solidaria del paciente es la condición fundamental de su impacto en la entrega de servicios. Esto determina una nueva cultura organizacional del hospital y de toda la red, y también una nueva cultura de salud en la población, habida cuenta del papel inductor de cambios que tiene el hospital.

En nuestros nosocomios hay una gran necesidad de crear una cultura y un diseño organizacional que reflejen estos mismos valores en los empleados. En la gerencia deberá existir, asimismo, un convencimiento que permita crear y mantener este ambiente de respeto en todos los niveles; es decir, en la institución debe existir un énfasis de servicio.

También se puede definir el diseño organizacional del hospital como una red integrada verticalmente con los diferentes niveles de atención y una integración horizontal con servicios de su mismo nivel de atención, a través de acuerdos de gestión para obtener eficiencia y calidad progresiva, usando tecnología racional en la implantación y definición de servicios de salud integrados en redes de diferente capacidad resolutive.

Los acuerdos de gestión parten del diagnóstico y el abordaje del perfil sanitario; se enfatiza el conseguir resultados mediante el control de costos, maximizando la eficiencia, y así cumplir con el propósito de mejorar la calidad de los servicios clínicos y administrativos, con una rentabilidad social orientada a los pacientes de menores recursos.

El hospital peruano debe ser visto como un componente importante de la red de servicios; la relación de colaboración del hospital con su red no sólo es esencial para definir su rol sino para inducir el desarrollo y fortalecimiento de los otros niveles de atención. Este papel activo le dará racionalidad y pertinencia a la actuación de la oferta hospitalaria como factor de reordenamiento de la demanda. Es un proceso de cambio que asegura la accesibilidad creciente y referencial de la población con patologías complejas, disminuyendo los niveles de exclusión de pacientes.

En este enfoque sistémico, el objetivo será desarrollar un modelo coordinado e integrado de salud más eficiente, cuyo propósito sea la equidad. En tal escenario, los incentivos a la eficiencia y la orientación en la entrega de servicios de la red encuentran su vertiente social.

Finalmente, en este enfoque de gestión, los usuarios tienen que ser más participativos; contar con espacios de acción más amplios, e ir más allá del papel pasivo de pacientes para comenzar a cristalizar formas de participación ciudadana, transitando una verdadera y representativa relación hospital-usuario.

4.4. Rol del hospital público peruano

El hospital público peruano cumple una serie de roles, como se detalla en el cuadro siguiente:

Cuadro 2
Rol del hospital público

- ◆ Rol de garante de los derechos humanos
- ◆ Rol público del hospital en la red
- ◆ Rol sanitario de referencia
- ◆ Rol de inductor de modernidad y cultura para la salud

4.4.1. Rol de garante de los derechos humanos

Toda institución social lleva implícito el rol de promotor y garante de los derechos humanos de la población a la que brinda su servicio. Este rol se hace explícito en los hospitales de nuestro país porque diariamente sirven para preservar la continuidad de la vida, sobre todo de una vida con calidad para su desarrollo productivo y en libertad.

Este rol supremo tiene importancia no sólo en la atención y solución de problemas de salud sino en la vida futura de la persona, al curar o no su dolencia. Myers (1995) ha planteado que “no debemos estar preocupados únicamente en el evitamiento de la mortalidad, sino debemos preocuparnos en la calidad de vida”. En efecto, los que trabajamos en este sector deberíamos comprender que la atención de salud no sólo sirve para solucionar la enfermedad sino para que el paciente sea capaz de continuar siendo productivo y útil a la sociedad.

Es importante no perder de vista esta conexión entre atención de salud y calidad de vida productiva. Es la razón que fundamenta la necesidad de una mejor atención a la red hospitalaria del país como componente de una política de Estado. El éxito de la misma, en esta circunstancia democrática del país, tiene profunda importancia, no sólo por la participación de los ciudadanos sino porque éstos mantendrán el derecho de vivir sanos y saludables.

Finalmente, Soberón (1995) señala “que el derecho a la protección a la salud es una garantía social”, y que los ciudadanos beneficiarios de esa garantía “ven enriquecido el listado de sus derechos humanos de modo que si no se asegura el cumplimiento de la garantía, se lesionan esos derechos y en consecuencia hay

violación de los mismos”. Sentencia así el rol de garante de los derechos humanos que tiene toda institución de salud.

4.4.2. Rol público del hospital en la red

Para garantizar ese derecho, es entonces necesario aumentar la equidad en el nivel de salud de la población a través de un sistema que garantice el respeto a todos los usuarios. Se requiere un ordenamiento de derechos y obligaciones entre los distintos actores de salud. Esta distribución de roles y funciones se conoce como Red de Servicios, que obliga a la participación de los nosocomios como parte de un sistema estructurado. El hospital, dentro de este marco, debe también definir su rol.

Pensamos que el hospital debe reforzar el concepto de *público*, entendiendo como tal el ofrecer respuesta universal a todos los pacientes, independientemente de su condición socioeconómica. Para ello, es fundamental no sólo la concepción política e ideológica de la conducción sanitaria del país sino el diseño de una gestión hospitalaria que desarrolle un proceso de entrega de servicios con criterio social, que atienda a todos, pero que especialmente nunca deje de atender a aquellos que no cuentan con recursos económicos para solventar su atención.

El rol social que define el objetivo del hospital público es, entonces, el de asegurar a todos los ciudadanos la garantía de acceso como parte del derecho constitucional de la atención de salud. El Estado es el responsable de garantizarlo; para ello debe insertar articuladamente la gestión hospitalaria en el sistema de servicios de salud, coordinando con los diferentes encargados de los subsectores, redes de servicios en las que se jerarquicen las necesidades sociales y se den respuestas con equidad en el lugar donde éstas se producen.

4.4.3. Rol sanitario de referencia

El rol sanitario del hospital que se está proponiendo pone en el centro la problemática de salud de la población, a los individuos integrantes de una comunidad de referencia, enfatizando no sólo la prevención y atención de la enfermedad sino la promoción de buenos hábitos, junto con otros sectores.

En este marco, el concepto de la atención progresiva³ adecuada a niveles requiere de la conformación de una red asistencial, que jerarquice la puerta de entrada al sistema, la referencia y contrarreferencia a través de distintos efectores.

³ La atención progresiva se refiere al otorgar a la población todos los niveles de atención a través de una respuesta escalonada de establecimientos con diferentes capacidades resolutivas que garanticen la solución oportuna del problema de salud y no su exclusión.

res, con diferentes capacidades resolutivas pero con similares niveles de conocimientos y competencias. Para ello se requiere definir un ámbito de actuación, que puede ser departamental, que aúne los criterios de actuación de los efectores locales no sólo en la práctica curativa sino fundamentalmente en actividades de prevención y educación para la salud, garantía de acceso universal de la población al sistema de atención y cuidado de la salud. Esta actividad es la que le otorga el rol de *hospital de referencia*; es decir, el hospital no genera su propia demanda sino que debe dar respuesta a las necesidades de los efectores de menor complejidad.

Este rol referencial del hospital como parte de la red, al servir como guía de la demanda de atención de salud, es el que determina la equidad y la calidad del sistema en su conjunto, y sirve para superar el actual modelo asistencial que desvirtúa el papel de los hospitales públicos regionales del MINSA (III nivel) al centralizar la demanda periférica de los niveles inferiores y postergar la atención de las patologías críticas que le conciernen, encareciéndose en consecuencia las prestaciones en todo el sistema. De esa manera provoca un desborde de la demanda de los niveles inferiores y ocasiona una disminución en la calidad de la atención especializada, incrementado de paso las diversas formas de inaccesibilidad de la población que no cuenta con los recursos para resolver sus problemas de salud en el lugar adecuado y en forma oportuna.

4.4.4. Rol de inductor de modernidad y cultura para la salud

Consideramos también que el hospital público tiene un rol de inductor de modernidad y desarrollo del sistema en su conjunto. Lo que haga o deje de hacer, constituye la información social que da libertad de elección al usuario y genera la competitividad de todo el sistema; asimismo, promueve, en la población usuaria de sus servicios, una cultura por y para la salud dentro de este espacio de intercambio social.

Los anteriores roles centran el compromiso del hospital con su comunidad, al orientar los recursos del Estado en su respuesta a los problemas más complejos de salud. Como parte de una red solidaria e integrada a la comunidad, el usuario es también gestor con su exigencia o representatividad.

5. Los niveles de la política hospitalaria

5.1. Nivel sistémico de la política hospitalaria

El nivel sistémico de la política hospitalaria define los propósitos, la estructura y las relaciones que el hospital va a desempeñar para cuidar la salud de sus habitantes.

5.1.1. Propósito de la equidad

Debemos asumir que es posible encontrar en la actual situación hospitalaria del país y de América Latina, un escenario cuyas acciones den forma a una manera diferente de hacer operativas las políticas de salud, planteando alternativas que revitalicen la planificación, con el fin de dar paso a una mejor orientación de la reforma sectorial que, muy influida por las tendencias liberalizadoras del mercado, ha dejado a la política social y a la salud carentes de un actuar moral, al alentar un eficientismo puro que atenta contra la calidad y atención equitativa de salud.

El supuesto de una construcción equitativa se sustenta en la convicción de que se pudo construir en el ayer un modelo sociomédico alternativo, que contemplara una política y una gestión hospitalaria con la mirada en su población y que se relacionara con los usuarios y sus demandas, pero ello no se llevó a cabo. Hoy en día se requiere, desde el punto de vista ético, político y académico, plantearse de nuevo el reto: interpretar nuevos desafíos y redefinir una perspectiva de política hospitalaria para lograr un nivel de salud más universal y justo.

En este orden de ideas, la definición de una nueva y diferente gestión hospitalaria desde el punto de vista conceptual y teórico es importante y valiosa, pero es también urgente fijar posiciones frente al proceso general de las políticas sociales del país, para dirigir los esfuerzos colectivos en bien del desarrollo humano y la salud. Se abre así el camino para un gran movimiento académico de formulación e implementación de políticas de Estado y de salud con gestión hospitalaria.

De este modo el propósito de la equidad ofrece, ante una misma necesidad, la misma oportunidad de recibir servicios y encauza mayor atención hacia grupos y zonas con mayor carga de enfermedad. Por lo tanto, el sistema de salud no sólo debe incrementar los niveles de salud parciales, sino que debe hacerlo como un todo incrementando la capacidad de respuesta en todos sus niveles de tal manera que el resultado reduzca la brecha entre sus grupos sociales (Frenk 1997a).

Por lo tanto, el bienestar de todos demanda un acto humano y solidario que priorice las necesidades y las atienda en la misma proporción. Es un actuar equitativo cuyo propósito exige un redimensionamiento en las instituciones de salud y una relación igualitaria entre los servidores públicos y los usuarios. Así, el elemento central de nuestra propuesta de gestión hospitalaria es la equidad, y no el desarrollo eficientista del capital. Las otras variables de eficiencia, efectividad y calidad deben subordinarse y ajustarse a ella; el logro de la equidad en los

sistemas de salud debe ser lo que interese en la práctica a partir del propósito de dar más salud a quien más lo necesita. En esta circunstancia, los hospitales contribuyen a elevar el número de años de vida ganados con calidad, por el tipo de enfermedades y enfermos que acuden a sus servicios; de este modo una atención planificada, organizada y distribuida con equidad a partir de los mismos contribuye a disminuir las inequidades existentes.

Con relación al futuro de la gestión hospitalaria en nuestro país, deberá existir una política de Estado realista que asuma el reclamo de todos con transformaciones sociales, políticas y económicas concretas, que contemple el desarrollo del concepto de salud planteado universal y equitativamente.

Proponemos la construcción social de la salud desde fuera: plantear desde la población la política de salud, la gestión hospitalaria, las redes, las DISA; es decir, desde la enfermedad construyamos la salud. La discusión debe considerarse desde la perspectiva de elevar la equidad en el nivel de salud de la población y concretar los diversos caminos para obtenerla. En esta tarea los hospitales tienen un papel importante que cumplir.

Resulta urgente orientar el desarrollo del país a través de una inversión social en salud y aumentar la protección financiera de la misma. Es necesario que la política gubernamental tome en consideración sus efectos sobre la salud y la contribución de ésta al desarrollo del país.

Por lo tanto, no basta con diseñar políticas específicas de salud sino que se requiere una mayor inversión social que enfrente desde distintos sectores los factores determinantes del bienestar de la mayoría de los peruanos. Una buena salud garantiza el desarrollo. El gasto en salud es una inversión social, y este reto de protección económica para todos obliga a un objetivo fundamental: otorgar al Estado más presupuesto para este fin, asegurando la justicia del financiamiento, lo que hará factible la equidad.

La política hospitalaria depende de la política nacional de salud; sin embargo, la gestión hospitalaria hace explícitos los propósitos del sistema al que pertenece y hace tangibles los objetivos del Estado al respecto.

5.1.2. Bases para el acceso de la población a la atención hospitalaria

En América Latina, la reforma del sector salud y el desarrollo de políticas sanitarias se produjeron en un contexto de apertura económica, consolidación democrática y ajuste estructural del Estado, procesos que han influido en los mecanismos y estrategias orientados a mejorar el acceso de los excluidos a

sistemas preferentemente de protección social (Madies 2000). Además, los sistemas de salud de la región reconocen, sin excepción y de manera implícita o explícita, el carácter universal del derecho a la salud (OPS 1989). No obstante, en la práctica, las reformas emprendidas no siempre han dado cobertura a todos los habitantes.

Las estrategias para dar mayor acceso a la población se han concentrado, en muchos casos, en modelos de financiamiento y organización del sistema, relegando a un segundo plano el objetivo de mejorar el acceso y la calidad de las prestaciones (Teruel 1996) e incrementando la inequidad. Entre las causas endógenas propias de un sistema de salud segmentado como el nuestro se citan la falta de integración entre sus distintos subsectores, la ineficiencia en la asignación de fondos del subsector público, la fracción variable de la población cubierta por el seguro social, la segmentación de los seguros que comprometen su eficiencia y el escaso desarrollo de los seguros privados, a pesar de su tendencia a la expansión. Además, la exclusión afecta fundamentalmente a la población de zonas rurales, donde la cobertura de la seguridad social es pobre y la accesibilidad a los servicios públicos es deficiente (Madies 2000).

Nuestro país presenta este panorama, por lo que, para mejorar el acceso de la población a los servicios hospitalarios, se debe promover lo siguiente:

a) Involucramiento en los niveles de atención

Este componente es esencial en el nivel sistémico de la política hospitalaria y guarda relación con dos dimensiones: las funciones del sistema al que pertenece y los grupos sociales a los que sirve todo hospital.

En el Perú, históricamente existía una clara distinción entre asegurados y no asegurados. En la última década, la inmensa mayoría de no asegurados eran beneficiarios del MINSa (75%), y la población asegurada era el 25%, preferentemente de la seguridad social (EsSalud). A partir de 1997, el MINSa aumentó gradualmente la cobertura de aseguramiento de la población escolar y de las mujeres embarazadas a través del Seguro Escolar Gratuito (SEG) y el Seguro Materno Infantil (SMI), respectivamente. Actualmente el MINSa, al unificar los dos seguros anteriores, plantea dar atención a todos los pobres y pobres extremos a través del Seguro Integral de Salud (SIS).

En el papel, entonces, el Ministerio de Salud dará cobertura a casi toda la población pobre sin seguridad social. Esto es muy loable desde el punto visto ético y está en el camino para lograr la equidad; pero si recordamos la insuficiencia de la red institucional y hospitalaria, principalmente de las regiones del MINSa, concluimos que los beneficios que recibirán los usuarios serán limitados

porque la atención está en relación con la escasa capacidad resolutive del subsector, lo que representa una forma de inequidad funcional y de acceso al alejar de la población, principalmente del interior del país, la obtención del beneficio que la ciencia y la tecnología deben brindarle a todos.

Esta visión del aseguramiento, planteada desde la organización de la atención de salud, sin una concepción poblacional, sin tener presente a los usuarios, alienta la segregación y la segmentación del subsistema de atención, y promueve la permanente exclusión de la población del sistema formal de salud local con una notoria duplicidad y desperdicio de recursos. No es raro encontrar, en una misma comunidad, generalmente en las capitales de departamento de la costa, distintas instituciones de salud que utilizan sólo parte de su capacidad, por una sobreoferta.

También sabemos que la población no respeta las divisiones artificiales del sistema y acude a los establecimientos según alguna condición de acceso; es decir, algunos asegurados se atienden en el MINSa, así como pacientes sin seguro se atienden en la seguridad social, y esto da lugar al traslape de demanda del 22.4% (ENNIV 2000), lo que determina una gran inequidad en el sistema de salud peruano.

Por lo tanto, la segregación y exclusión de la población peruana es la razón fundamental que debe obligar a la integración de prestaciones entre los subsectores de la salud. Sugerimos que a partir de la capacidad resolutive de los establecimientos de salud en cada departamento, se pauten la integración y coordinación de la red nacional, en la cual el hospital juegue su rol referencial de integración funcional al sistema departamentalizado (eventualmente regionalizado) en su conjunto.

El sistema de salud no debería estar organizado por grupos sociales sino por funciones (Frenk 1997b); es decir, cada institución debe tener claramente asignada la función que mejor realiza. La regulación, por ejemplo, sería patrimonio del MINSa; la prestación en sus primeros niveles correspondería al MINSa y en los niveles superiores a EsSalud por el reconocimiento de la capacidad resolutive de sus hospitales nacionales.

En este esquema de seguro generalizado a toda la población del país, la modulación⁴ se convierte en la función principal del MINSa, por su carácter de

⁴ Este un término introducido por el profesor Avedis Donabedian, como un concepto de significado más amplio que el de la regulación, pues implica implantar y monitorear las reglas de juego para el sistema de salud imprimiendo una dirección estratégica dentro de un proceso en el que es necesario equilibrar los intereses de los diversos actores a favor de los pacientes.

entidad responsable de la dirección estratégica del sistema en su conjunto. El cambio de su función prestadora –que ha debilitado su función reguladora al tener que preocuparse por los detalles de la atención– por una de modulación hará que se garantice la energía social del Estado en la procura de una atención de salud que priorice a los grupos más pobres y vulnerables.

En lugar de ser el MINSA un proveedor más de servicios de salud –por lo general el más débil en los niveles hospitalarios de atención– debe comenzar un proceso de articulación con la seguridad social (EsSalud) y de ambos con la población, preferentemente en las provincias del interior del país. Esto hará explícitos y únicos (es decir, una sola base poblacional, un solo sistema informático regional de identificación y carnetización de usuarios) los procesos de administración de riesgo, afiliando la población al sistema. La administración de acceso incluirá los procedimientos de atención, la referencia y la contrarreferencia de pacientes en el sistema regionalizado de atención.

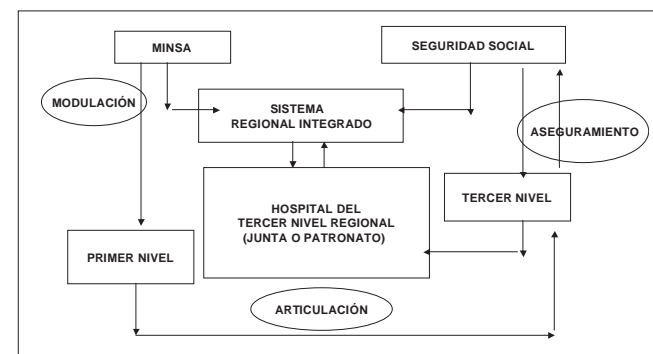
El sistema en su conjunto se abre a la población de acuerdo a las necesidades de salud y a la capacidad resolutoria del establecimiento. Es aquí donde la coordinación para la articulación de prestaciones se torna una exigencia. Para empezar, el MINSA, a través de sus niveles inferiores, atendería a la población de la seguridad social y ésta atendería a la población del MINSA en los niveles superiores. Cabe señalar, en este contexto, la importancia del hospital público de nivel III como elemento catalizador de un efectivo sistema de referencia y contrarreferencia departamental, mediante una interacción equilibrada, eficiente y equitativa con sus niveles inferiores y superiores, como el IV nivel de la seguridad social regional y los hospitales nacionales del MINSA y EsSalud.

De esta manera se plantean nuevas formas de vinculación, que van más allá de la separación de funciones tan alentadas internacionalmente. Desde este punto de vista, la separación de funciones se dará en el tiempo dando forma a un sistema de salud.

En este sentido, se recupera la función del hospital como parte de una red organizada que garantiza el ingreso universal de la población al sistema de atención y cuidado de la salud; una articulación establecida con el fin de captar toda la demanda que supere la capacidad de respuesta de los niveles inferiores y que requiera la utilización de los niveles superiores de alta complejidad. Este es el rol referencial del hospital, que no atiende a una demanda histórica sino a una demanda referida como respuesta a las necesidades de los efectores de diferente capacidad de respuesta. Este criterio genera a su vez la referencia como respuesta del hospital –contrarreferencia– una vez satisfecha la demanda, el paciente debe volver al prestador de origen con todos los elementos diagnósticos y terapéuticos que facilitarán la actividad de quien generó la demanda. En otras

palabras, la atención ambulatoria de un hospital de alta complejidad debe estar a disposición de la red de servicios y no ser en sí misma generadora de su propia demanda.

Gráfico 1



Debemos superar, en el país, la práctica hospitalaria que ha instituido un modelo asistencial “con mirada hacia dentro”, que por falta de orden y articulación con su red ha desvirtuado su propio papel, centralizando la atención de patologías no críticas para su nivel de complejidad y postergando las de la capa compleja, lo que ha determinado una disminución de la efectividad y calidad de la prestación especializada y hospitalaria en su conjunto.

En la práctica, esta miopía frente a su red y su comunidad ha sido la barrera que ha promovido en la población el hábito de concurrir al hospital por cualquier clase de patología, sin pasar por el establecimiento local que lo oriente y lo contenga, lo que genera mayores gastos en el paciente (costo del traslado) y atenta también contra la oportunidad de la atención. No proponemos modificar la conducta social pero sí alentamos una orientación de la demanda a través de una organización en red, con escalones de complejidad creciente que conformen niveles de atención, donde el usuario pueda acceder oportunamente, según sus necesidades.

Los servicios hospitalarios, por lo tanto, deben estar departamentalizados (regionalizados), formando obligatoriamente una red compuesta por prestadores públicos que den margen de participación futura a prestadores privados, y en donde estén compatibilizados los niveles de atención, los de complejidad y la regionalización de los mismos.

Es decir, los procesos futuros de medición de la capacidad de respuesta y organización de servicios deben orientarse a dar forma a un sistema de atención

de ámbito departamental, definido por sus prioridades sanitarias y por el tamaño de su mercado potencial de demanda y oferta. Es allí donde el hospital público tiene presencia en cada departamento del país, compartiendo responsabilidades con cada uno de los centros de su área, con roles y programas específicos y definidos.

La tarea inmediata es modificar el actuar estático del hospital; superar un modelo en el cual el paciente se torna en un objeto depositario de problemas de salud que sólo podrán ser reconocidos y atendidos por los saberes que el modelo hegemónico ofrece y legítima. Es decir, debemos romper con el modelo medicalizado que en su mayoría atiende enfermedades y no soluciona el problema de salud del enfermo que acude por sus servicios.

b) Niveles de gobierno y relación hospitalaria

♦ LA FUNCIÓN PRESTACIONAL HOSPITALARIA

Reconocemos que la actividad prestacional es la función que acepta mayores niveles de control local; éste debe dirigirse desde el espacio regional, a través de sus autoridades, de las que dependerían las redes departamentales de servicios. De esta manera, se haría operativa a través de un sólo Plan Regional de Salud (Plan Director o Plan Maestro). Es decir, la regionalización de la prestación se convierte en una necesidad, de tal suerte que los servicios de salud de las regiones del país se escalonen según la capacidad resolutoria de las unidades de atención, mediante procedimientos claros y explícitos del sistema de referencia y contrarreferencia de pacientes, donde el papel fundamental de concreción lo juegan los hospitales.

En este sentido, técnicamente los hospitales dependerían en forma directa de la autoridad regional de salud, la que deberá cumplir con las funciones que se detallan en el cuadro que se presenta a continuación:

Cuadro 3
Funciones de la autoridad regional de salud

<ul style="list-style-type: none"> · Definir y aprobar las prioridades de acción hospitalaria · Aprobar los planes estratégicos de cada hospital dentro de la red · Aprobar los presupuestos hospitalarios · Aprobar los planes operativos · Gestionar partidas y recursos · Organizar y determinar el crecimiento hospitalario · Firmar y vigilar los acuerdos de gestión

♦ LA FUNCIÓN DE FINANCIAMIENTO HOSPITALARIO

En lo que respecta a esta función, las desigualdades al interior del país, así como al interior de cada departamento, hacen indispensable un mecanismo diferente de gestión del financiamiento público de la salud. Continuar fragmentando los fondos en una multitud de desembolsos locales es un mecanismo descentralizador del financiamiento que puede agravar aún más las inequidades. Los departamentos con menores recursos económicos, que son los que tienen las peores condiciones de salud, tienen también las menores posibilidades de mejorar sus servicios y obtener el financiamiento indispensable. Una política solidaria de salud exige que el financiamiento sea un proceso nacional, único e integrado, pues sólo así puede lograrse una distribución equitativa al interior del país, proporcional a las necesidades de cada departamento. Ello no implica un centralismo burocrático de la administración de los fondos sino que es también, por definición, una tarea local. La distribución del fondo hospitalario debe ser una tarea nacional con criterio equitativo que permita su administración local con el mismo enfoque. El hospital, a través del financiamiento, debe seguir estableciendo entonces una relación vertical con la autoridad regional y el gobierno central.

En este sentido se deben ligar los acuerdos de gestión con el financiamiento del nivel central de los hospitales, celebrando con cada uno de ellos contratos de prestación de servicios que pueden tener, entre otros objetivos:

- ♦ La disminución del gasto
- ♦ El aumento de los ingresos
- ♦ La disminución del tamaño y tiempo de las listas de espera
- ♦ El aumento de las metas de productividad
- ♦ La mejora de los indicadores de calidad y satisfacción de usuarios
- ♦ El aumento de la cobertura a la población de menores recursos.

Esto debe facilitarse fijando un pago por servicio prestado por el hospital, es decir, un pago prospectivo fijo y global, que parte de la definición de los productos finales de atención de cada nosocomio, que obligatoriamente deberá conocerse en cada ámbito departamental. Obviamente, se puede empezar a partir de la actual estructura de costos de actividades intermedias e insumos.

Al otorgar el financiamiento, vía contratos, para cada hospital y red del país, se generará un mejor conocimiento de la estructura de costos y por lo tanto se obligará a una mejor administración. Bajo esta estrategia, el hospital tiene que asumir una mayor porción del riesgo que significa no ser eficiente. Igualmente, esto permitirá ver el presupuesto hospitalario dentro de la red departamental y no como la simple sumatoria del financiamiento de un establecimiento de salud.

A su vez, el pago prospectivo consigue que el pago por servicio prestado elimine un sinnúmero de requisitos que se plantean en otras modalidades de financiamiento. Lo interesante es que obliga a conocer el tipo de usuario, el servicio para ese usuario y el costo de los servicios en una fórmula que se puede ir ajustando en el tiempo. Por otro lado, elimina el control al prestador; éste entenderá que tiene que ser eficiente en la administración hospitalaria y en la gestión clínica como, por ejemplo, no dejar a un paciente internado el fin de semana por no pasar visita o apurar en su atención a los pacientes más vulnerables y pobres; evitándose así complicaciones y gastos ocasionados por una atención inoportuna.

La viabilidad del aumento del financiamiento para lograr una mejor atención hospitalaria debería ser enfocada desde el punto de vista de la ética y la responsabilidad social de cada trabajador y directivo hospitalario, actitudes que no deberían obtenerse sólo por el uso de los fondos como incentivos. Los prestadores deberán entender que lograr un aumento en la eficiencia serviría en una fase de transición que permitiría incrementar el fondo de aseguramiento de los pacientes en extrema pobreza, mejorar la infraestructura y consolidar el sistema de referencia y contrarreferencia del hospital con su red para luego, en una segunda fase, servir de estímulo a los trabajadores.

◆ LA FUNCIÓN DE REGULACIÓN HOSPITALARIA

Por último, la función de regulación debe establecerse dentro un nuevo paradigma hospital-usuarios, en el que éstos tienen que ser más participativos. Son también gestores hospitalarios que deben ampliar las fronteras de su accionar y participar en la salud, llegando a las autoridades locales y a los órganos de la sociedad civil, de modo que la regulación no sea una actividad que inhiba la participación de los ciudadanos.

Proponemos para los hospitales la conformación de una junta de actores sanitarios o patronatos, que tengan que ver con la regulación de la atención hospitalaria. Su razón se basa en la necesidad de mejorar la calidad y la equidad de los servicios a través de una estrategia participativa que garantice la calidad y el sostenimiento del aseguramiento público a los usuarios pobres. Estas juntas deben plantearse en forma descentralizada y con la activa participación de los usuarios a través de representantes de los gobiernos regionales y municipales, de las universidades, los colegios profesionales de la salud, la sociedad civil, la Defensoría del Pueblo, la Fiscalía de Prevención del Delito y las instituciones de defensa del consumidor. Lejos de intimidar con nuestra propuesta, consideramos que puede fortalecer estratégicamente el papel institucional al movilizar la energía social en la búsqueda del mejoramiento hospitalario. De hecho, la participación ciudadana constituye una condición indispensable para el funcionamiento transparente y el uso solidario y convocante de los recursos para la salud.

Cuadro 4
Junta de actores sanitarios o patronato

Compuesto por representantes de:	
·	Los gobiernos regionales
·	El municipio local
·	Las universidades
·	Los colegios profesionales
·	La sociedad civil
·	La Defensoría del Pueblo
·	La Fiscalía de Prevención del Delito
·	Las y los pacientes
·	Las instituciones de defensa del consumidor

c) Los hospitales necesitan de la mezcla público-privado

Nuestro país necesita de un modelo más realista y equilibrado que intente llevar a cabo una alianza entre lo público y lo privado. Debemos empezar a caminar obteniendo el máximo beneficio de los aportes de ambos; más que la estatización o privatización, los tiempos exigen una mezcla pública-privada transparente y social. El introducir con mayor fuerza en nuestros hospitales elementos del mercado nos llevará más rápido a la eficiencia para llegar a la equidad; por eso, se debe propiciar la preocupación por los insumos, la investigación científica, la tecnología médica, el desarrollo de los recursos humanos y de la infraestructura hospitalaria, y el mantenimiento de los equipos. Todo ello debe hacerse mediante coaliciones con el sector privado. El Estado, como garante de la salud en la esfera hospitalaria, tiene aquí una excelente oportunidad para definir las líneas de intervención privada y estimular estas asociaciones productivas. Un Estado que busca diversos apoyos demuestra en la práctica una actitud garantizadora de protección a toda la población.

La dificultad estaría en determinar qué atraería a la participación privada. Es por ello indispensable colocar a los hospitales otra vez en una situación competitiva y rentable, porque la ineficiencia hospitalaria es general, tanto en los hospitales públicos como en la mayoría de los privados. El dar el paso hacia mecanismos competitivos determina el modelo de gestión administrativa al que debe aspirar todo nosocomio, identificando qué servicios vender y qué puede comprar para dar una atención mejor a su población. Ésta es la utilidad de la autonomía hospitalaria, que permite que actúen como agencia compradora. En la práctica, ésta es la razón por la que no se puede tener un solo modelo de gestión para todos los hospitales.

d) Participación activa de la población en la gestión hospitalaria

Los hospitales deben dar paso obligatorio a una participación social con visión moderna (Celedón 2000), que reconozca a las personas como usuarios y a la vez como ciudadanos ante los cuales el hospital y el sistema en su conjunto deben rendir cuentas de calidad y oportunidad del servicio, así como del uso eficiente de los recursos. Esto determina el requisito de una mayor responsabilidad por parte del sistema frente a la ciudadanía y la necesidad de implementar distintos mecanismos de participación, ya sean individuales o colectivos, que permitan a las personas ejercer control sobre sus derechos de protección de la salud.

El hospital es representativo del sistema en su conjunto, y es la expresión social del Estado. Todo gobierno no democrático intensifica y perpetúa el mirar hacia adentro de los hospitales, evitando la participación y control de la ciudadanía; se calla también el reclamo y la voz de los clientes internos y externos de la institución. En tiempos de democratización, por el contrario, la participación social en el hospital constituye en sí misma un camino de recuperación democrática de los derechos laborales y sociales y de la institucionalización del país.

El espacio hospitalario, por lo tanto, no puede excluirse de la participación social. En nuestro país, a través de los CLAS se promovió la participación social en los primeros niveles de atención, espacios en los cuales la solidaridad es más permanente, lo que contrasta con el mundo cerrado y muchas veces frío de los muros hospitalarios. La apertura a la participación social hospitalaria es un requisito de humanización de la atención médica; es el ingrediente que facilita el logro de la equidad solidaria. Por ello, proponemos la participación de la población en la vida hospitalaria a través de:

1. La definición del Plan de Gestión Hospitalario, de su ejecución, de su evaluación y de su cumplimiento a través de representantes de las municipalidades del país en el gobierno de los hospitales de su ámbito. Se necesita dar formalidad a la participación para dar viabilidad y desarrollo al proceso participativo.
2. La inclusión de representantes designados por las defensorías del pueblo y de asociaciones de consumidores o grupos de defensa de los derechos ciudadanos, para vigilar el papel del agente principal; es decir, vigilar la asignación y el cumplimiento del financiamiento a favor de los usuarios, aplicando el principio de la no exclusión; es decir, que toda persona sea aceptada en la atención hospitalaria, independientemente de su condición y capacidad de pago, y así evitar la negación de la atención y la retención hospitalaria de quienes no pueden pagar los costos utilizados en el servicio.

3. La inserción de asociaciones de consumidores o de afiliados al sistema de seguros de salud, con el fin de que vigilen la canalización oportuna de los recursos hacia la compra de bienes y servicios de salud en el interior de los hospitales; estos procesos también serán calificados por las instituciones de defensa del consumidor y de los derechos del ciudadano, así como por las defensorías del pueblo.
4. La firma de acuerdos de gestión entre las autoridades hospitalarias y del sector con las autoridades municipales, de preferencia los alcaldes provinciales y las respectivas defensorías del pueblo. Éste es un paso adelante respecto a los buzones de sugerencias, las encuestas de opinión y los compromisos de cobertura y calidad que, si bien sirven a la institución para tener un control sobre los servicios y son útiles para trabajos de investigación, tienen escaso impacto como instrumentos de control ciudadano en la garantía de una atención digna.

Lo anterior debe ser concebido como un programa, durante un período de aprendizaje y desarrollo, sustentado en un plan de garantía de la salud (Plan Director o Plan Garantizado de Salud), que debe tener todo departamento del país. Ésta es una condición esencial para que los ciudadanos puedan exigir sus derechos y las instituciones puedan contar con recursos de calidad en cantidades apropiadas. El cambio de la gestión hospitalaria, entonces, es una oportunidad para promover la participación ciudadana y la democratización del país.

Cuadro 5
Participación de la población en los hospitales

- En la definición, ejecución, evaluación y cumplimiento del plan estratégico hospitalario
- Para vigilar la actividad prestacional en la atención de los más pobres
- Para canalizar oportunamente recursos para la compra de bienes y servicios de atención
- Para velar por el cumplimiento de los acuerdos de gestión

5.2. Nivel programático de la política hospitalaria

La política hospitalaria no se puede ver sólo en la estructura y la afirmación de propósitos que determinan el nivel sistémico señalado anteriormente; es necesario abordar el quehacer hospitalario, que constituye el programa hospitalario y debe ser concebido en términos de atender prioridades sanitarias para producir los mayores beneficios a la salud de la población.

5.2.1. Propósito de eficiencia de asignación de recursos hospitalarios

Los hospitales se han convertido en un barril sin fondo; han compartido indistintamente la atención de la patología simple, que debe ser atendida por su periferia, mientras que aumentan la desatención de las patologías más complejas que demandan atención hospitalaria. Esto ha ocasionado un aumento en el uso de los recursos para una capa simple que no les pertenece y una escasez de los mismos para atender los problemas de salud complejos que les pertenecen por definición. El resultado es un presupuesto insuficiente para la correcta acción de un nivel superior de atención; este problema se agudiza tanto por una asignación y utilización ineficiente de los recursos como por una agudización de las desigualdades de salud. El cuadro descrito exige determinar las prioridades de atención de los hospitales para ganar en el propósito de eficiencia de la asignación.

Uno de los aspectos importantes de la gestión hospitalaria son los cambios que deberán producirse en el sistema de repartición de recursos para su funcionamiento, los que en la actualidad se asignan de manera centralizada e histórica. El problema surge por la insuficiente cantidad de éstos y la manera de distribuirlos: basándose en un presupuesto histórico que en la mayoría de los casos sólo alcanza para financiar la plantilla de los trabajadores, dejando que el financiamiento de inversiones y nuevos servicios se consiga a partir de la captación de recursos directamente recaudados (RDR).

Esta forma de financiamiento ha generado una desvinculación del desempeño con la calidad y la eficiencia, lo que ha determinado que la gestión sea ineficiente y ha creado distorsiones en los hospitales —tales como las largas listas de espera y la consiguiente insatisfacción de los usuarios—, incrementada en la práctica clínica por la superposición de la atención de los primeros niveles con actividades de la medicina especializada, lo cual dificulta la identificación de recursos para cada nivel.

De este modo, el presupuesto hospitalario se ha tornado insuficiente en relación con el comportamiento actual de la demanda, ya que los recursos no se asignan basándose en usuarios potenciales sino en su presupuesto previo y según la oferta y organización de los medios existentes.

Es determinante apostar, entonces, a una mayor vinculación de los procesos hospitalarios, proponiendo que el modelo de asignación de recursos busque un equilibrio entre el riesgo que significa atender patologías complejas que van en aumento, el desempeño hospitalario y los incentivos a los trabajadores. Significa que los trabajadores hospitalarios deben asumir un reto y, por lo tanto, se les debe dotar de incentivos para estimular un desempeño eficiente. Lo que debemos procurar es que los presupuestos separen o diferencien claramente la actividad

hospitalaria asistencial de aquellas actividades relacionadas con las prestaciones sociales de sus trabajadores.

a) Autonomía y logro de objetivos estratégicos del hospital en la red

La asignación de recursos generará, de esta forma, una cultura de trabajo diferente cuyo objetivo será el gasto eficiente. Los hospitales, a través de una gestión flexible, deben relacionarse directamente con los establecimientos de su red para alcanzar las metas propuestas. Para este fin deben llevar a cabo las modificaciones presupuestarias con un mayor grado de autonomía, que es el fundamento del carácter descentralizador.

Este mejoramiento de las relaciones con la red debe complementarse al interior de cada hospital, porque la eficiencia hospitalaria sólo es posible en la medida en que se corrijan los defectos que impiden alcanzarla dentro de cada uno de ellos, concebidos como un todo que da forma a la red. En la medida en que una parte del hospital no funcione bien, ni ésta ni la red lo harán, y ocasionarán la insatisfacción de los usuarios y el gasto ineficiente de los recursos.

Con el fin de lograr buenos resultados, sugerimos introducir nuevos mecanismos de asignación de recursos que incentiven la eficiencia y la calidad de servicios, a través de un modelo prospectivo de asignación que vincule la actividad prestacional real y potencial con la transferencia o los pagos financieros para el desempeño hospitalario. Asimismo, el nuevo modelo de asignación debe contemplar en su evolución la introducción de indicadores en relación con grupos de diagnóstico relacionados (GRD), los que se ligan con el desempeño de los trabajadores y la satisfacción de los usuarios.

Los objetivos estratégicos que se promuevan en cada hospital bajo este esquema deben ser: un diseño descentralizado; un modelo local que admita su gradual implantación y adaptación al entorno de cada red; la introducción de una cultura de costo, producto y resultado (entendido este último como la mejora de la salud, la eficiencia y la satisfacción del usuario); la equidad en la atención como propósito de actuación de los responsables hospitalarios; una relación gradual y progresiva de las asignaciones económicas con la producción actual de los servicios; la introducción de una lógica contractual, mediante los acuerdos de gestión (AG), que refleje los objetivos específicos de cada hospital y de éste con su red, así como determinar los incentivos, comprometiendo al personal en la gestión, y, finalmente, incentivar, a través del financiamiento, la relación funcional del hospital con su red para hacer efectivo el sistema de referencia y contra-referencia.

Cuadro 6
Características de los objetivos estratégicos

- Diseño descentralizado, ajustado a la capacidad y eficiencia gerencial local
- Modelo local que admita gradualidad
- Impulso de un sistema de referencias y contrarreferencias con la red
- Promoción de una cultura de costo, producto y resultado con eficiencia social

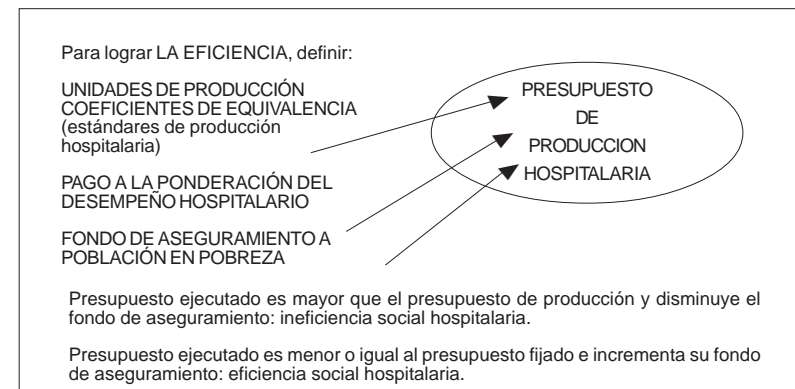
Para lograr los objetivos anteriores se propone un mecanismo que sirva de base para el financiamiento, que parta desde la definición de unidades de producción hospitalaria. Debe diseñarse a partir de las actividades básicas y más importantes, tales como la atención de urgencias y la ambulatoria, incluyendo consulta externa especializada y no especializada, la hospitalización y los programas de ayuda al diagnóstico, de docencia y de investigación. El paso siguiente será fijar coeficientes de equivalencia que estandaricen los diferentes tipos de actividad hospitalaria con el fin de encontrar una unidad de producción común a todos los servicios, que responda a una estructura de costos, productividad y proyección de actividades que permita obtener una ponderación adecuada. Ésta será la que determine el monto a pagar a cada hospital; es decir, es la manera de vincular las unidades de producción y los recursos asignados mediante la fijación de un pago al desempeño o valor bruto de producción.

La sugerencia es que se determinen los pagos de acuerdo con los niveles de complejidad hospitalaria, reconociendo las diferencias en los costos fijos de cada establecimiento, así como las diferencias de eficiencia entre ellos. Sugerimos que este pago se ajuste a cada realidad departamental, promoviendo de tal forma una asignación equitativa en cada caso.

Al determinarse el pago por unidad de producción hospitalaria, se establecerá para cada hospital una fórmula de asignación anualizada que reconozca el pago económico a la totalidad de actividades de producción, lo que finalmente será lo que determine el presupuesto de producción del centro hospitalario.

No se puede promover la eficiencia si en ella no está incluido el propósito social de procurar también la equidad. Por esta razón, sugerimos que de los montos recibidos se asigne un porcentaje para constituir un fondo de estímulos al desempeño de los trabajadores y un fondo de capitalización y ampliación del aseguramiento para los pacientes más pobres.

Gráfico 2



A partir de esta concepción se pueden estimular otras etapas de mejor desempeño social, porque se determinaría y evaluaría anualmente la producción hospitalaria en función del pago recibido y del porcentaje asignado al fondo de aseguramiento de indigentes. Los hospitales que superen en su ejecución al presupuesto por producción y que disminuyan su fondo solidario, serán calificados como ineficientes socialmente. Por el contrario, aquellos cuyo presupuesto de producción sea mayor o igual al presupuesto fijado, evidenciando también un incremento del fondo de aseguramiento, serán calificados como eficientes socialmente y, como es lógico se harán merecedores a un fondo de incentivos. Esto podría alentar a procurar un ahorro que deberá orientarse a la mejora de los hospitales y a estimular económicamente a los trabajadores cuyo desempeño y compromiso social ha permitido incrementar el acceso de los pacientes más pobres.

b) Definición de prioridades

El Perú vive una completa transición epidemiológica, un escenario de perfiles yuxtapuestos, con enfermedades propias del estancamiento y la pobreza de nuestro país (tuberculosis, malaria, dengue, enfermedades diarreicas y respiratorias, mortalidad materna y mortalidad infantil), así como aquellas que padecen los países desarrollados, como las lesiones producto de la violencia; las enfermedades crónicas y degenerativas; el aumento de las enfermedades mentales y neurológicas, y el de todas las formas de cáncer y el SIDA. El Perú debe enfrentar el futuro sin haber sido victorioso ni en su pasado ni en su presente sanitario, lo que, en consecuencia, determina un porvenir complejo. El enfrentarlo ejercerá, sin duda, una presión inusitada en todo el sistema de atención, que obligará a la definición explícita de prioridades de atención.

El hospital, por su rol referencial, debe atender la capa compleja y todo lo que los niveles inferiores de la red de atención regional no pueden hacer. El afirmar esta responsabilidad refleja un compromiso entre la evidencia científica, la necesidad de la población, los valores sociales y los recursos hasta ahora insuficientes con que cuenta el sector.

Cuadro 7
Las prioridades sanitarias de los hospitales

Tratamiento de las enfermedades:
· Producto de la violencia y accidentes
· Crónicas y degenerativas
· Cardiovasculares
· Neoplásicas y cánceres en general
· Mentales y neurológicas
· Perinatales
· Del embarazo complicado
· Hospitalización por SIDA

Proponemos que la definición de prioridades se sustente en una racionalidad epidemiológica, un actuar multidisciplinario y un enfoque multisectorial de trabajo en red. Para ello, se necesita identificar el perfil de la oferta y la demanda de cada hospital, lo que determinará la cantidad de líneas de producción necesarias en cada uno, de acuerdo con el tipo de población y el ámbito de su responsabilidad.

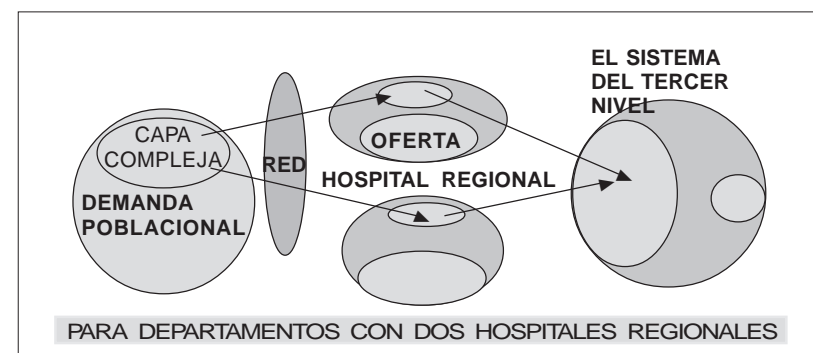
c) Costo-efectividad de las intervenciones y utilidad de los planes estratégicos

El hacer explícitas las prioridades de atención a partir del equilibrio entre la oferta y la demanda hospitalaria en cada región, obligará a determinar una conducta de menor internamiento y de mejor uso de los recursos; al saber que el recurso es escaso, será una responsabilidad de los prestadores señalar dichas prioridades. Dada la formación médica que hemos recibido, no será fácil aceptar que podemos hacer algunas cosas dentro del hospital y otras no. De hecho, es un asunto complicado que debe ser tratado con racionalidad técnica y política para entender que hay actos médicos que tienen un lugar y un momento específico de ejecución. La gran indeterminación y la mayor flexibilidad de lo que se debe hacer en un hospital, cuándo y cómo hacerlo, puede ser un factor positivo si lo enfocamos como una mayor factibilidad para determinar que hay enfermos cuya atención es impostergable; sino, será siempre la manera más fácil de justificar cualquier producción en el trabajo.

Lo anterior nos devuelve la racionalidad técnica en el trabajo médico: hablamos de atender a aquéllos cuya dolencia lo exija, con la oportunidad que la ciencia determina y que los recursos permiten. Es allí que sugerimos que debe

existir una jerarquización de enfermedades que requieren internamiento, y la identificación de aquéllas que sólo necesitan manejo ambulatorio. Esto traerá como consecuencia la definición de las líneas de producción hospitalaria. En este punto es útil la diferenciación y complementariedad de servicios entre establecimientos de igual nivel. Éste puede ser el paso previo para salir de la insuficiencia hospitalaria que afecta a la mayoría de hospitales regionales, localizados sobre todo en las capitales de departamento y que comparten una misma población objetivo.

Gráfico 3
Planificación Estratégica Hospitalaria



Conformar el tercer nivel regional a partir de los actuales hospitales regionales (que en la práctica son centros materno-infantiles con algunas otras especialidades) como los que tiene el MINSA en Trujillo, Chiclayo, Chimbote, Huancayo, etc., serviría de una manera inmediata para superar el viejo problema de la falta de recursos, incorporando a la gestión una visión poblacional. Además, permitiría en el corto plazo determinar hacia qué perfil de demanda debería crecer cada uno de ellos.

Probablemente, un ordenamiento de la oferta hospitalaria se produzca en el sentido de incorporar una nueva demanda a partir de las enfermedades producidas por accidentes, las cerebrovasculares, el SIDA, las enfermedades mentales, las complicaciones obstétricas y las enfermedades de la infancia y la niñez. La experiencia demuestra que la mayoría de estos pacientes son pobres, característica que ha sido siempre el principal obstáculo para el acceso hospitalario en el país. No debemos aceptar que por tener menores ingresos se tenga distinto acceso a la salud.

No es cierto que el Estado haya gastado todo y mal; el problema es que no orientó ni reordenó la oferta hospitalaria en función de su demanda. Si no opta, en

un plazo inmediato, por un esquema de complementariedad entre las instituciones del sector salud, los recursos y la solidaridad en nuestro país serán insuficientes ante las crecientes necesidades de los pobres. Nos constan el inmenso apoyo y las donaciones del voluntariado en salud, a través de los comités de damas que trabajan en casi todos los hospitales del MINSA, lo que indica la necesidad de determinar, a través de planes estratégicos, en una lógica de optimización de los recursos públicos, las prioridades de atención a una población desocupada e indigente.

Reconocemos que la definición de prioridades debe realizarse en forma transparente y con participación efectiva de todos los actores sanitarios, dentro de un contexto de humanización de los establecimientos de salud, y teniendo en cuenta los cambios demográficos, económicos, organizacionales y tecnológicos. Esto tiene un valor incalculable no sólo para orientar el financiamiento y la prestación de servicios, sino también para informar a la sociedad sobre las alternativas e involucrarla en la acción. Allí estriba la importancia de la participación social y de la planificación estratégica en la definición de prioridades de salud.

5.3. Nivel organizacional de la política hospitalaria

El reto principal de todo sistema de salud es mejorar su desempeño, pues los cambios sirven de poco si éstos no benefician a la población. Los cambios en el nivel sistémico de la gestión institucional deben traducirse en la operación eficiente de los servicios, y tienen sentido sólo si existen las organizaciones capaces de producirlos con un nivel aceptable de calidad (Frenk 1997a).

Los propósitos que deben guiar la política hospitalaria en todos sus niveles son la eficiencia técnica y la calidad; pero es primordial determinarlos en el nivel organizacional, donde tales propósitos se expresan mediante acciones concretas para mejorar el diseño, el desarrollo y el desempeño de las diversas unidades de los hospitales, siempre en pos de la equidad de atención que orienta al sistema en su conjunto y la satisfacción del usuario que orienta las acciones diarias.

5.3.1. Propósito de eficiencia técnica y calidad

La eficiencia técnica y la calidad son los componentes que definen la naturaleza de los productos de la atención. Si éstos tienen alta calidad, significa que podrán satisfacer las necesidades; si la atención es eficiente, traduce una correcta utilización de los recursos. El cumplimiento de ambos propósitos es necesario para el desempeño de la misión de todo hospital.

Un aspecto importante de la calidad es la dimensión de satisfacción de los usuarios de los servicios, debiéndose tener en cuenta principalmente la demanda al igual que ocurre en el caso del financiamiento. Sin embargo, los servicios hospitalarios a menudo están diseñados para responder a la conveniencia y los intereses de los prestadores más que a los de los usuarios. Cambiar esta situación requerirá un esfuerzo educativo, sobre todo de orientación de los incentivos, para que el financiamiento siga a los usuarios más que a los prestadores. Es indispensable, por lo tanto, generar también un movimiento para revalorar al consumidor, estableciendo un perfil de demanda ligado a uno de desempeño del prestador en relación con la satisfacción del usuario.

Elevar la calidad de la atención hospitalaria de nuestro país es parte integral de la lucha por la equidad, pues la desigualdad más grave que afecta a la red hospitalaria no es sólo la cobertura sino la calidad de los servicios que reciben los diferentes grupos sociales; es decir, la desigual distribución de la calidad a lo largo y ancho de la red institucional de salud del país. Asimismo, se debe elevar la eficiencia mejorando la capacidad resolutoria, lo que significa liberar recursos que puedan ser aplicados al perfeccionamiento de los servicios para conseguir una atención equitativa a los grupos actualmente desprotegidos.

Por ello proponemos que los objetivos estratégicos de calidad y eficiencia hospitalaria deben pasar por un proceso continuo de monitoreo y mejoramiento, con características educativas e integrales que ofrezcan garantía en sus dimensiones de estructura, proceso y resultados. En la estructura son claves los procesos de certificación profesional de sus especialistas y la acreditación de las unidades y servicios. En los procesos son importantes las normas, los protocolos y los estándares de atención. En los resultados es necesario determinar los indicadores integrales de desempeño que incluyan los sanitarios y los administrativos.

La calidad y la eficiencia no son procesos espontáneos sino que son esfuerzos continuos y explícitos. Es por ello que la cultura del mejoramiento de la calidad y la eficiencia debe estar incluida en la acción de cada unidad o servicio.

a) Mejora continua de la calidad

La mejora continua de la calidad en algunos hospitales ya no es sólo un discurso. Los aportes instrumentales, el inicio de los acuerdos de gestión y la compra-venta de servicios se generaron desde la cultura del mejoramiento de la calidad (Proyecto 2000). Proponemos, a partir de esta experiencia, instituir un proceso de garantía de la calidad hospitalaria y de las instituciones de salud en general. El objetivo de esta estrategia es elevar los niveles de calidad mediante un esfuerzo sostenido y explícito en todo el país, para mejorar continuamente las

estructuras, los procesos y los resultados, con el fin de reducir las desigualdades existentes entre las instituciones de las distintas regiones.

Para lograrlo hacemos nuestras las bases conceptuales, los principios, los objetivos, las estrategias y los componentes del Sistema de Gestión de la Calidad en Salud promovido recientemente por el MINSA, a través de un proceso que fue recogido en un documento institucional aprobado con Resolución Ministerial 768-2001 SA/DM, en diciembre del 2001. Recomendamos una estrategia de articulación entre el sector salud y las instituciones formadoras de recursos humanos, así como con las comunidades a las cuales pertenecen. Sugerimos, entre otros puntos, sistemas de información comparativa de referencia, verificación externa de la calidad, vínculo educación-atención de salud y educación del consumidor para el autocuidado, todos temas recogidos de la propuesta de FUNSALUD 1997.

b) El diseño organizacional y la utilidad de los acuerdos de gestión

El diseño de la nueva organización hospitalaria dependerá del perfil de la demanda y de la capacidad resolutive de cada uno de los establecimientos de la red a la que pertenece cada hospital. Las líneas de producción, definidas luego de un planeamiento estratégico, estarán determinadas por la diferenciación y complementariedad de los servicios de los establecimientos interrelacionados funcionalmente que, con diferentes niveles de atención, darán una respuesta departamental con el fin de alcanzar más eficiencia y calidad en los servicios.

Al concebirlo como un sistema con flujo de entrada y salida, consideramos muy necesario modernizarlo tanto en el plano estructural como en el organizacional y el cultural; es decir, entre otros, un cambio de mentalidad para que el hospital sea una institución flexible, que genere respuestas eficientes a las demandas.

◆ CARACTERÍSTICAS DEL NUEVO HOSPITAL

Lo que proponemos va más allá de los organigramas hospitalarios, que solamente son un esquema de relación jerárquica y no reflejan las necesidades de la población sino muchas veces las de los profesionales y los servicios. En el diseño organizacional consideramos que el vértice de cada hospital debe tener una racionalidad que debe ser compartida con la población a través del reconocimiento y la identificación de las prioridades sanitarias, que se incrementará por la participación de la mayor cantidad de personas posible ya que esta base poblacional debe ser cuestionada y revisada permanentemente. La base estará compuesta por las diferentes líneas de producción que serán determinadas a partir de la circunstancia epidemiológica y demográfica de cada ámbito poblacional hospitalario.

Las características que deben contemplarse al diseñar los hospitales son las siguientes (González García 1998):

- ◆ *Ser pequeños*, con espacios integrados, con pocas camas, lo que les da un carácter flexible y permite su adecuación a las circunstancias. Esto es una evolución con respecto a la rigidez esquemática, en la que cada especialidad debe contar con camas de uso exclusivo.
- ◆ *Ser abiertos*, con mirada hacia la comunidad y al conjunto de la población. A esto nos referimos cuando afirmamos que se debe romper el departamentalismo que ha obstruido el desarrollo integral de la respuesta hospitalaria en función de la demanda.
- ◆ *Estar integrados horizontal y verticalmente*. La integración horizontal debe producirse entre sus servicios y áreas intrahospitalarias y con establecimientos de similares capacidades resolutive. Y verticalmente, como parte de una red de atención integral de cobertura. Es decir, no se debe promocionar la venta de un producto intrahospitalario sino que el hospital deberá ofrecer una propuesta integral de prestación como parte del sistema de referencias y contrarreferencias de un determinado territorio.
- ◆ *Ser flexibles*: este carácter lo da la disminución de su estructura jerárquica y organizativa, que hasta ahora ha sido una forma de demorar las decisiones, perder oportunidad en la atención y dificultar que los recursos lleguen a la gente. La flexibilidad también se logrará al adaptar las especialidades a las necesidades de la población, lo que conseguirá su configuración final al hacer que los servicios, las camas y los consultorios externos se adecúen a la epidemiología de la comunidad donde esté inserto el hospital.
- ◆ *Estar descentralizados y ser participativos*. Es decir, que se llegue a entender y atender a la comunidad. Ya hemos afirmado que lo que se sabe, lo que se atiende y lo que se hace han sido tres planos distintos en los hospitales; creemos que al integrarlos en la práctica obtendremos una variación importante.
- ◆ *Actuar con enfoque epidemiológico*. El diseño debe hacerse para la comunidad; pensar en sus enfermedades y en que el hospital es una parte y no un todo primario y excluyente.
- ◆ *Mejorar su imagen*. Pensemos que el hospital está inscrito en las principales etapas de la vida de las personas, y en este sentido la influencia de la imagen no es algo secundario. La sensación de algo lúgubre refuerza

siempre la percepción de desgracia cuando se llega a un hospital y esto va en contra de una cultura positiva de la salud.

- ◇ *Orientar al cliente.* Hoy la población está más informada y orientada, y requiere explicaciones acerca de lo que le sucede. Esto es importante porque es una manera de empoderamiento ciudadano, de exigir el derecho a la salud e impulsar, al mismo tiempo, el cumplimiento de los deberes de cada ciudadano.
- ◇ *Atender a las personas, no sólo a las enfermedades.* La especialidad y la tecnología son importantes para auxiliar en la solución de las dolencias de las personas, pero nada debe hacernos perder las perspectivas y el sentido humano.

Cuadro 8
Características del diseño hospitalario

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> · Pequeños, con servicios integrados · Abiertos a la comunidad · Integrados horizontal y verticalmente con su red · Flexibles y adaptables a los cambios · Descentralizados y participativos · Actuación con enfoque epidemiológico · Acción orientada al paciente · Atención a personas y no sólo a enfermedades |
|--|

◆ COMPONENTES DE UN HOSPITAL INSERTO EN LA RED

El diseño hospitalario, entonces, contiene una serie de componentes que sustentan los servicios del hospital como parte de una red. Entre ellos sugerimos los siguientes:

- ◇ *Macrogerencia hospitalaria y gestión interna:* tratar de integrar en el concepto gerencial la relación hospital-usuarios-proveedores con la gestión institucional; esto refleja un nivel de participación de personas representativas de la comunidad local/departamental, en la dirección de los hospitales. Este proceso participativo debe pasar por fases preparatorias de capacitación y formación. Sugerimos contemplar un camino de transición para conformar las juntas o patronatos de gobierno hospitalario, para llegar a ganar en autonomía en la toma de decisiones, bajo normas de actuación establecidas dentro de un plan concreto de gestión que contenga la orientación, estrategias, metas y resultados.
- ◇ *Desarrollo y relación del hospital con la red de servicios:* en este componente se determinan las relaciones del hospital con la red de servicios,

dado su carácter referencial dentro de la red. Comprende la identificación de servicios de internamiento y ambulatorios, pretendiendo que la población acceda al hospital principalmente por referencia de los otros niveles. Además, comprende un sistema de referencia y retorno del hospital a través de la clarificación de roles administrativos, nuevas estructuras, sistemas informáticos y de presupuesto, arreglos para compartir recursos con la red, determinación de criterios y protocolos; guías clínicas y medidas de apoyo administrativo para hacer efectivo el sistema de referencia y contrarreferencia.

- ◇ *Suministro oportuno de insumos y medicamentos* a través de un sistema farmacéutico hospitalario. Esto permitirá establecer un servicio de apoyo clínico y logístico debidamente organizado, dirigido y oportuno, que influirá en la racionalización del uso del medicamento, incluyendo la utilización eficiente, la distribución equitativa de insumos y medicamentos tanto al interior del hospital como entre la población usuaria del mismo; un cuadro de medicinas, determinado por el perfil de demanda; un proceso de información y de orientación terapéutica dirigida al usuario; un programa de educación continuada dirigida a los proveedores; un programa de fármaco-vigilancia, y sistemas modernos de dispensación de medicamentos (unidosis), entre otras iniciativas.
- ◇ *Procesos clínicos, mejoramiento continuo, productividad, calidad, cobertura, eficiencia, equidad y auditoría médica.* En este componente se establecen los resultados a lograr en todos los propósitos enunciados que, juntos, forman los compromisos y la misión institucional del hospital. Estas actividades, que delimitan la acción estratégica de cada hospital, deben llevarse a cabo en relación con la infraestructura, el equipamiento, el diseño organizativo, el modelo de atención, las normas y los reglamentos; es decir, hay que vincular la acción asistencial con la administrativa, alineando ambos en los objetivos estratégicos de un plan hospitalario.
- ◇ *Componente integrado de costos e ingresos,* o centros de responsabilidad, que incorpora el principio de evaluación socioeconómica del paciente para determinar la capacidad de pago de éste. Un sistema de costos comprende el desarrollo de políticas, normas y procedimientos de cobro; el diagnóstico, la evaluación socioeconómica, la integración en un sistema informático y el establecimiento de tarifas, metodologías y análisis de costos.
- ◇ *Información gerencial integrada a la red:* la información de calidad y oportuna es una característica crítica de la modernización en pos del éxito de la gestión hospitalaria y está relacionada con todos los compo-

mentes anteriores. Al realizarse en los departamentos del país un estudio de balance de oferta y demanda para determinar los servicios y unidades de producción necesarios en cada hospital y en la red, se identificará también el flujo de información y las necesidades en cada uno de ellos. El sistema de información gerencial debe ser comprensivo, integrado y único, y debe incorporar aplicaciones clínicas y administrativas en todos los establecimientos de la red departamental.

- ◇ *Tercerización de servicios:* ésta es una actividad que los hospitales ya han puesto en práctica, preferentemente en los servicios de apoyo a la acción clínica, pero es necesario determinar qué servicios y actividades se deben contratar de acuerdo con el estudio de costo-beneficio.
- ◇ *Servicios hospitalarios a terceros:* ésta es otra actividad que ya se ha venido realizando, por lo que es necesario hacer estudios de factibilidad y de costos, elaborar contratos y redactar normas. En este componente se encuentran las clínicas que funcionan en el interior de los hospitales, las que deben seguir igual camino. Se debe emprender el estudio socioeconómico de los usuarios de estos servicios y el diferenciamiento de las tarifas; establecer formas de acceso, estándares de calidad, su contribución solidaria al hospital y otros asuntos pertinentes.

Cuadro 9
Componentes del hospital inserto en la red

<ul style="list-style-type: none"> · Macrogerencia hospitalaria y gestión interna · Desarrollo y relación con la red · Suministro oportuno · Gestión clínica · Integración de costos · Información gerencial · Compra de servicios · Venta de servicios a terceros
--

◆ LA UTILIDAD DE LOS ACUERDOS DE GESTIÓN

El diseño hospitalario debe ser objetivo, y para ello actualmente se cuenta con los acuerdos de gestión (AG). North (1993) afirma que éstos proporcionan un marco explícito del cual se derivarán evidencias empíricas sobre las formas de organización (son la fuente básica para probar hipótesis sobre organización). Los AG son también pistas e indicios sobre la forma mediante la cual las partes de un intercambio estructuran formas más complejas de organización. La utilización de éstos con una perspectiva sistémica sería de más provecho que lo logrado hasta hoy en nuestro país con los procesos embrionarios de acuerdos de gestión.

Los acuerdos de gestión son los que nos pueden ayudar a concebir un sistema público como un derecho de los ciudadanos, que se conseguirá con la mejora de los resultados y del desempeño equitativo del sistema de salud. Requiere de una participación activa de los profesionales, y para ello debe venir acompañado de un cambio cultural en los prestadores asistenciales y administrativos, para que la negociación y la corresponsabilidad se conviertan en una forma habitual de relación.

Todo el proceso precisa de más confianza de los propios gestores en sus reales capacidades para alinear los objetivos de la institución con los de la población, y demanda, por lo tanto, hacer explícitos los incentivos a fin de no generar comportamientos oportunistas en algunas de las partes involucradas. Estos comportamientos pueden impedir la consecución de los objetivos y crear un clima de desconfianza.

El cumplimiento de los acuerdos de gestión debe quedar definido en dos dimensiones:

- ◇ *La dimensión técnica y programática:* es decir, los AG forman parte del plan de gestión hospitalario, que a su vez es parte del plan de salud de la red a la que pertenece el hospital. Esto da integridad prestacional al plan director de la red departamental; por lo tanto, se suscriben AG entre el hospital y la red (el principal compromiso es hacer efectivo el sistema de referencia y contrarreferencia), y AG entre el hospital y la autoridad regional, con el fin de garantizar el programa de salud de cada departamento. Deben constar los objetivos asistenciales del hospital como parte de la red, orientados al establecimiento y cumplimiento de metas para problemas de salud o programas específicos.
- ◇ *La dimensión social participativa:* los AG serán rubricados, para su cumplimiento, control y apoyo de recursos, por los representantes de los municipios y las instituciones representativas de la comunidad, tales como las defensorías del pueblo y las asociaciones de defensa del consumidor, haciendo así efectiva la participación ciudadana en la gestión hospitalaria, al promover su desarrollo y su rol público. En esta dimensión debe constar el cumplimiento por parte del Estado de los recursos de aseguramiento a los pacientes indigentes, el número de estos pacientes identificados, atendidos gratuitamente, vigilando el cumplimiento de estos tres aspectos.

Evidentemente, implantar AG no es una tarea sencilla debido a la complejidad propia del sector salud; será determinante la resistencia de algunos grupos cuyos intereses particulares se verán afectados con estos cambios, además de las

dificultades asociadas a las debilidades institucionales de la gestión interna hospitalaria.

c) Desarrollo organizacional incluyendo valores

El desarrollo hospitalario se ve en un contexto de cambios continuos en el que se apela a la racionalidad científica para tratar a los enfermos, y en el que se debe usar la tecnología y obtener resultados positivos. Esto será determinante en los paradigmas hospitalarios. Los rasgos que caracterizarán al hospital del mañana parecen darse en lo siguiente (González García 1998):

- ◇ *Pasar de medicamentos de alivio de síntomas a medicamentos que curan enfermedades.* Dos tercios de la investigación actualmente es biológica, con el objetivo de combatir las enfermedades.
- ◇ *Hospital de día.* Los hospitales van a tener la mitad de sus pacientes en hospital de día, debido a que la población de clase media y alta tiene la tendencia a internarse menos.
- ◇ *La cirugía de consultorio externo.* Alentada por la expansión de la cirugía laparoscópica, forma parte del ritmo de la vida actual, con el alta rápida al domicilio y los post-operatorios acortados, con lo cual se logra el incremento del giro de camas, lo que justificará tener menos camas y menos hospitales en el futuro.
- ◇ *La cirugía de reemplazo.* Las evidencias muestran que se reemplaza casi todo: el pelo, la córnea, el corazón, el hígado... Excepto el cerebro, todo lo demás ya se cambió y se cambia cada vez más.
- ◇ *La telemedicina.* Actualmente, la cirugía laparoscópica a distancia recurre al uso de robots asistidos por enfermeras.
- ◇ *Conocimiento masivo.* Es lo democrático que ha ocurrido en la medicina; ahora todo el mundo puede informarse y, en consecuencia, se equilibra la asimetría de la información, que siempre estuvo a favor del prestador.
- ◇ *Medicina predictiva apoyada en la biología molecular, la genética y la inmunología.* Determinan cómo serán en el futuro las personas, de qué se enfermarán y sus posibilidades de curación.
- ◇ *Control informático dentro del organismo.* Censores que miden qué pasa dentro de nuestro organismo.

En este contexto, el desarrollo organizacional debe tener presente que los hospitales del futuro tendrán una clientela cada vez más selectiva, no predispuesta a internarse, adulta, exigente de un buen servicio, más independiente, con capacidad de elegir y mayor autonomía. Ojalá sea así, para el beneficio de todos.

Ninguna estrategia de desarrollo organizacional puede estar completa si no se incluye la creación de una cultura que promueva los valores deseados. El desarrollo de la organización hospitalaria debe promover la equidad, la solidaridad, la honestidad, la ética y el trabajo en equipo con responsabilidad. Estos valores darán coherencia interna al progreso, otorgando pertinencia social al desarrollo científico y médico para hacer noble el trabajo en salud. Finalmente, en congruencia con nuestra concepción, afirmamos que la epidemiología y los recursos que poseamos serán los que determinen la configuración y el desarrollo de nuestras instituciones de salud. En este ejercicio de construcción de escenarios podemos decir que las enfermedades como las neurologías (demencia senil), las inmunodeficiencias, las virosis como el SIDA, los trasplantes, los recambios, los accidentes de tránsito y las enfermedades producto de nuestra pobreza, ocuparán la mayor cantidad de camas en nuestros hospitales, con personas cada vez más pobres.

d) Desempeño organizacional incluyendo incentivos

Fijar una forma organizativa de atender con niveles crecientes de eficiencia y calidad en el desempeño, plantea la exigencia de hacer compatibles éstos con los objetivos particulares de cada trabajador del hospital y del sistema de salud en su conjunto. Alinear objetivos institucionales con objetivos personales del prestador fundamenta una política de incentivos para hacer explícitas las motivaciones sobre las cuales el personal recibirá alguna compensación particular por su mayor esfuerzo.

Esto nos obliga a sugerir que la jerarquía de incentivos que debe existir en todo hospital debe estar en relación con la jerarquía de la responsabilidad y del desempeño, determinados en relación con el cumplimiento de los AG y al logro individual de obtención de resultados prefijados.

La diferenciación de la retribución o del incentivo es importante en la medida que reconoce que el desempeño individual no es parejo o uniforme. De ahí que los incentivos se tornen complejos cuando se quiere establecer con acierto la medida de los desempeños individuales o grupales, por lo que sugerimos determinar, de manera transitoria al menos, un perfil de desempeño por tipo de servicio más que por tipo de profesional al reconocer que dentro de un hospital existen actividades y servicios que demandan más tiempo, mayor competencia profesional, trabajo en equipo y sobre todo mayor compromiso institucional.

Un tema importante en la gestión hospitalaria es dar un paso más allá del incentivo a la producción hospitalaria; necesitamos orientar ésta al tipo y a la calidad de la producción dentro de un contexto de red de atención. El primer paso sugerido debe ser dar los incentivos al reordenamiento de la demanda hospitalaria; estimular las contrarreferencias y desestimular la atención que no corresponda a la capacidad de respuesta hospitalaria. Se deberán premiar las referencias, reconociendo un porcentaje del pago al establecimiento que realiza una adecuada referencia. No es posible seguir premiando la atención de patologías de los primeros niveles que dan hoy los hospitales. Una forma rápida es mirar los tipos de egresos que éstos tienen. Su evaluación es determinante también para el financiamiento ligado al desempeño y a los incentivos.

En cuanto a los incentivos, necesariamente tenemos que referirnos a la remuneración del personal de salud: es crucial para estimular el cambio hacia una mejor atención. Es de público conocimiento el insuficiente pago que reciben los trabajadores de salud, lo que hace escaso el estímulo que induzca a satisfacer más a nuestros usuarios. Cuando la remuneración es insensible al desempeño del personal, las instituciones de salud enfrentan un serio obstáculo para alcanzar los propósitos de equidad, eficiencia y calidad. Esto alimenta la cultura de la inacción y de la falta de esfuerzo, porque se entiende que al hacer o no hacer se recibe la misma remuneración.

En este sentido, sugerimos que la remuneración de los trabajadores hospitalarios se realice en función de los casos atendidos (teniendo en cuenta que son en su mayoría casos referenciales), más una remuneración fijada a través de un perfil de desempeño colectivo, determinado por un presupuesto según el número de producción hospitalaria. Con esto se evitan los incentivos de los subsidios fijos a la oferta, al margen de la demanda, o el cobro sin límites por cada servicio otorgado independientemente de la contribución del paciente, como sucede en el sector privado. Además, los hospitales de enseñanza deben contar con un incentivo adicional que refleje el esfuerzo a la atención de la patología compleja, así como cubrir las necesidades especiales derivadas de la función académica.

Como se señaló, una estrategia de incentivos debe estar orientada al logro de resultados; además de los incentivos económicos, deben establecerse formas explícitas de reconocer la excelencia en el trabajo. En las instituciones de salud, la autoridad técnica derivada del conocimiento y la competencia debe pesar más que la autoridad burocrática derivada de la ocupación de un puesto que, generalmente, es de quien tiene más años en el servicio. Lo importante es lograr un consenso en el sentido de que el incentivo es proporcional al desempeño, de suerte que promueva y recompense la excelencia. Este acuerdo será determinante para diseñar los mecanismos necesarios que, lejos de afectar los intereses particulares, los estimulen a mejorar su propia situación al mejorar, también, la situación de sus pacientes.

5.4. Nivel instrumental de la política hospitalaria

No será posible cumplir los planteamientos anteriores sin un conjunto de instrumentos que hagan racional la toma de decisiones y generen la inteligencia institucional necesaria para guiar la gestión hospitalaria en el cumplimiento de sus fines.

5.4.1. Propósito de la inteligencia institucional, sistemas de información gerencial

En todo sistema de salud participan no sólo las instituciones que brindan atención sino también un conjunto de otras, generadoras de recursos, como las universidades, los centros de investigación y las empresas productoras de insumos, que obligan a utilizar o constituir instrumentos que determinan la capacidad institucional, que está limitada por la infraestructura disponible.

Una política de salud con una política hospitalaria como la propuesta en este documento requiere de un sistema de información diferente y dinámico, orientado al reconocimiento de las necesidades de la población, con el fin de generar el accionar estratégico. Los instrumentos necesarios son:

- ❖ *En el nivel sistémico de la gestión hospitalaria:* para clarificar las funciones de prestación y financiamiento, y su relación con la red de salud, se hace necesario contar con información sanitaria para guiar un mayor número de acciones dentro de un sistema abierto y relacionado con la comunidad; el paso desde el aislamiento como hospital a una actuación en red demanda la definición de las prioridades sanitarias, las que se deben recoger a partir de un **estudio de equilibrio de demanda y oferta regional**, que tiene que ver con las necesidades de la población, sus preferencias en salud, los patrones de utilización de los servicios, las estructuras de costos y la calidad de atención, recogidos bajo una concepción integral y sistemática, porque seguir haciéndolo en forma desagregada obstaculiza la integración vertical y horizontal del hospital con el resto de establecimientos que conforman su red.
- ❖ *En el nivel programático:* las gerencias de los hospitales deben entender que se necesita información para guiar el proceso de transformación a través de: a) determinación del perfil de demanda; b) sustitución de la forma tradicional de hacer los presupuestos, por la de contratos por resultados u objetivos de salud a través de los AG, y c) constitución progresiva de una cartera de servicios determinada por el perfil epidemiológico de su población, que establezca compromisos entre los prestadores de la red a través de la diferenciación y complementariedad de los servicios.

- ◇ *En el nivel organizacional:* es necesario definir una serie de indicadores de calidad, eficiencia, cobertura y equidad para evaluar el desempeño hospitalario y ligarlo a los incentivos; y definir las metas de los AG que den sustento a la racionalidad de la toma de decisiones en función de los resultados sanitarios.

Lo anterior no debe hacer perder la perspectiva futura de acercar, en la medida de lo posible y dentro del marco normativo existente, el funcionamiento de los hospitales públicos a las normas del derecho privado, dotándolos de personería jurídica propia, capacidad de manejo de recursos y esquemas organizativos y de funcionamiento mucho más flexibles (gestión de recursos humanos, compras y suministros, renovación de tecnología, etc.)

Para promover la participación social fortaleciendo los órganos de gobierno de los hospitales (macrogerencias, patronatos o juntas directivas) se les debe proveer de herramientas de gestión más eficaces y orientadas a la toma de decisiones, como contabilidad analítica, sistemas modernos de facturación, gestión orientada al usuario, búsqueda de ventajas competitivas, precios de costo y de venta, marketing de cliente y de consumidor, gestión de suministros “*just in time*”, gestión por “*case mix*” y tercerización tecnológica. Este conjunto de acciones estimulará la participación de personas ajenas al poder político y reorientará paulatinamente la inserción de representantes de la sociedad civil (empresarios, líderes cívicos, etc.), lo que dará paso a una gerencia mixta autogestionaria y descentralizada, efectiva y perdurable, que demostrará que el paradigma de la eficiencia es posible en el sector público, sin detrimento de la equidad y la orientación social.

Como puede verse, la información alimenta todos los niveles de la gestión hospitalaria, pues todo cambio se sustenta en una gran necesidad de informar para no deformar su orientación.

a) Afiliación de beneficiarios

La afiliación implica inscribir, dar un instrumento de identificación, informar y formar al usuario sobre los derechos y deberes adquiridos como afiliado; estos aspectos no tuvieron mayor incidencia en los procesos realizados hasta la fecha, ya que se centraron en la identificación del usuario (SIU) a través de una categorización social. Probablemente los pasos siguientes estén en el camino de la afiliación a partir del lanzamiento, por el gobierno, del Seguro Integral de Salud.

Un Sistema de Identificación de Usuarios (SIU) debe hacerse en un contexto de inscripción, traslados, contratación y prestación de servicios, ajustando sus instrumentos mediante procesos de reglamentación permanente. La importancia

del sistema radica, entre otros, en conocer a quién subsidiar. Una salida práctica sería compartir la base de datos, que existe en cada departamento, de asegurados de EsSalud, de todas las instituciones privadas y del MINSA, para que pueda ser utilizada por sus establecimientos de salud, según su ámbito geográfico. El uso de una sola base de datos poblacional evita en la práctica el subsidio cruzado y se obtiene mayor certeza de que se está haciendo un uso equitativo del aseguramiento público en beneficio de quienes no tienen capacidad de pago y no están asegurados. El camino sería una sola base poblacional, un solo documento de identificación, una sola historia clínica para todos los subsectores y un solo sistema de información de pacientes, enfermedades y tratamientos, que permitan el aseguramiento universal a través de un sistema de salud integrado, coordinado, descentralizado y regionalizado.

b) Investigación científica

Se debe incentivar la investigación esencial en salud y sobre todo incrementar el nivel de conocimiento de los trabajadores del sector. En estos aspectos se concentran no sólo las causas del subdesarrollo del sistema de salud peruano, sino también de una serie de barreras que dificultan el acceso de la población a los servicios.

La investigación es el punto de encuentro entre las necesidades de salud de la población y la pertinencia de los servicios brindados.

El conocimiento científico, como ingrediente indispensable de la inteligencia institucional, tiene, por lo tanto, un valor instrumental, porque permite explicar el estado actual de la salud de la población y sirve para comprender los efectos de las acciones eventualmente necesarias para modificarlo. En este aspecto radica la capacidad de anticipar los problemas y someter a prueba las soluciones.

Sugerimos que se definan las prioridades de investigación, tanto de problemas específicos como de salud colectiva y adicionar, al actual campo de investigación, los conocimientos de las ciencias sociales y de la conducta, para entender mejor la demanda. Además, si un proyecto reformador hospitalario es de largo plazo, debe basar su intervención en la investigación a través de estudios piloto en todos los campos y en áreas diferentes. Junto con la definición de prioridades debe comprenderse el fortalecimiento de las instituciones de investigación, de los procesos educativos y de los programas que hagan de la carrera científica una ocupación atractiva y mejor remunerada.

Por eso, invertir en la investigación científica es una de las decisiones más reductibles que puede tomar el sistema de salud.

c) Desarrollo de recursos humanos

No hay recursos más importantes que los humanos, y la atención de salud es un encuentro entre seres humanos. De ahí se desprende que este asunto debe verse de una manera más integral. Lo concreto es el fortalecimiento de la planificación conjunta entre el sistema educativo y el de salud. Hoy en día existen profundos desencuentros entre ambos, cuya corrección requiere una estrategia que abarque desde la educación hasta el empleo de los profesionales en salud, vinculando la oferta —que depende de las instituciones educativas— con la demanda —que depende de las instituciones de salud—.

Es urgente, por lo tanto, realizar un encuentro riguroso y participativo que determine los requerimientos de formación y desarrollo de los proveedores de servicios, a fin de responder a las necesidades de la población. Dicho encuentro debe hacerse sobre la base de los cambios en salud, el peso de las enfermedades de los peruanos y las tendencias futuras. Estas acciones serían de gran valor para racionalizar el crecimiento tanto de los servicios como de los programas de formación en todos los niveles: técnico y profesional de pregrado y postgrado.

Entretanto, es necesario apurar la solución al problema del desempleo de los profesionales de la salud. Debe prevenirse que sigan creciendo en forma desordenada las matrículas en las escuelas de medicina y de obstetricia.

Consideramos que no es sólo la cantidad de profesionales formados lo que importa sino la calidad de los mismos. Elevarla es un imperativo de justicia, pues no se puede negar a nadie el derecho de ser atendido con calidad y eficiencia profesional. Es imperativo, por lo tanto, desarrollar una cruzada para evaluar y mejorar la calidad de formación de recursos humanos. La actual crisis de cantidad debe resolverse a partir de la profundización de la calidad de la educación en salud.

Finalmente, invertir en la remuneración y el desarrollo de los recursos humanos es condición indispensable para la modernización económica y social de las instituciones de salud.

d) Innovación tecnológica

Junto con la investigación, el conocimiento genera innovación tecnológica; y en el Perú hay una brecha importante en todos los hospitales, particularmente en los del interior del país. Todo sistema de salud debe aspirar a invertir en tecnología, investigación y producción industrial.

El equipamiento de los hospitales debe hacerse con el objetivo de aumentar los beneficios reduciendo los riesgos de las aplicaciones tecnológicas sin co-

rrespondencia con las necesidades de la población. Esto debe hacerse luego de una evaluación tecnológica, pues hay que cuidar la otra cara que trae el exceso de tecnología, como las transferencias indiscriminadas, la difusión descontrolada de tecnología para un uso indiscriminado, la iatrogenia, la evaluación clínica insuficiente, la obsolescencia y la falta de mantenimiento, y el desperdicio asociado de materiales, todo lo cual finalmente determina una explosión de costos sin beneficios proporcionales para la población.

5. Reflexión final

En el sector no se puede seguir inventando; mucho de lo escrito parte de la realidad, de la experiencia y de lo que otros ya han hecho en nuestro país y fuera de él. Considero que lo sugerido son conceptos y medidas que hay que decidir de una manera reflexiva y en lo posible con acuerdo de todos los actores hospitalarios. En las decisiones se deben tener siempre presentes las necesidades de salud de la población, lo que dará el arranque y la energía en el decurso de la acción y es, probablemente, la clave de las políticas de Estado a seguir, poniendo una especial perseverancia en darles un adecuado tiempo para su comprensión y desarrollo a favor de los más necesitados. La reciente historia de nuestro país, en la que se desconoce lo ya logrado, nos hace apelar a la lección aprendida que la construcción es un proceso continuo, inteligente, sistemático, flexible y acorde a la exigencia poblacional y no institucional.

BIBLIOGRAFÍA

ACHUTEGUI, Luis

1999 *Planeamiento estratégico para el mejoramiento hospitalario*. Trujillo, Perú.

ARROYO, Juan

2000 *Salud: La reforma silenciosa. Políticas sociales y de salud en el Perú de los 90*. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Facultad de Salud Pública y Administración, Lima.

BRITAN, Ricardo

1999 "Estudio de balance de oferta y demanda de servicios de salud y prioridades de inversión en salud pública". *Informe de consultoría*. Ministerio de Salud. Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud. Lima: MINSA.

CARDENAS, Maximiliano

2002 "Planificación participativa". Hospital Nacional Arzobispo Loayza. *Exposición I. Encuentro Nacional de Hospitales. Enero 2002*. Lima.

DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD LA LIBERTAD

2001 *Plan estratégico del III nivel de atención y acuerdos de gestión*. Hospital Belén y Hospital Regional Docente de Trujillo. Trujillo, Perú.

DONABEDIAN, Avedis

1988 *Los espacios de la salud: aspectos fundamentales de la organización de la atención médica*. México: Fondo de Cultura Económica.

INSTITUTO CUÁNTO

2000 *Encuesta Nacional de Niveles de Vida 2000 (ENNIV)*. Lima: Instituto Cuánto.

1997 *Encuesta Nacional de Niveles de Vida 1997 (ENNIV)*. Lima: Instituto Cuánto.

1994 *Encuesta Nacional de Niveles de Vida 1994 (ENNIV)*. Lima: Instituto Cuánto.

FRENK, JULIO

1997a "Economía y salud, propuestas para el avance del sistema de salud mexicano". México: FUNSALUD.

1997b "Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina." Revista *Salud y Gerencia* n.º 15. Universidad Javeriana. Colombia.

FUNDACIÓN MEXICANA PARA LA SALUD

1997 "Documentos para el análisis y convergencia" *Serie Economía y Salud*. Documento n.º 8. México D. F.

GONZALES GARCÍA, Ginés

1998 "Los hospitales ante la reforma". Fundación INSALUD. Encuentro de hospitales. Argentina.

MADIES, Claudia

2000 "Aseguramiento y cobertura: dos temas críticos en las reformas del sector salud". *Revista Panamericana de Salud Pública (Pan American Journal of Public Health)* 8(1/2).

MEDICI, Alberto

2000 *Las reformas de salud en América Latina y el Caribe*. Banco Interamericano de Desarrollo. Washington, D. C.

MINTZBERG, Henry

1998 *La estructuración de las organizaciones*, Eglewood Clifs, Prentice Hall. New Jersey.

MYERS, Robert

1995 *The twelve who survive*. Ypsilanti, MI: High/Scope Press. Washington.

NORTH, Douglas

1993 *Instituciones, cambio institucional y desempeño económico*. México: Fondo de Cultura Económica.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

1989 "El derecho a la salud en las Américas". *Publicación científica*. OPS: Washington, D.C.

PALOMINO, José

2001 "Los servicios hospitalarios en el Perú". En: *Políticas de Salud 2001-2006*. Consorcio de Investigación Económica y Social. Lima: CIES.

REBAZA, Henry

1999 *Organización de servicios de salud por niveles de atención*. Dirección Regional de Salud de La Libertad. Trujillo, Perú.

SOBERÓN, Guillermo

1995 "La protección a la salud como derecho humano". En: *Salud y Derechos Humanos*. Instituto de Salud Pública. Cuernavaca, México.

TERUEL, José

1996 "Reforma del sector salud en las Américas". Informe presentado en el *Seminario Internacional de Reforma del Sector Salud*. 19 a 21 de febrero. Lima.

TOBAR, Sebastián

1998 "Modelos de gestión e incentivos en hospitales". Fundación INSALUD. *Encuentro de Hospitales*. Argentina.

TORRES, José

2002 "Implementación del plan de mejora continua de la calidad en la consulta externa Hospital Nacional Hipólito Unanue". *Exposición en el I Encuentro Nacional de Hospitales*. Lima, enero.

ZELEDÓN, Carmen

2000 "Reformas del sector salud y participación social". *Revista Panamericana de Salud Pública (Pan American Journal of Public Health)* 8(1/2).

VI. PARTICIPACIÓN COMUNITARIA EN LA SALUD: LA EXPERIENCIA PERUANA EN LOS CLAS

LAURA C. ALTABELLI¹

Participación \ [vocablo latino *participare*] **1**: la acción o estado de estar participando: como **a**: tomar parte en **b** (1): en asociación con otros en una relación (como socios) usualmente formal con derechos y obligaciones especificados (2): compartir ganancias o beneficiarse de algo **c** (1): la acción o estado de compartir una actividad con otras personas (2): interacción social en un grupo (como familia, club o comunidad) **2**: ACCIÓN (como una acción en una empresa).

"El desarrollo empieza con las prioridades de las personas". (Paulo Freire)

1. Introducción

Durante los veinticinco años posteriores a la Conferencia de Alma Ata en 1978, en la que se formalizó el concepto de participación social en salud, ha habido un nutrido debate sobre la definición de "participación" y la mejor forma de promoverla. Dicho debate dio como resultado, recientemente, una aceptación generalizada de su importancia y de su inclusión en el discurso general de la salud pública. Aunque la mayoría de peruanos no lo sabe, el Perú es uno de los pocos países en el mundo que tiene un programa gubernamental de salud con participación comunitaria legalizada, regulada e institucionalizada. El Programa de Administración Compartida (PAC), formalizado en abril de 1994 por Decreto Supremo 01-94-SA, otorga responsabilidades y decisiones sobre el manejo de recursos públicos para la administración de los servicios de salud en el primer nivel de atención; es decir, en los centros y puestos de salud de 24 de las 33 regiones de salud del país. A pesar de que la participación comunitaria está ahora aceptada casi universalmente como un elemento estratégico para la atención

¹ Laura C. Altobelli obtuvo la maestría y el doctorado en salud pública de la Universidad de Johns Hopkins (EE. UU.) en 1988. Ha trabajado como investigadora, evaluadora y consultora para la salud pública en América Latina. Es profesora principal de Salud Pública de la UPCH-FASPA.

primaria de la salud, la forma de participación establecida en el PAC es un hecho inusual en la región latinoamericana y en el mundo, ya que se establece debido a su nivel de formalidad legal. Se ha demostrado la eficacia del PAC en el mejoramiento de la calidad y equidad de los establecimientos de salud en el primer nivel de atención.

En el Perú, la participación gira alrededor de una serie de disposiciones legales y requerimientos surgidos a partir de un contrato formal, firmado entre la entidad comunal, llamada la Asociación CLAS (*Comunidad Local de Administración de Salud*²), y la Dirección Regional de Salud. El contrato entre la sociedad civil y el Estado se basa en un programa de salud local (PSL), cuyo cumplimiento y administración deberá ser vigilado por la asociación civil CLAS; mientras que el gobierno (a través del sector salud) ha asumido su financiamiento (dentro de sus límites presupuestales). No obstante este gran avance en términos tanto de la participación social como en un nuevo modelo más eficiente de la gestión y financiamiento de la atención primaria de salud (APS), todavía existe polémica al respecto.

Una de las razones principales de la polémica sobre las Asociaciones CLAS es que existe una gran expectativa entre algunas autoridades de salud a nivel central y regional con respecto a que este modelo de organización de los servicios de salud automáticamente resultará en una “participación comunitaria” efectiva. No hay evidencia previa que pudiera justificar tal expectativa. Podríamos decir que el grado de participación real depende de la generación de capacidades de los representantes de la comunidad en el CLAS, la cual es responsabilidad del Estado. El grado de participación real depende también de la tradición comunitaria y de la organización propia de cada comunidad.

El sector salud todavía no se ha comprometido a una política clara y coherente sobre la organización, gestión y financiamiento de la atención primaria de salud, a pesar de que el Programa de Administración Compartida nos presenta un modelo para ello que hasta ahora ha mostrado ser exitoso. Por otra parte, falta definir una política de salud comunitaria que señale la forma en que el sector salud, con el apoyo de los CLAS, debe hacer llegar información y servicios de salud preventiva y promocional a nivel individual y colectivo fuera de los establecimientos de salud, especialmente en zonas de difícil acceso aunque no limitado a éstas. La formulación de esta política de salud comunitaria es urgente para asignar funciones, responsabilidades y presupuestos que fortalezcan el desarrollo sanitario sectorial y multisectorial fuera de, pero en coordinación con, los establecimientos de salud en el primer nivel de atención.

² Previamente conocido como el *Comité Local de Administración de Salud*.

El primer objetivo del presente artículo es despejar algunas dudas sobre el tema de la participación social en salud, identificando cuáles son los cuestionamientos principales y dónde se originan, y presentando las diferentes definiciones que han sido expuestas por los expertos mundiales en el tema. El segundo objetivo es analizar la experiencia de participación social en los CLAS, identificar los puntos críticos de la implementación del modelo CLAS y proponer políticas para su fortalecimiento. Varias de las preguntas que se pretende contestar al respecto son:

- A. ¿Cómo se manifiesta la participación social en la salud y por qué es deseable? ¿Facilita el trabajo del personal y del establecimiento de salud? ¿Reduce la responsabilidad del gobierno para financiar los servicios de salud? ¿Cuáles son los beneficios tangibles que se han logrado a través de la participación comunitaria en la salud?
- B. ¿Es la participación comunitaria un proceso para llegar a una finalidad o es la participación una meta en sí misma?
- C. ¿Es la participación comunitaria un proceso espontáneo y natural o es necesario que se la impulse? Si es lo segundo, ¿en qué forma se la debería apoyar?
- D. En el caso de las Asociaciones CLAS del Perú, ¿cuál es el balance de la participación social en dichas asociaciones, en qué forma se las está apoyando? ¿Cuáles son las amenazas a la participación y las necesidades y retos actuales para fortalecerla?

Con la finalidad de contestar estas preguntas, el presente artículo está organizado de la siguiente manera: en la primera parte, se describe la heterogeneidad de cómo se ha venido entendiendo la “participación comunitaria” en el mundo y en el Perú, tanto en programas sociales en general como de salud en particular; cuáles han sido algunos de sus propósitos, y cuáles son algunas de las lecciones aprendidas hasta la fecha. Esto incluye una reseña histórica de cómo se ha desarrollado el concepto de participación en América Latina y en el Perú. En la segunda parte, se analiza cómo se ha venido practicando la participación comunitaria en el Perú con la experiencia nacional en salud a través de los CLAS, y cuáles han sido sus logros y dificultades. En la tercera sección, se concluye señalando algunos de los factores principales que requiere el modelo de CLAS para que se fortalezca la participación de la ciudadanía en la salud.

La tesis central de este artículo es que la participación social en salud tiene muchas dimensiones, siendo un factor fundamental para la vigilancia y control de los servicios de salud y, además, un elemento facilitador clave del desarrollo

comunal en el contexto de la democratización. Además, todo ello depende de que el sector salud asuma sus responsabilidades para la generación de capacidades en los miembros de la comunidad para que éstos sepan y puedan ejercer sus derechos en materia de la salud; y que este proceso incorpore a los miembros más pobres y, en especial, a las mujeres de cada comunidad.

2. Definiciones de “participación social” en el desarrollo y en la salud

2.1. Participación, democracia y empoderamiento

Hay un consenso bastante avanzado y creciente en la literatura internacional con respecto a que es esencial la participación de la ciudadanía en el tema de la salud. Sin embargo, esto se manifiesta desde por lo menos dos puntos de vista muy distintos. En primer lugar, existe la opinión de que la participación es esencial para un Estado democrático y para el desarrollo sostenible de un país pobre. En cuanto a esta conceptualización, el ganador del Nobel en Economía, Amartya Sen, asevera que la libertad para participar y tomar decisiones en forma democrática es esencial para el desarrollo. Como contraparte necesaria, el premiado afirma que es necesario avanzar en el desarrollo (y en el crecimiento de las capacidades de las personas) para que la gente tenga la libertad de participar y tomar decisiones (Sen 1999).

2.2. Participación utilitaria

La participación social también es vista como esencial para una eficiente implementación de la atención primaria de salud (APS). Este punto de vista es favorecido por otros grupos de personas, principalmente epidemiólogos, gerentes de servicios de salud y oficiales que establecen la política del sector salud, que por ser más pragmáticos ven la participación como parte de un modelo utilitario. A este grupo le concierne la operativización, implementación y evaluación de la participación en los programas de salud. Este concepto de “participación” incluye el rol de la ciudadanía en la identificación de necesidades locales, en la planificación del gasto y en la vigilancia del uso de fondos públicos para asegurar la transparencia, mejorando la eficiencia del gasto público. También incluye el rol de control social que la ciudadanía puede ejercer sobre la calidad de atención a través de la presión sobre los proveedores de salud. Estas formas de participación son útiles cuando existe poco control y supervisión de parte de los niveles superiores del sector público, ya sea por razones de distancia, falta de transporte o de personal. La comunidad juega un rol imprescindible de supervisión sobre el buen manejo financiero y de gestión de los servicios públicos.

La amplitud del concepto de “participación” se refleja, además, en la opinión de algunos respecto a que la “participación utilitaria” podría incluir los recursos de la misma comunidad (tierra, mano de obra o dinero) para reducir los costos de la provisión de servicios. Sobre esta última definición fue fundada la Iniciativa Bamako (descrita más abajo).

3.3. Enfoque integral: participación utilitaria para el cambio sostenible

La participación social en un enfoque integrador es una combinación de los conceptos antes mencionados. Se han relacionado los conceptos de democratización de la salud como un derecho y un fin en sí mismo, con la idea de que todo ello es parte del *proceso* para lograr la meta final de control social sobre los servicios de salud (Vázquez *et al.* 2002). Un conjunto creciente de experiencias de salud y desarrollo comunitario alrededor del mundo presentan un enfoque más integral que demuestra que cuando la gente recibe apoyo para analizar su situación, seleccionar sus propias prioridades sobre la base de datos locales, y fortalecer su liderazgo, es capaz de identificar soluciones creativas más adecuadas para sus necesidades y recursos, empoderándose para implementar y mantener las soluciones en forma más sostenible (véase Taylor-Ide y Taylor 2002).

2.4. Participación y poder

Muchos autores reconocen que “la participación trata sobre el poder” y que, al crear poder, se podrían fomentar disputas. Rifkin (1996) observó que “la participación comunitaria raramente ha logrado satisfacer las expectativas de los planificadores y profesionales de la salud alrededor del mundo. La razón de esta falla es que se ha concebido la participación comunitaria como un paradigma que la considera una varita mágica que puede resolver problemas cuyas raíces se encuentran tanto en la salud como en el poder político. Por estas razones, es necesario usar un paradigma distinto que considere a la participación como un proceso iterativo de aprendizaje...”. Se requiere expectativas más realistas hacia la participación y, a la vez, se hace necesario un reconocimiento más profundo de las relaciones de poder existentes dentro de una comunidad. Aparte de los diferentes enfoques de lo que significa “participación”, hay también distintos tipos de comunidades en las que las relaciones de poder influyen significativamente sobre las variaciones en la forma de participación comunal. En el Perú, hay por lo menos tres grandes tipos de comunidades según su nivel de complejidad o diversidad: bajas, medianas y altas. En un análisis de la experiencia del FONCODES, se ha mostrado que la estructura sociopolítico sencilla y piramidal de una comunidad indígena implica un tipo y una cierta potencialidad de participación muy distinta a aquella de una comunidad más compleja con varios grupos sociales y mayor independencia social y económica entre sus miembros (Tanaka 2001).

La iniciación de un proyecto o programa de “participación de la comunidad” debe considerar que las luchas sobre el poder, en caso de que surjan, no son necesariamente destructivas. Se ha señalado que “el conflicto puede ser un factor esencial y creativo para el bien” (Chambers 1998). Para otros analistas, las luchas por el poder son cruciales para la viabilidad a largo plazo de las estrategias participativas (Morgan 2001). Especialmente cuando se habla de la participación en programas sociales con nuevos roles que la comunidad jamás ha tenido la oportunidad de ejercer, se requiere de un proceso de aprendizaje, a veces largo, tanto de su nueva relación *vis-a-vis* con el Estado, como del contenido técnico-administrativo del programa o proyecto. La duración de este proceso depende tanto de la resiliencia de la comunidad para aprender, como de la efectividad de los “agentes externos” que sirven de nexo entre la comunidad y el Estado. Si los oficiales y gerentes de salud anticipan y planean los mecanismos para acomodar la adecuación del balance de poderes y los posibles conflictos que pudieran surgir, el proceso sería productivo. Los temas de “organización comunal” y “resolución de conflictos” son primordiales y deben ser incluidos en las capacitaciones dirigidas a todas las personas que trabajan en concertación con la comunidad, incluyendo especialmente a los profesionales de salud.

2.5. La participación en el discurso institucional a nivel internacional

La evidencia de que la “participación social” está incorporada en el discurso institucional sobre el desarrollo se encuentra en el hecho de que han adoptado el concepto instituciones como el Banco Mundial, el Banco Interamericano del Desarrollo, el sistema de las Naciones Unidas (p. ej. UNDP, UNICEF, OMS/OPS) y las agencias bilaterales, tales como CE, CIDA, COSUDE, DFID, GTZ y USAID, entre otras. Cada agencia lo define de una forma ligeramente distinta. El Banco Mundial (2000) presenta el “empoderamiento” de la población como uno de tres pilares de la estrategia para reducir la pobreza, junto con las oportunidades y la seguridad. DFID (2000) propone la “participación” como uno de los tres principios transversales para una estrategia de desarrollo dentro de una perspectiva de derechos, siendo los otros “inclusión” y “cumplimiento de obligaciones” (por parte del Estado y de los otros encargados). Su principio de participación promueve el derecho de participación y de acceso a la información relacionada con el proceso de la toma de decisiones que afecten sus vidas. Se considera que las personas tienen derecho a la educación y a la salud, a un bienestar adecuado (que incluya alimentación, agua y vivienda), y a condiciones favorables para el trabajo y la seguridad. Se entiende *participación* tanto como participación en la comunidad como en los proyectos de desarrollo. La visión de la participación como un derecho está basada en la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948. Se propone que “la participación es básica para permitir a las personas reclamar todos sus derechos [...] El desafío principal es asegurarse de que [...] el

proceso de toma de decisiones potencie a los pobres y no sólo a las elites locales” (DFID 2000).

3. Inicios de la participación popular en general en América Latina

No siempre hubo claridad sobre los conceptos ni sobre las formas de participación social en los sistemas de salud. Una reseña de sus orígenes en América Latina esclarece algunas de las razones por las cuales hay imprecisiones sobre este concepto por parte de muchas personas hoy en día. Se pueden identificar tres grandes períodos históricos de la “participación social” y su subcomponente de “participación social en la salud” en América Latina. Los dos primeros han sido analizados por Ugalde (1985) en un artículo clásico en el que documentó cómo se llegaron a tener conceptos distorsionados sobre lo que era la participación social en los programas de desarrollo rural y periurbano en América Latina. El tercer y más reciente período, en contraste, se distingue por el desarrollo y la clarificación de las variaciones en la conceptualización de la participación social, así como por un creciente banco de “lecciones aprendidas” de las diferentes experiencias e iniciativas en participación comunitaria en la salud en América Latina y el mundo.

3.1. Primer período: la participación como instrumento de cambio cultural y económico de los campesinos en América Latina

El primer período a que nos referimos es el de las décadas previas a 1970, durante las cuales se continuó la larga tradición de acción colectiva en mingas, ayllus y otras formas autóctonas de participación, que permitían a la población enfrentar la dura vida agrícola en zonas rurales. Hacia las décadas de 1950 y 1960 se iniciaron los gremios de campesinos en América, con la historia mostrando que los gobiernos no apoyaban estas organizaciones (Ugalde 1985). En esa época, después de la II Guerra Mundial, los programas con financiamiento externo para estimular el desarrollo socioeconómico en los países del tercer mundo fueron diseñados pensando en los éxitos de la recuperación postguerra en Europa y Japón, que se beneficiaron enormemente del apoyo para la rápida industrialización (o reindustrialización) de sus países. Los esfuerzos para industrializar América Latina no tuvieron el mismo resultado, y se consideró que los valores tradicionales de los campesinos eran uno de los factores principales del fracaso de los programas. “Las décadas de 1950 y 1960 fueron dominadas [...] por retratos del campesino como envuelto en una ‘cultura de pobreza’ ” (Landsberger 1979). Se concluyó que se requería una “modernización” de valores culturales para cambiar las sociedades tradicionales.

Se inició el diseño de la reforma agraria y del desarrollo rural integral, pero pronto se hizo evidente que su costo iba a ser demasiado alto: se tenía que

diseñar estrategias más simplificadas y de menor costo para las reformas, incluyendo estrategias de “participación comunitaria”. Es decir, el costo fue menor para el gobierno cuando los beneficiarios de los programas contribuyeron con una parte de la inversión, a través de mano de obra gratuita y de otros tipos de ayuda. Al final, una evaluación de los programas de desarrollo rural con “participación comunitaria” proveyó evidencias con respecto a que la participación creaba una mayor explotación de los pobres al extraer la mano de obra gratuita, y contribuía a la privación cultural de los pobres y a la violencia política por la remoción de líderes naturales y de las organizaciones de base autóctonas (Ugalde 1985).

3.2. Segundo período: inicios de la participación comunitaria en la salud

Las experiencias con la participación comunitaria en la salud empezaron en la década de los años sesenta. Entre ellas, son bien conocidas las del *Proyecto de Salud Comunitaria de la Universidad del Valle* en Cali, Colombia, el *Proyecto Chimaltenango* en Guatemala, y el *Proyecto país de la medicina social comunitaria* en Cuba. Panamá tuvo el primer *Programa Nacional de Participación Comunitaria en Salud* en 1969, con la formación de un comité de salud en cada comunidad, que estableció prioridades y soluciones a problemas. Hubo mucho entusiasmo al comienzo, pero las demandas de las comunidades, al ser multisectoriales, no podían ser respondidas por el sector salud. Al final los comités de salud volvieron a cumplir funciones administrativas en los establecimientos de salud, olvidando su función como nexo entre el establecimiento de salud y la comunidad.

Según evaluaciones de programas de salud con participación social en la década de los años setenta, en Colombia (Bruges 1975), México (López-Acuña 1980), Brasil (Somarriva 1980), Honduras (Martín 1981), Bolivia (Crandon 1983), República Dominicana (LeBow *et al.* 1983), Costa Rica (Jaramillo 1983), Guatemala (Paul y Demarest 1984), Panamá (Tuñón *sf*) y Perú (Muller 1979) ningún país tuvo éxito en el área de la participación comunitaria. La excepción fue Cuba, que la tuvo legalizada y reglamentada (Ugalde 1985). Las razones de los fracasos variaron según cada situación, pero mayormente estuvieron relacionadas con la falta de capacidad de respuesta de las autoridades a las necesidades identificadas por la comunidad o con la continuación de las actitudes del personal de salud que impedía una participación verdadera en la toma de decisiones, en la programación de actividades y en la evaluación. Otras razones incluían el reemplazo de los sistemas sociales tradicionales por la introducción de nuevas formas externas de organización comunal como los comités de salud. En fin, se concluyó que los expertos en salud pública y antropología médica mantuvieron algunas presunciones falsas con respecto a la promoción de la participación comunitaria en salud. El primer supuesto erróneo fue que los valores tradicionales de los pobres eran el principal impedimento al mejoramiento de la salud; y el segundo,

la idea de que las poblaciones tradicionales no podían organizarse (Ugalde 1985). David Werner,³ sobre la base de visitas a casi cuarenta programas de salud en América Latina, escribió:

Se ha dicho a menudo, en el trabajo comunitario de salud, que las modificaciones que requieren cambios de actitud o en la forma tradicional de hacer las cosas son aquellas que son logradas más lentamente y que requieren más tiempo y paciencia. Usualmente, tales aseveraciones son hechas en referencia a los campesinos o aquellos con menor nivel educativo; pero, como pueden atestar muchos pioneros de las alternativas de la atención de la salud, frecuentemente las actitudes y métodos tradicionales más difíciles de cambiar no son los de los campesinos, sino los de los profesionales. (Werner 1980)

◆ Alma Ata

Mientras varios países experimentaron con la participación comunitaria en salud, la Organización Mundial de la Salud, bajo el liderazgo del Dr. Halfden Mahler y con el apoyo de los Drs. Carl E. Taylor y David Tejada de Rivero, formalizó a nivel internacional la atención primaria de salud (APS), a través de la famosa Declaración de Alma Ata, consensuada en una conferencia internacional en la ciudad del mismo nombre en Kazajistán, Rusia (OMS 1978). La participación de la comunidad fue uno de los tres principios básicos o pilares de la estrategia de la APS, siendo los otros dos la infraestructura de servicios periféricos cercana a la población y la cooperación intersectorial.

Debemos entender la Declaración de Alma Ata como uno de los hitos mayores para la salud pública en el siglo XX. Hasta ese momento, la tendencia de los países pobres había sido replicar el sistema de salud de los países industrializados con sus grandes hospitales, tecnología avanzada y médicos especializados. A partir de Alma Ata, hubo un nuevo enfoque sobre las necesidades básicas de salud y sobre la prevención de enfermedades en lugar de la atención recuperativa centrada en hospitales. Fue una estrategia nueva de desarrollo integral de las comunidades para fines de salud y desarrollo, que contemplaba, además, los principios de equidad, inclusión de los pobres, prevención, promoción y, sobre todo, participación social. Para entender las causas de los principales riesgos de salud se requiere que el concepto de la APS se extienda más allá del sector salud para incorporar a “todos los sectores y aspectos de desarrollo nacional y comunitario”, “exigiendo los esfuerzos coordinados de todos esos factores”. La importancia de la APS descansa en el hecho de que el 80% de los problemas de salud se pueden prevenir y/o resolver en el primer nivel de atención.

³ Autor de los libros *Donde no hay doctor*, y *Aprendiendo a promover la salud* (con Bill Bowers 1984).

El éxito de la propuesta para la estrategia APS fue evidenciado por la firma de la Declaración por parte de cien países en el lapso de un año. Los componentes mínimos de la APS según la definición de la OMS/Alma Ata están listados en el siguiente cuadro:

Cuadro 1
Componentes mínimos de atención primaria de salud
en la Declaración de Alma Ata - 1978

- Educación sobre los problemas de salud y su prevención y control.
- Seguridad alimentaria y adecuada nutrición.
- Agua y saneamiento básico.
- Salud materno-infantil incluyendo planificación familiar.
- Inmunización.
- Prevención y control de enfermedades endémicas locales.
- Tratamiento adecuado de enfermedades comunes y accidentes.
- Provisión de medicinas esenciales.
- Medicina tradicional.

*Fuente: Declaración de Alma Ata sobre la Atención Primaria de Salud, 1978.

Un año después de la Declaración de Alma Ata, algunos grupos de académicos y expertos empezaron a analizar a la *APS comprensiva* con todos sus componentes y la vieron como una estrategia muy cara para muchos países, considerando las inversiones necesarias para implementar todos los componentes en zonas donde se había realizado poca inversión hasta el momento. En 1979 se publicó un artículo que criticaba a la APS en ese sentido y se ofreció una contrapropuesta para aplicar cuatro intervenciones específicas con el fin de reducir la mortalidad infantil (Walsh y Warren 1979). Los autores argumentaron que las cuatro intervenciones escogidas, incluyendo el monitoreo de crecimiento, rehidratación oral, lactancia materna e inmunizaciones, fueron las más costo-efectivas y que los países deberían enfocar sus escasos recursos en estos programas para lograr las metas vinculadas con la reducción de la mortalidad infantil⁴. Esta propuesta desató una polémica internacional entre aquellas personas a favor de la *APS comprensiva* con enfoque de “salud integral”, en su sentido de desarrollo comunal, y aquéllas a favor de la contrapropuesta de la *APS “selectiva”*. Llamando a un encuentro entre los dos campos de batalla, Taylor y Jolly (1988) explicaron que el documento original de Alma Ata no requería explícitamente que todos los componentes estuvieran incluidos en la APS, sino

⁴ Se refiere a la estrategia con las siglas inglesas GOBI (Growth Monitoring, Oral Rehydration Therapy, Breastfeeding, Immunizations).

que, refiriéndose a la Declaración original: “El programa nacional [...] podría empezar sólo con un número limitado de componentes de atención primaria de salud, con el proviso de que los otros componentes sean agregados con el tiempo. El aspecto esencial es que debería extenderse progresivamente, tanto en cobertura geográfica como en contenido, hasta que cubra a toda la población y a todos sus componentes esenciales.” (OMS 1978: 74).

Al final, muchos países optaron por la estrategia acortada de APS selectiva, debido a las siguientes razones: primero, la capacidad gerencial y operativa de los sistemas de salud de ese entonces (décadas de 1970 y 1980) era muy débil y la APS selectiva se presentó como una estrategia más factible de ejecutar. La atención primaria de salud era nueva y no existían los suficientes recursos humanos ni la infraestructura física instalada para atender a las comunidades con un programa integral. Segundo, los presupuestos nacionales en salud estaban muy ligados a los servicios hospitalarios y hubo poca posibilidad de desviar los escasos recursos al primer nivel de atención, para costear una estrategia integral. Tercero, la APS selectiva fue apoyada por las agencias internacionales de apoyo técnico-financiero, en especial la UNICEF y las bilaterales.

La APS selectiva claramente fue la estrategia utilizada por el Perú a través del Programa Nacional de Control de Enfermedades Diarreicas y del Programa Nacional de Inmunizaciones, implementados desde 1979. Cada programa tuvo sistemas centralizados de planificación, adquisiciones, información, capacitación, supervisión y evaluación. Si bien cada programa vertical tuvo su partida presupuestal para “participación comunitaria”, en la realidad no era posible un rol integral de la comunidad. Por ende, esta partida fue implementada en forma fragmentada y vertical⁵, lejos del concepto de Alma Ata sobre la participación comunitaria en el desarrollo integral de salud de la comunidad.

◇ Agentes comunitarios de salud

La capacitación de agentes comunitarios fue implementada ampliamente en el Perú tanto por el sector salud como por muchas organizaciones no gubernamentales (ONG), iniciándose estas experiencias en el país en la década de 1940. La sostenibilidad lograda en estas experiencias fue mayor en términos de organización comunal. En lo relativo a la participación comunal en salud, por la compleji-

⁵ Por ejemplo, el Programa Nacional de Control de Enfermedades Diarreicas auspició las URO comunales (Unidades de Rehidratación Oral), en la casa de un promotor voluntario de la comunidad. Estas URO tenían la función de proveer solución de rehidratación oral a los niños con diarrea, y derivarlos a un hospital si el caso lo ameritaba. La participación social se manifestó en la contribución de la mano de obra gratuita por el voluntario y, por ende, no era realmente sostenible, sobre todo porque faltaban incentivos como la capacitación y supervisión continua del sector salud.

dad del tema, se requería que los agentes comunitarios recibieran apoyo continuo en capacitación, supervisión y monitoreo, así como el respaldo de un establecimiento de salud para la referencia de casos. Además, no hubo incentivos de trabajo para los agentes comunales, lo que determinó que se dieran altas tasas de deserción (Enge *et al.* 1984).

Cabe mencionar que nunca hubo una política nacional del sector salud que definiera el rol de los agentes comunitarios de salud y las formas en las que el sector debía hacerse responsable de su capacitación, supervisión y evaluación. Los logros del sector salud en temas de salud comunitaria fueron alcanzados básicamente por los proyectos de financiamiento externo, que poco llegaron a insertarse en el quehacer de los funcionarios públicos de salud por la falta de una política clara sobre los roles del personal de salud con respecto a la comunidad y a los agentes comunitarios. Por ende, los programas con agentes comunitarios de salud nunca llegaron a ser sostenibles.

Se consideraba que el trabajo de los agentes comunitarios representaba la “participación de la comunidad” en la salud, por falta de otro componente de participación. Sin embargo, es cierto que los agentes comunitarios cumplían con los principios de la APS: *equidad* por extender servicios a poblaciones aisladas; *intersectorialidad* por trabajar con agentes comunales de otros sectores y con proveedores indígenas, incluyendo tareas consideradas fuera del sector salud como provisión de agua y saneamiento; *involucramiento* por sus nexos con la comunidad a raíz de su selección y “*accountability*”; *prevención* por la definición de sus tareas, y *tecnología apropiada* porque los agentes comunitarios venían de las comunidades donde trabajan y podían ser rápida y localmente capacitados (Walt *et al.* 1990).

Colombia tuvo un programa nacional de promotores de salud iniciado en 1969, que aseguró a sus 5 mil promotores un salario mensual equivalente a un sueldo mínimo, pensión, uniforme y todos los derechos afines. El 90% de sus promotores trabajaron en comunidades rurales en las que cumplieron principalmente un rol de promoción de la medicina preventiva a través de visitas domiciliarias. A esta tarea le dedicaban seis horas al día, y dos horas estaban reservadas para tareas administrativas. Es importante resaltar que hubo poca deserción: los promotores recibieron de tres a cuatro meses de capacitación inicial, seguida de capacitación continua que fue un recurso muy importante. Los promotores recibieron apoyo y supervisión constante; sin embargo, la poca experiencia de los supervisores fue un elemento negativo que no hay que pasar por alto. En balance, los promotores en Colombia tuvieron un rol muy importante en la extensión de la cobertura de salud en zonas rurales y aisladas, aun cuando la infraestructura sanitaria con personal profesional fue expandiéndose cada vez más cerca de esas zonas (Walt *et al.* 1990).

3.3. Tercer período: nuevas formas estructuradas de participación social

3.3.1. Participación comunitaria para el financiamiento de los servicios de salud

◇ Iniciativa Bamako

Después de una década de experiencia en la aplicación de la atención primaria de salud (APS), fue claro que los sistemas administrativo, financiero y logístico de los ministerios de salud del tercer mundo tenían mucha culpa del lento avance de las coberturas e impactos en la salud de la población a través de la APS. La Iniciativa Bamako, impulsada por UNICEF en el África, en la década de 1980, para dar una estructura más sólida al concepto de APS, fue presentada como una estrategia gerencial para ayudar a resolver muchos problemas experimentados por los países comprometidos. A continuación se presenta una descripción de la Iniciativa Bamako, publicada en un documento de la Organización Mundial de la Salud.

La meta de la Iniciativa Bamako es la accesibilidad universal a la APS. El logro de esta meta estaría fortalecido a través de una descentralización sustantiva de la toma de decisión en la salud a nivel distrital, el manejo a nivel comunitario de la APS, el financiamiento por usuarios bajo control comunitario, y una política nacional de medicamentos realista y de provisión de medicamentos básicos y esenciales, que resultan en la autosostenibilidad de la APS con énfasis en la promoción de la salud de madres y niños (OMS 1988).

Una lectura cuidadosa del párrafo anterior sugiere un escenario que tiene mucha similitud con el Programa de Administración Compartida en el Perú.

La Iniciativa Bamako tenía un componente importante de “financiamiento por usuarios”, propuesto inicialmente por el Banco Mundial como un componente de un paquete de medidas para resolver el problema de financiamiento del sector salud en muchos países, que podría abrir camino eventualmente a otras opciones como seguros de salud (Banco Mundial 1987). El “financiamiento por usuarios” fue descrito como una forma de “participación comunitaria” en el sistema de salud. El cobro al usuario por servicios resolvió en gran parte el problema de falta de financiamiento del sector público (McPake *et al.* 1993). La justificación de financiar los servicios públicos por los usuarios se basó en la observación de que la población pobre no utilizaba los servicios públicos gratuitos porque prefería pagar por servicios de mayor calidad del sector privado o porque no se atendía en ningún lugar. Con la Iniciativa Bamako, se concluyó que se podía financiar la mejora en la calidad de atención de los servicios públicos a través del cobro por

los servicios y que, al final, esto permitiría fijar tarifas por servicios a un costo menor que el del sector privado. De esa forma, se lograría que la población empezara a utilizar los servicios públicos de salud para finalmente aumentar coberturas.

La idea del “financiamiento por usuarios” de la APS fue muy bien recibida por los gobiernos, probablemente porque los exoneraba en gran parte de la responsabilidad financiera para los servicios de APS que generalmente serían utilizados por la población pobre. Después de realizar un análisis de la participación comunitaria, Ugalde formuló una serie de advertencias y su conclusión básica fue que “el grado de éxito de cualquier forma de participación comunitaria está correlacionado en forma inversa al grado de estratificación social de la sociedad [...] más estratificada es la sociedad, menos deseable es la promoción de programas nacionales de participación dirigidos a extraer recursos (en mano de obra, en especie o en dinero) de los pobres.” (Ugalde 1985).

Esta aseveración nos obliga a hacer una pausa, considerando que el Perú ha sido calificado como uno de los países menos equitativos en el mundo, hecho que se refleja en el grado diferenciado de desnutrición crónica infantil (Wagstaff y Watanabe 2001). Además, como se describirá más adelante, los CLAS en el Perú han sufrido por la impresión equivocada de muchas autoridades de salud de mando medio, respecto a que los ingresos propios de los CLAS pueden sustituir los presupuestos asignados del tesoro público para los servicios en el primer nivel de atención en salud. No debemos entender la participación comunitaria como una fuente de financiamiento para reemplazar los presupuestos públicos en salud, especialmente en zonas de pobreza. Al mismo tiempo, habría que reconocer que la habilidad otorgada a los CLAS para administrar el uso de sus ingresos propios (en lugar de tener que depositarlos en la cuenta de la Dirección Regional de Salud) ha sido uno de los instrumentos principales para el mejoramiento de la calidad y por ende la reactivación de los servicios de salud, que de otra forma hubieran quedado crónicamente subsuministrados, subequipados, y subutilizados en una situación de un Estado en bancarota. Hoy en día, por razones de justicia y equidad distributiva, las zonas más pobres del país son aquellas que deben ser financiadas a un nivel mayor por el Estado, con la comunidad efectuando un rol de vigilancia sobre ese financiamiento.

2.2.2. Participación comunitaria para la vigilancia y control social de los servicios de salud

Una evaluación de los programas de atención primaria en salud en América Latina concluyó que la APS puede funcionar perfectamente bien *sin* la participación de la comunidad (Ugalde 1985). Sin embargo, la participación es especialmente deseable en ciertas circunstancias; por ejemplo, cuando un alto grado de

vigilancia y control social es necesario para fortalecer la transparencia y para atenuar un sistema público de alguna manera corrupto, o cuando el sistema gubernamental demuestra poca capacidad para gestionar adecuadamente los servicios. Pocos podrían dudar de que la participación de la comunidad en el control social de los servicios de salud en el Perú para vigilar la transparencia y el buen uso de recursos públicos, es esencial y beneficiosa y asegura la entrega de servicios a la población más necesitada. La vigilancia ciudadana sería aún más necesaria cuando se avance con los procesos de descentralización, ya que esto significaría menor control central y mayor necesidad de control de las bases sobre el buen uso de recursos públicos (Díaz 2002).

3.3.3. Participación social en la planificación

Para el desarrollo de la APS, es necesario que cada comunidad identifique sus prioridades con el fin de seleccionar las intervenciones y tecnologías más apropiadas, dentro de los límites de recursos presupuestales, para poder mejorar la situación de salud. El éxito de ello depende de un diagnóstico adecuado de problemas, de la priorización de los problemas más importantes en cada grupo poblacional, de la selección de las intervenciones más costo-efectivas, y del eficiente manejo gerencial de los servicios. Si no se involucran las comunidades en este proceso, es posible que los programas y servicios que se entreguen no sean los más necesarios, lo que resultaría en un uso ineficiente de los escasos recursos disponibles.

3.3.4. Participación social en el cambio de conducta sanitaria y en la prevención de enfermedades

Hace mucho tiempo se advirtió que, como se dice en un artículo de Evans (y otros) “La gestión más eficiente de los servicios de salud es solamente un aspecto del problema. Es igualmente importante movilizar las comunidades e individuos para tomar un rol más activo en la promoción de salud [...] en lugar de depender pasivamente de un sistema gubernamental.” (Evans *et al.* 1980). La promoción de la salud y el cambio en las “conductas de riesgo” de individuos, familias y comunidades con miras a la prevención de enfermedad es en el país, en la actualidad, un asunto complejo que ha sido tomado en cuenta recientemente con la creación de la Dirección de Promoción en el Ministerio de Salud. El enfoque de la promoción de la salud debería ser parte de la “estructura de los estilos de vida”, que incorpora la interacción entre patrones de conducta individual, colectiva y organizacional, así como también el nivel de recursos en la familia y comunidad (Rutten 1995).

En este contexto, el tema de la participación social es un componente integral de los patrones de conducta individual y colectiva; por ello, inicialmente debe

enfatzarse la investigación de las constelaciones de conductas que aumentan el riesgo de salud. Muchos programas comunitarios de promoción han demostrado ampliamente que los cambios de conducta logrados son más duraderos si la misma población participa en la realización del análisis como una forma de auto-descubrimiento. Se han desarrollado varias metodologías con el fin de estimular la participación dinámica de la gente en la planificación y el cambio de conducta para el desarrollo sostenible. Entre éstas tenemos: SEED-Self Evaluation for Effective Decision-making (Taylor-Ide y Taylor 2002), SARAR-Self-esteem / Asociative / Reflexive / Action planning / Responsibility, PRA-Participatory Rural Appraisal, PLA-Planning, Learning, and Action, y UNICEF's Assessment, Analysis, and Action (Triple A). Todas estas metodologías se basan filosóficamente en el trabajo de Paulo Freire (1970, 1974) quien manifestó que el desarrollo debe empezar con las prioridades de las personas, sin importar qué tan insignificantes puedan parecerles a los expertos y planificadores profesionales.

3.3.5. Importancia de la equidad de género para la participación social en salud y desarrollo

Es ampliamente reconocida la importancia de la participación de la mujer en las actividades de salud y desarrollo, en especial en lo relacionado con la salud reproductiva e infantil y en general en los servicios de salud a través de los CLAS. Del mismo modo se valora su participación en programas de desarrollo comunal para la provisión de agua o saneamiento en su comunidad. Una de las razones principales de la participación femenina es que *las mujeres son las usuarias principales de los servicios*. Ellas son responsables de la reproducción de hijos sanos, la preparación de la comida, la alimentación y crianza de los niños, la búsqueda de atención de salud para los miembros de la familia, la higiene del hogar, la obtención, almacenamiento, desinfección y uso de agua potable, entre otros factores. Todo ello influye en la salud del hogar y la comunidad. Entre los muchos problemas que impiden la participación de la mujer en la salud y el desarrollo se encuentran el machismo tradicional (incluyendo los celos y la sobre-protección de la mujer); el alcoholismo y violencia doméstica; los bajos niveles educativos de la mujer y su baja autoestima, así como también su falta de experiencia en la toma de decisiones. Por ende, estimular la participación de la mujer es un reto muy grande, pero necesario.

La experiencia de campo muestra que existen factores externos a la comunidad que pueden bloquear la participación de las mujeres. Entre éstos se encuentra la falta de sensibilización frente al tema de género por parte de los profesionales que trabajan con comunidades, y su preferencia por trabajar con varones. Frecuentemente se planifican proyectos sin considerar la participación de la mujer. La promoción de la participación femenina involucra intervenciones en tres niveles: (i) sensibilización frente al tema de género por parte de los profesionales,

las organizaciones e instituciones externas pero que trabajan con las comunidades; (ii) incorporación de la participación de mujeres en el diseño de las actividades en las que se deben considerar indicadores para monitorearlas (por ejemplo el porcentaje de miembros del CLAS o de la JASS que son mujeres); y (iii) incorporación del tema de género dentro de la implementación o de las actividades del proyecto (por ejemplo: talleres con miembros de la comunidad para sensibilizarlos sobre auto-estima, violencia doméstica y alcoholismo, valoración de la cultura local y de la familia, y otros afines).

4. Experiencias recientes de participación

1.1. Experiencias recientes de participación social en la salud y el desarrollo en el Perú

◇ FONCODES

El Fondo Nacional de Compensación y Desarrollo fue establecido en 1991 como una agencia temporal, autónoma y descentralizada que financiaba más de 2.3 mil millones de dólares en más de 33 mil pequeños proyectos. Fue fundado con la finalidad de mejorar las condiciones de vida de los más pobres, generar empleo, atender las necesidades básicas en salud, nutrición, saneamiento y educación, y promover la participación de los pobres en la administración de su propio desarrollo. Los pequeños proyectos fueron identificados y desarrollados por la comunidad en cooperación con ONG, gobiernos locales y el Poder Ejecutivo. Las inversiones se relacionaron mayormente con agua y saneamiento, rehabilitación de la infraestructura existente, caminos e irrigación, educación primaria, reforestación, puentes, red secundaria de electrificación y actividades productivas. Los núcleos ejecutores, compuestos por miembros de la comunidad especialmente organizados para los fines del proyecto, tienen una responsabilidad considerable en la selección, planificación y ejecución del proyecto desde una temprana etapa del proceso. Las evaluaciones de la participación de la comunidad en los proyectos de FONCODES tienen las siguientes conclusiones (Ortiz de Zevallos 2001):

- a) La participación de la comunidad tuvo el efecto de incrementar la probabilidad de éxito del proyecto y la magnitud de dicho efecto dependió de:
 - ◆ El mayor nivel de desarrollo de la comunidad (mejor efecto en comunidades más desarrolladas).
 - ◆ El mayor nivel de capital humano (mejor efecto en poblaciones con más años de educación básica completa).
 - ◆ El mayor nivel de capacitación suministrado a la comunidad.

- ♦ El menor tamaño de la población (por ser menos complicado en su nivel de organización y mayor la tendencia a la cohesión natural entre la población).
- b) Los proyectos de salud y de agua y saneamiento fueron los que tuvieron menores probabilidades de éxito con respecto a otro tipo de proyectos más pequeños y sencillos.
- c) La sostenibilidad no fue uno de los efectos probados de la participación por la forma en la que se llevaron a cabo los proyectos.

En resumen, la participación de la comunidad no se sumó a las condiciones que aseguraban el éxito de un proyecto de FONCODES cuando la comunidad era muy pobre, aislada o presentaba una población con bajos niveles educativos y quechuhablante. Se puede especular que las razones de tal resultado se basan en las necesidades no satisfechas de generar capacidades en la población, proceso que toma más paciencia y tiempo que el programado en la estrategia de FONCODES.

◇ Proyecto APRISABAC

El *Proyecto de Atención Primaria de Salud y Saneamiento Básico de Cajamarca* fue implementado entre 1992 y 1999 en la región de Cajamarca, financiado por la Embajada de Holanda y COSUDE. Fue uno de los proyectos que más ha contribuido conceptualmente al desarrollo de una política nacional del sector salud en cuanto a la participación comunitaria. Con el objetivo de mejorar la salud de la población y su acceso a los servicios de salud, la estrategia principal de APRISABAC fue apoyar el desarrollo comunal, ayudando en la organización de sistemas de salud comunitaria con participación social organizada. El desarrollo comunitario fue implementado sobre la base de estructuras preexistentes, como los promotores de salud, parteras tradicionales y asociaciones de promotores, y fue tomando forma en un proceso de inducción al responder a las sugerencias, deseos y procesos tradicionalmente utilizado por las comunidades. El proyecto desarrolló de forma creativa una serie de mecanismos que ayudaron a la comunidad a organizarse y dirigir sus esfuerzos hacia fines que ellos mismos preestablecieron. Este proceso empezó con la conformación de un Equipo Comunal de Salud (ECOS), compuesto por el promotor y la partera capacitada, los miembros de la Junta Administradora de Servicios de Saneamiento (JASS), las autoridades comunales, el/la profesor(a) de la escuela y los representantes de organizaciones de base como el Comité de Vaso de Leche. El ECOS recibió capacitación y asesoría para realizar un “Análisis Comunal de Salud” (ACOS), siguiendo un esquema de reconocimiento de la situación de salud y desarrollo de la comunidad, un análisis de problemas, identificación de posibles soluciones y selección de prioridades. Este proceso dio origen a planes y proyectos pequeños que fueron conduciendo al establecimiento de las “Ferias de Salud” en donde conflu-

yeron una serie de instituciones financieras y comunidades. Llegaron a firmar convenios de financiamiento de los pequeños proyectos cuyo valor oscilaba entre 500 y 1500 dólares. Se crearon nexos entre ECOS y el municipio para que éste canalizara el financiamiento y la supervisión de los pequeños proyectos. El tema de agua y saneamiento fue el punto de entrada en las comunidades rurales de la zona. La capacitación brindada a las JASS muchas veces fue el núcleo de organización y participación comunitaria.

Reconociendo que no bastaba trabajar solamente al lado de la demanda, el Proyecto APRISABAC también apoyó el fortalecimiento del modelo de gestión del sistema de salud para ofrecer los servicios en forma más apropiada y llegar a un adecuado punto de encuentro entre la demanda y la oferta. La sostenibilidad de las intervenciones del proyecto en el modelo de gestión para las redes de servicios de salud y la participación comunitaria fue fortalecida por la Resolución Regional Sectorial 227-99-CTAR-CAJ/DRS-DSP, que aprobó el Reglamento de Participación Comunitaria, el Reglamento de Reconocimiento de Agentes Comunales de Salud y la Directiva para la Certificación de Agentes Comunales de Salud en la DISA Cajamarca (APRISABAC 1999, Nino 2000, Altobelli y Castillo 2001).

◇ Proyecto ENLACE

El programa modelo de atención primaria de salud con promotores comunitarios en el Perú, y en el mundo entero, es el Proyecto ENLACE (CARE 2001) que se lleva a cabo en la zona andina de Otuzco-Julcán del departamento de La Libertad. En nuestra opinión, esta experiencia merece la atención de las autoridades nacionales de salud. El programa ha sistematizado el trabajo comunitario con visitas domiciliarias programadas a hogares de alto riesgo y con mujeres gestantes y niños menores de un año para un sistema de vigilancia comunal de salud (SIVICS)⁶. También se ha desarrollado un sistema de organización legalizada de los promotores que se organizan en comités (COPROMSA) a nivel de los puestos de salud y asociaciones (APROMSA) compuestas por los presidentes de cada COPROMSA a nivel de los centros de salud. Con el sector salud se han desarrollado sistemas de capacitación, supervisión e información; y en el nivel comunitario se implementaron sistemas de evacuación de emergencias obstétricas, planes de parto, actividades de IEC dentro de la comunidad y otras herramientas para la salud comunal. El punto clave de este sistema es que funciona en una zona de establecimientos de salud administrados por CLAS. La sostenibilidad de los promotores se encuentra asegurada en mayor medida por los convenios

⁶ En 1999, la Oficina General de Epidemiología del Ministerio de Salud financió la preparación de videos sobre el Sistema de Vigilancia Comunal de Salud del Proyecto Enlace, para su difusión a nivel nacional.

tripartitos establecidos entre los comités y asociaciones de promotores, el CLAS, y el municipio distrital.

◇ Sector Educación

La Resolución Ministerial 708-2000-ED, publicada el 23 de noviembre del 2000, aprobó normas para la participación de los padres de familia en el control de la asistencia y puntualidad del personal docente y administrativo de los centros educativos ubicados en zonas rurales. Esta resolución empodera a los padres para que vigilen a los profesores en áreas rurales

◇ Otras iniciativas recientes del gobierno peruano para promover la participación ciudadana:

- ◆ Se estableció un sistema de concertación social y movilización intersectorial con participación ciudadana, que consiste en el establecimiento de *Mesas para la Lucha contra la Pobreza*, que reúnen a una serie de actores sociales (miembros de iglesias, asociaciones de empleadores, ONG y gobiernos locales, así como representantes de los sectores públicos); hasta la fecha, se han organizado e iniciado mesas en 118 provincias y 44 distritos.
- ◆ En febrero del 2001 se constituyó un grupo de trabajo con representantes de la Defensoría del Pueblo, del Ministerio de Economía y Finanzas y del Banco Mundial. Este grupo desarrolló una propuesta para un Sistema de Vigilancia Social (SIVISO) de los programas críticos para el desarrollo social. Este sistema ya ha sido piloteado en algunas regiones.
- ◆ Se aprobó una ley que permite el acceso libre del público a la información financiera del sector público, publicada en un sitio web.
- ◆ Se estableció un sistema de *“score card”* que permitirá que el público evalúe los servicios gubernamentales.

4.2. Experiencias recientes de participación ciudadana en la administración de los servicios de salud en América Latina

Las lecciones aprendidas de la participación social en salud en el ámbito regional latinoamericano giran alrededor de la forma en que el control social, a través de la vigilancia ciudadana, da como resultado el mejoramiento de la calidad de los servicios y la calidad del gasto. Al reducir el costo unitario y lograrse mayor eficiencia en el gasto público, se promueve la utilización de los servicios. Cada una de las experiencias presentadas en esta sección tiene un marco

organizacional y financiero distinto, pero todas comparten un elemento común: la vigilancia y el control social sobre los servicios públicos.

Venezuela. Dentro de la reforma descentralizada del sector salud en 1990, el Estado de Lara creó una institución pública, FundaSalud, para canalizar fondos hacia ONG elegibles (más de 600) bajo contrato para administrar servicios de salud, incluyendo 60 centros ambulatorios de salud, algunos hospitales, programas de distribución de leche, entre otros. La mayoría de ONG participantes son comités de salud legalmente constituidos como “asociaciones civiles” o “asociaciones de vecinos” (operan mayormente en zonas rurales desde la década de 1970). Ellos administran recursos públicos y vigilan la calidad y eficiencia de la atención. Una evaluación que comparó centros ambulatorios de FundaSalud con otros administrados en forma tradicional mostró una mejor percepción de los clientes hacia la calidad de servicios médicos (enfermería, dental, laboratorio y de emergencia); una significativamente más alta calificación de la operación de los establecimientos; y una también notable demanda creciente de los servicios, que resultó en menores costos por cliente. Los resultados expuestos en el Cuadro 2 muestran la relación existente entre costo y eficiencia al interior de este modelo.

Cuadro 2
Participación ciudadana y costo-eficiencia en FundaSalud
Venezuela

VENEZUELA	6 centros ambulatorios con participación ciudadana	6 centros ambulatorios sin participación ciudadana
Promedio costo mensual	2,928,832 Bs.	2,336,833 Bs.
Promedio número de pacientes mensual	1,730	423
Promedio costo por paciente	1,693 Bs.	5,524 Bs.

Fuente: Datos adaptados de C. Mascareño (1997).
Nota: Bs.= bolívares

Una de las diferencias entre FundaSalud y el Programa de Administración Compartida (PAC) en el Perú se encuentra en los criterios para formación de la asociación civil. Mientras que en el Perú se basa en un reglamento específico, en Venezuela coexisten varias formas de organización, incluyendo ONG preexistentes o comités vecinales. Otra diferencia es que la administración de varios tipos de servicios públicos corre por cuenta de ONG, a través de FundaSalud, mientras que el PAC trabaja con un solo tipo de servicio público: los establecimientos del primer nivel de atención.

Colombia. Desde la reforma de salud de 1993, todos los colombianos están obligados a seleccionar una “entidad promotora de salud” (EPS) privada que administra las pólizas prepagadas de sus afiliados. En el caso de los 12 millones

de personas que no pueden comprar una póliza del seguro, los beneficiarios calificados seleccionan un “administrador del régimen subsidiado” (ARS) privado que funciona como una EPS reembolsada por el Estado. La población más pobre participa en una versión extendida de ARS llamada “empresa solidaria de salud” (ESS) que tiene dos peculiaridades: (1) son de *propiedad* de los beneficiarios subsidiados y (2) funcionan en zonas donde otros ARS no quieren entrar. Las ESS se inician a través de un proceso multietapa que incluye orientación a la comunidad, capacitación en salud y en administración de negocios y conversión de grupos autoseleccionados comunitarios en cooperativas privadas de salud que contratan con el gobierno y subcontratan a proveedores públicos o privados. Este último régimen subsidiado funciona gracias a la importante inversión del Estado en el proceso de generación de capacidades de la comunidad, que es implementado por ONG bajo contrato estatal. Las Empresas Solidarias de Salud (ESS) tienen cuatro etapas de implementación:

- (i) Despertar el interés de los municipios en participar, orientando recursos municipales de cofinanciación.
- (ii) Promover la vinculación de las familias al proceso, mediante su convocatoria por medio de organizaciones sociales existentes.
- (iii) Capacitar en gestión sanitaria a los representantes de las familias. Cada grupo de 20 familias debe elegir un representante con poder jurídico.
- (iv) Capacitar a los representantes de los grupos de familias en gestión empresarial.

Para los puntos del ii al iv, el Ministerio de Salud contrató a 37 instituciones, mayormente ONG. Hay muchas semejanzas entre el CLAS del Perú y el régimen subsidiado de ESS en el sistema colombiano. Una de las diferencias estriba en que la ESS tiene más opciones para contratar servicios, mientras los CLAS trabajan solamente con el establecimiento público para prestar servicios. Otra diferencia importante es la prioridad que el sector público de salud de Colombia brinda a la generación de capacidades en las cooperativas comunitarias, mientras que el Perú recién está empezando a priorizar la generación de capacidades en los miembros de los CLAS.

Cuadro 3
Participación ciudadana y coberturas en el régimen subsidiado Colombia

COLOMBIA - Acceso Rural	Empresas Solidarias de Salud (ESS)**	Otros ARS*
Tiene su propia red de atención primaria	95.0%	63.5%
Contrato con hospitales públicos	95.0%	87.3%
Contrato con clínicas privadas	51.6%	46.8%
Cobertura rural con sus propios equipos de personal	60.0%	9.5%

* ARS: Administrador de Régimen Subsidiado

** ESS: Es una forma de ARS de propiedad de la comunidad.

Fuente: Reunirse, Cider, Universidad de Los Andes. En: F. Pérez Calle (1998).

Brasil. La pequeña municipalidad pesquera y agrícola de Icapuí, en el noreste de Brasil, implementó una experiencia de tipo SILOS⁷ en participación comunitaria, en la cual el municipio maneja los establecimientos de salud, los proveedores son contratados por el gobierno y la población no paga la atención recibida. La comunidad contribuye a la planificación y evaluación de los servicios de salud a través de cabildos abiertos y asambleas comunales. Últimamente, algunos estados brasileños están transfiriendo la administración de los grandes hospitales a organizaciones sociales, compuestas por funcionarios públicos, representantes del sistema judicial, ONG y directores de administración pública. Se espera que la cogestión de los servicios de salud más complejos y costosos aumente su producción, reduzca sus costos, y mejore la relación entre el personal de salud y sus clientes.

En cada una de estas experiencias hay diferencias en estructura y función, pero la característica en común es la participación o involucramiento de la comunidad en el control social de los establecimientos de salud, lo que logra resultados en la eficiencia, calidad y equidad de los servicios.

La experiencia nacional de participación popular en Bolivia, a continuación, ha intentado involucrar a la población en todos los sectores, con resultados mixtos hasta el momento.

Bolivia. Desde que se aprobó la Ley de Participación Popular en 1994, los gobiernos municipales tienen un rol mayor en el desarrollo local. La ley exige que las comunidades participen conjuntamente con los municipios en la definición de necesidades, proyectos y políticas que se contemplan en los Planes Municipales de Desarrollo (PMD) de cinco años y Planes Operativos Anuales (POA). El gobierno central transfiere fondos sobre la base de un monto per cápita y se espera que los municipios soliciten fondos de otras fuentes nacionales e internacionales. Todavía el proceso de planificación participativa no funciona plenamente: un estudio mostró que aproximadamente el 15% de la población participa en reuniones municipales; la mayoría de ellos son hombres acaudalados. La participación en el desarrollo del presupuesto o POA alcanzó solamente el 8% en el 2000, lo que supuso un descenso del nivel alcanzado en 1998 (11.8%) (Seligson 2000). Las debilidades principales han sido identificadas como la baja capacidad técnica de los gobiernos municipales para llevar a cabo los procesos participativos, especialmente en las zonas rurales y marginadas, y el hecho de que tanto los municipios como los ciudadanos no entienden bien los roles y deberes de los diferentes niveles del Estado, la sociedad y el sector privado en los programas de desarrollo. Asimismo, las organizaciones de la sociedad civil (Organizaciones

⁷ SILOS es un Sistema Local de Salud, una estrategia promovida por la Organización Panamericana de la Salud e implementada en el Perú con el nombre de los ZONADIS al comienzo de la década de 1990.

territoriales de base y comités de vigilancia) requieren mayor orientación sobre las leyes y sus roles, y mayor capacidad para identificar y articular sus necesidades; a veces existe desconfianza entre gobierno y sociedad civil, lo que dificulta el trabajo conjunto. Prevalece, además, una alta rotación de alcaldes y del personal designado, sin que se dé la necesaria transferencia de información a los nuevos equipos.

4.3. Una experiencia en la India: Asociaciones para el Desarrollo de la Mujer

El caso presentado a continuación tiene por finalidad mostrar el ideal al que se debería aspirar para lograr una participación y desarrollo integral en la salud física y mental de la población.

En la India se dio un proceso creciente de participación comunitaria. Dos jóvenes médicas con vocación para las labores sociales trabajaban en un hospital rural cercano a la comunidad de Jamkhed. No obstante su trabajo, hubo poco impacto en la salud de la población. La mortalidad infantil continuaba elevándose, se presentaban más casos de enfermedades prevenibles y las embarazadas acudían tarde para dar a luz. Esto las hizo cuestionar el enfoque médico de atención de la salud basado en el hospital. Por ello decidieron realizar programas preventivos de salud iniciando un proyecto que suponía el trabajo en la comunidad. Contactaron a la autoridad local de Jamkhed, quien esperaba que se construyera un hospital, por lo que la propuesta no lo impresionó. Debido a la ausencia de otras ofertas de ayuda dirigidas a esa población, decidieron asignarles un espacio en el local de un dispensario veterinario para abrir su “consultorio”. Pronto tuvieron que operar de emergencia a una mujer por ruptura uterina. Así, la gente fue reconociéndolas y ellas hicieron contacto con gente en otros pueblos. Usaron los servicios recuperativos como punto de entrada para hablar de prevención de enfermedades. La población relacionó las indicaciones preventivas con otras necesidades: “para lavarse las manos se necesita agua y ¿usted sabe cuánto cuesta el jabón?”. Se consideró redefinir el alcance del trabajo. El proyecto identificó una ONG que trabajaba en sistemas de agua potable y obtuvieron una subvención para efectuar una instalación en el área. Asimismo, obtuvieron el apoyo del gobierno local. Se empezó a organizar a la comunidad realizando juegos de vóley con equipos procedentes de distintas zonas. Estos grupos fueron luego reunidos en “clubes de campesinos”, para los cuales se organizaron seminarios sobre agricultura y medicina veterinaria, entre otros temas. Luego, estos clubes y el personal del proyecto condujeron un levantamiento de información de salud en las comunidades. Con los resultados del estudio comunitario, entendieron que el problema era la falta de comida y de cuidado preventivo. Los clubes solicitaron que las mujeres del pueblo fueran adiestradas como promotoras de salud de la comunidad, ya que las otras mujeres confiarían más en ellas

que en los profesionales que hablaban un lenguaje complicado. En una estructura social dividida por la política, la casta y la religión, estas mujeres llegaron a constituir asociaciones para el desarrollo de la comunidad, en las que discutían acerca de la necesidad de medicinas, comida, libros y uniformes escolares. Este proceso de progresiva expansión duró aproximadamente diez años y se concentró en distintos enfoques de empoderamiento comunitario (Arole y Arole 2002).

Los elementos clave del proceso de participación en este caso fueron:

- (i) Un acercamiento a la población por parte del personal de salud que tenía una vocación de servicio, paciencia y buena voluntad.
- (ii) Un proceso de capacitación a la comunidad, basado en aspectos de prevención de enfermedades y no sólo en los procesos de recuperación.
- (iii) La gestión de apoyo multisectorial (servicios de agua y saneamiento en este caso), para satisfacer las necesidades básicas identificadas por la población.
- (iv) La organización de la comunidad alrededor de actividades de diversión (club de vóley) para luego continuar con educación sanitaria y otros temas de interés de la comunidad (temas agropecuarios).
- (v) La incorporación de mujeres como agentes de cambio, capacitándolas como promotoras comunales a solicitud de la comunidad.

5. La experiencia de participación comunitaria en los CLAS en el Perú

Las Asociaciones CLAS (Comunidad Local de Administración de Salud) representan un ejemplo concreto de lo que se puede llamar “participación comunitaria”, “participación popular”, “participación social” o “involucramiento de la comunidad”. Las diferentes definiciones de participación social o comunitaria han generado algunas fricciones en el Programa de Administración Compartida. Los últimos años han sido testigos de críticas variadas al programa de parte de algunas autoridades que opinaban que el CLAS no representa la participación comunitaria, ya que no logra satisfacer las expectativas generadas. En realidad no hay un acuerdo nacional sobre el tema y ni siquiera a nivel internacional hay una definición única u operativa de lo que es la participación social, coexistiendo muchas concepciones diferentes, como se señaló anteriormente.

El Programa de Administración Compartida representa un nuevo modelo de financiamiento y gestión del primer nivel de atención de la salud, con la participación de la comunidad como componente clave para vigilar la gestión y garantizar la calidad de los servicios de salud. Las evaluaciones de los CLAS hasta la fecha muestran que hay beneficios claros en este nuevo modelo en lo que atañe a la

calidad y la equidad de la atención brindada por el sector salud, y además en la eficiencia del gasto, en comparación con los establecimientos que aún tienen una administración tradicional propia del sector público (Cortez 1998, Altobelli, 1998a y b, Vicuña *et al.* 1999). El involucramiento de la comunidad se está intensificando ahora con la política social del gobierno del presidente Alejandro Toledo, que estimula las mesas de concertación para la lucha contra la pobreza y que, en varias otras formas, promueve la participación ciudadana en la identificación de sus propias necesidades.

El diseño original del Programa de Administración Compartida y los CLAS en 1993 respondió a la difícil realidad en que se encontraba el país después de los años de terrorismo e hiperinflación que tuvieron su apogeo a los finales de los años ochenta y comienzos de los noventa. En esta situación se generó un vacío en los servicios de salud para gran parte de la población peruana, especialmente en las zonas rurales y, en menor medida en los asentamientos periurbanos. Los recursos para los servicios sociales eran escasos, y el primer nivel de atención de salud fue especialmente relegado. Las postas médicas pequeñas en áreas rurales tenían personal básico, pero con poco equipamiento, medicinas e insumos. El Programa de Administración Compartida fue instalado con la idea de que se podía estimular una mejora en la calidad de atención, que llevaría a una mayor utilización del servicio por parte de la población, si se permitía que la posta se quedara con el dinero recolectado del pago de servicios por parte de los clientes. Este sistema funcionaría siempre y cuando los miembros de la comunidad se organizaran para administrar los fondos del establecimiento bajo la ley privada. Además, se permitía que se contratara a personal de salud adicional bajo la ley privada, que provee mayores incentivos a los recursos humanos para brindar un servicio de mejor calidad. Nunca hubo cambios en el régimen de empleo de los funcionarios públicos “nombrados”.

Al final del año 2001, un total de 1,461 establecimientos de salud, o 24% de los 6,700 establecimientos periféricos del MINSA en el Perú, estaban administrados por una Asociación CLAS. Hay un total de 570 Asociaciones CLAS, lo que significa que hay un promedio de tres establecimientos de salud administrados por cada Asociación. Esta es una de las primeras manifestaciones de la reforma de salud en el Perú y es, también, una forma descentralizada de financiar y administrar los servicios de salud con la cogestión de la comunidad organizada.

5.1. Organización de los CLAS

Para participar en el Programa de Administración Compartida (PAC) del Ministerio de Salud del Perú, la comunidad, previa convocatoria del jefe del establecimiento de salud, nombra y elige seis miembros de la comunidad que representan organizaciones comunales que tienen que ver con la salud o la

nutrición, como por ejemplo el Comité de Vaso de Leche, la APAFA, los clubes de madres u otros. Asimismo, los elegidos pueden ser miembros particulares de la comunidad. El médico jefe del establecimiento es el séptimo miembro del CLAS y es su gerente. Una vez elegidos sus miembros, se registra la Asociación CLAS en los registros públicos como una entidad privada sin fines de lucro con personería jurídica y que se rige bajo la ley privada. La finalidad de la Asociación es que la sociedad civil participe en la administración de los servicios públicos de salud. Las responsabilidades, tanto de la Asociación CLAS como del MINSA, están especificadas en el Contrato de Administración Compartida, que se firma entre la Asociación CLAS y la Dirección Regional de Salud. El contrato firmado es un acuerdo formal de gestión para la ejecución de un Programa de Salud Local (PSL) y un plan operativo anual desarrollado por el personal del establecimiento de salud, con la aprobación de los miembros del CLAS.

5.2. Roles de la comunidad en los CLAS

5.2.1. Roles que los CLAS desempeñan

La participación social en los CLAS consiste principalmente en la vigilancia y el control social sobre la administración de los servicios de salud, con la realización de las siguientes acciones:

- (i) Vigilancia y control sobre la administración de recursos públicos transferidos del Estado y depositados en una cuenta corriente de la Asociación CLAS para el pago del personal contratado, servicios públicos, impuestos, bienes y servicios: el gasto de los fondos depende de dos firmas en cada cheque, una del tesorero del CLAS (miembro elegido de la comunidad) y la otra, del médico gerente de CLAS.
- (ii) Contratación y control del personal de salud, el personal auxiliar (guardianes, de limpieza y otros) y el personal de apoyo (contadores) para el establecimiento de salud.
- (iii) Decisiones sobre el uso de los ingresos propios del establecimiento recaudados a través del cobro por servicios de salud.
- (iv) Control de la calidad y calidez de la atención de salud.
- (v) Supervisión y control de las actividades con base en el Plan Local de Salud.
- (vi) Evaluación de la gestión del establecimiento.
- (vii) Mantenimiento y seguridad del establecimiento.

Las actividades de promoción que realizan los miembros de los CLAS en la mayoría de casos son:

- ♦ Apoyo al personal de salud en actividades promocionales en la comunidad.

- ♦ Comunicación directa con miembros de la comunidad para convencerlos de asistir al establecimiento de salud.

Hay otras funciones asignadas a los CLAS que se deben realizar en coordinación con el personal de salud. El que se logre un buen nivel de cumplimiento en estas funciones depende de las capacidades de los miembros de los CLAS y de la propensión y las capacidades del personal de salud del establecimiento para coordinar con la comunidad. Las capacidades de ambos grupos resultan, en gran medida, de las capacitaciones y orientaciones que reciben de la DISA para el desempeño de las siguientes funciones:

- ♦ Diagnóstico: apoyar la realización del censo comunal de salud.
- ♦ Planificación: proponer, revisar y aprobar el Programa de Salud Local (PSL), así como también monitorear la implementación del mismo.
- ♦ Movilización de recursos adicionales para solventar los costos de los servicios de salud, a través de otros mecanismos como solicitudes de financiamiento externo o actividades comunales para recaudar fondos.

Tomando en cuenta el balance de sus funciones, las Asociaciones CLAS juegan un rol primario e importante en el control social de la organización y en la entrega de servicios de salud dentro del establecimiento. Su efecto principal se relaciona con la calidad y eficiencia de los servicios prestados y con la estimulación de la demanda de dichos servicios, con resultados que se manifiestan en una mayor cobertura.

5.2.2. Otros roles que los CLAS deberían desempeñar

Los roles de los CLAS están íntimamente ligados a los roles del Estado, y su desempeño depende de la voluntad política y aptitud técnica de la DISA (Díaz 2001a). Por ende, la falta de normatividad del sector salud en asuntos de salud comunitaria y promoción de la salud ha sido la causa de que los CLAS hayan desempeñado un rol menor en relación con los servicios extramurales en la comunidad. No obstante, esta observación es relativa: mientras casi ningún establecimiento administrado en forma tradicional (los no CLAS) juega un rol importante en la salud extramural comunitaria, sí existe un número creciente de CLAS que está tomando cartas en el asunto por su propia cuenta. Los roles del Estado -y por ende de los CLAS- en la salud comunitaria deberían incluir, por ejemplo:

- (i) Asegurarse de que las familias se informen y tomen conciencia de la salud preventiva y de las acciones y conductas que deberían llevarse a

cabo dentro del hogar con relación a la salud, la nutrición, la higiene y el saneamiento. Ello debe incluir el tratamiento casero precoz de la diarrea infantil y el reconocimiento de signos y síntomas de alarma en el embarazo, parto y puerperio, así como también en casos de neumonía y deshidratación infantil, entre otros.

- (ii) Asegurar que la comunidad sepa cuáles son los servicios disponibles en el establecimiento y estimular su uso en forma adecuada y oportuna.
- (iii) Propiciar la capacitación, supervisión y actividad de un suficiente número de agentes comunitarios de salud para lograr los puntos i y ii.
- (iv) Promover una actividad más intensa en las organizaciones de base con respecto a la promoción de la salud y a la colaboración con el establecimiento de salud.
- (v) Estimular la llegada del personal de salud a los hogares.
- (vi) Propiciar la cooperación intersectorial en la comunidad para satisfacer las demandas y necesidades de la misma.

Si bien las obligaciones de los CLAS, estipuladas en el Contrato de Administración Compartida, especifican claramente el primer grupo de funciones administrativas e intramurales, sus obligaciones en cuanto a la salud comunitaria no están definidas, lo que explica el vacío en el sector salud en cuanto a una política al respecto.

5.3. Resultados en acceso, calidad y equidad: los establecimientos CLAS versus los no CLAS

Una evaluación nacional de los CLAS (Vicuña *et al.* 1999) mostró el nivel de acceso, calidad y equidad en los establecimientos administrados por estos comités en comparación con aquellos que no son CLAS. Se entrevistó a un total de 2,088 clientes al término de la consulta en 61 establecimientos CLAS y 122 no-CLAS a nivel nacional.

Se encontró que hay menos barreras económicas en la atención de la salud y que las medicinas son más accesibles en establecimientos CLAS, especialmente en áreas rurales, como se muestra en el Cuadro 4. Los adultos y ancianos que no gozan de seguros que financien sus medicinas, tienen significativamente más acceso a las medicinas en los establecimientos CLAS que en los no CLAS, porque los primeros pueden aplicar una política más justa de exoneraciones al pago. En cambio, los pacientes menores de cinco años y los de entre 6 y 20 años tienen acceso total en todos los establecimientos públicos gracias al Seguro Materno Infantil y al Seguro Escolar Gratuito (ahora llamados el Seguro Integral de Salud). Todos los clientes, ricos y pobres, tanto en áreas urbanas como periurbanas, reciben aproximadamente el mismo nivel de exoneración (lo que trae a

cuenta la cuestión de equidad). En zonas rurales donde hay menos oferta de atención, los CLAS otorgaron mayores exoneraciones a los pobres (72.5% en CLAS versus 66.4% en no CLAS), mientras los no CLAS dieron mayores exoneraciones a los no pobres (56.8% en CLAS versus 80.4% en no CLAS).

Cuadro 4
Acceso económico y equidad en el primer nivel de atención

		CLAS (%)	No CLAS (%)
% DE PACIENTES QUE NO PUDO COMPRAR MEDICINAS			
Ubicación del establecimiento	Urbano	5.0	11.3
	Periurbano	10.4	13.7
	Rural	12.3	18.6
Tipo de establecimiento	Centro de Salud	10.5	14.5
	Puesto de Salud	11.8	17.1
Edad del paciente en años	≤ 5 (Cubierto por seguro 0-5)	16.1	16.6
	6-20 (Cubierto por seguro 6-17)	3.8	4.3
	21-49 (Sin seguro)	14.7	24.1
	> 50 (Sin seguro)	10.0	30.0
% DE PACIENTES EXONERADOS* DEL PAGO			
Estrato socioeconómico urbano y periurbano	Estrato alto (A y B)	63.9	60.3
	Estrato bajo (C y D)	60.3	66.1
Estrato socioeconómico rural	Estrato alto (A y B)	56.8	80.4
	Estrato bajo (C y D)	72.5	66.4
Número de casos estudiados		749	1,271

*Incluye exoneración parcial y total.
Adaptado de: Vicuña M *et al.* (1999), Lima, Perú: Ministerio de Salud-PAAG-SBPT-AC.

Los datos de la Encuesta Nacional de Niveles de Vida (ENNIV) de 1997 también revelaron mayor equidad en los CLAS versus los no CLAS. El Cuadro 5 muestra que los CLAS proporcionaron significativamente más exoneración parcial y total (2 nuevos soles o menos) que los establecimientos no CLAS, especialmente para los quintiles más pobres de la población.

Cuadro 5
Equidad en el primer nivel de atención.
Costo de consulta según quintil de gasto per cápita (en %)

	I Quintil		II Quintil		III Quintil		IV Quintil		V Quintil		TOTAL	
	No CLAS	CLAS	No CLAS	CLAS	No CLAS	CLAS	No CLAS	CLAS	No CLAS	CLAS	No CLAS	CLAS
II. ÁREAS URBANAS FUERA DE LIMA/CALLAO												
Gratis	23.5	33.3	12.0	16.6	23.5	15.1	18.3	27.0	16.4	29.7	18.2	21.7
S/. 0.1-2.0	8.1	33.3	24.5	16.6	6.6	54.7	2.8	27.0	6.8	40.5	11.5	39.1
S/. 2.1 o más	68.4	33.3	63.5	66.7	69.9	30.2	78.9	46.0	76.8	29.7	70.4	39.2
TOTAL	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
II. AREAS RURALES												
Gratis	29.4	37.2	23.8	12.6	15.6	45.8	28.3	8.1	0	0	25.5	26.7
S/. 0.1-2.0	39.6	50.6	32.7	58.9	23.2	9.3	24.0	30.3	40	100	35.0	46.2
S/. 2.1 o más	31.0	12.2	43.6	28.4	61.3	44.8	47.8	61.6	60	0	39.5	27.1
TOTAL	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: Altobelli L. (1998b), UNICEF, Lima, Perú. (Análisis propio utilizando la base de datos de ENNIV 97, Instituto Cuánto, S. A.)

5.4. Factores de éxito en las experiencias de participación comunitaria en los CLAS

Según las evaluaciones y análisis que se han llevado a cabo sobre el Programa de Administración Compartida desde su inicio (O'Brien y Barnechea 1995; Taylor 1996; Altobelli 1998a, 1998b, 2000, 2001; Cortez 1998; Vicuña *et al.* 1999; Taylor y Paredes 2000; Villanueva 2001, y Díaz 2001a, 2001b), los factores identificados como claves para el éxito de la participación social en los CLAS pueden ser resumidos de la siguiente manera:

- ♦ Grado de democracia con que se elige a los miembros de los CLAS.
- ♦ Representación de diferentes sectores de la comunidad en la Asociación CLAS, incluyendo especialmente a los pobres.
- ♦ Inclusión de mujeres de la comunidad en la Asociación CLAS.
- ♦ Capacidades de administración y gerencia (ya sea por experiencia previa o capacitación reciente) de, por lo menos, un miembro de la Asociación CLAS.
- ♦ Capacidad personal y liderazgo del gerente del CLAS.
- ♦ Nivel de compromiso del gerente con la comunidad en la resolución de los problemas de salud de ésta: su nivel de interés y dedicación a la salud comunitaria y no sólo a la atención de pacientes en la consulta.
- ♦ Efectividad de los esfuerzos para orientar o informar a la comunidad sobre sus derechos en cuanto a la participación en salud y los servicios que podrían demandar.
- ♦ Mayor permanencia de personal de salud en la comunidad (versus los contratos cortos de PSBPT).
- ♦ Provisión y sostenibilidad/continuidad de capacitación, supervisión, evaluación y apoyo técnico de la UTES y DISA al personal de salud y a la Asociación CLAS.

5.5. El poder en los CLAS

La experiencia de los CLAS ha incluido las disputas y entendimientos sobre el poder que ocurren a través de una negociación generalmente sana entre el establecimiento de salud y la comunidad, a lo largo del primer año de conformación. Durante este período, ambos lados aprenden nuevos roles y acomodan el balance de poderes. Tal fenómeno fue observado y reportado como un proceso natural y necesario de maduración de los CLAS (Taylor 1996). Además, se han observado y clasificado cuatro posibles estructuras de poder en los CLAS, considerando las relaciones de poder entre tres componentes: el gerente del CLAS, el personal de salud del establecimiento y los miembros del CLAS: (1) el gerente mantiene control autoritario sobre el personal de salud y los miembros del CLAS; (2) los miembros del CLAS mantienen control autoritario sobre el gerente y el

personal de salud; (3) se llega a una alianza entre el gerente y los miembros del CLAS y éstos controlan al personal de salud, y (4) hay una alianza entre el gerente y el personal de salud y éstos controlan a los miembros del CLAS (Cortez 1998). El balance de poder a que llega un CLAS depende de una constelación de factores característicos de cada comunidad y de su interrelación con el establecimiento de salud: cultura, nivel socioeconómico, interés, motivación, capacidades técnicas y sociales y las características propias de las personas involucradas.

Los esfuerzos del MINSA para controlar el balance de poder han ido cambiando desde los primeros años del Programa de Administración Compartida (PAC). Anteriormente el sector salud se había asegurado de que el balance del poder favoreciera al Estado, por lo que se requería que tres de los seis miembros elegidos del CLAS fueran escogidos a dedo por el gerente del mismo, mientras que los otros eran elegidos por la comunidad. Como prueba de que el programa ha madurado significativamente, desde el año 2000 los seis miembros del CLAS son elegidos por la comunidad.

Uno de los mayores retos para el Programa de Administración Compartida ha sido que algunas autoridades y personal administrativo en el nivel central, regional y territorial de salud han tenido dificultad para transferir poder al primer nivel de atención y a los CLAS. Esto ha ocurrido por dos razones principales: primero, la falta de un mandato político claro sobre el apoyo del Estado al modelo de CLAS dentro de la reforma del sector salud y del Estado. La segunda razón, que es una causa de la primera, es la falta de información adecuada de algunas autoridades de salud, en los diferentes niveles, acerca de las reglas de juego del modelo CLAS y el balance en la división de poderes entre el sector salud y la Asociación CLAS, que debe conducir al buen manejo administrativo de los establecimientos de salud en el primer nivel de atención. También es claro que en ciertas regiones del país las ventajas otorgadas sobre los presupuestos públicos hacen inconveniente compartir poderes financieros con los CLAS. Este hecho refuerza la importancia del rol de los CLAS en la vigilancia del "accountability" (rendimiento de cuentas) del sector público.

5.6. Normatividad del CLAS y participación social

Dentro del marco regulatorio del CLAS, la normatividad que favorece la participación incluye:

- (i) La autonomía de gestión para que la gente decida sobre el uso de los recursos.
- (ii) La seguridad jurídica que otorgaría una ley del Congreso con el fin de superar la incertidumbre sobre su continuidad.

- (iii) El cambio en la norma a partir del año 2000, que establece que los seis miembros del CLAS sean elegidos en asamblea de la comunidad, evitando el sesgo de la norma anterior que favorecía al sector salud en perjuicio de la participación comunitaria.

La normatividad de los CLAS que no favorece o restringe la participación contempla los siguientes aspectos:

- (i) En la formación de los CLAS está permitida la agrupación de varios establecimientos de salud. Con la restricción de que sólo deben ser seis los representantes de la comunidad, no hay una real representación de la totalidad de las comunidades que lo componen. Para asegurar la representatividad cada comunidad en el ámbito de influencia de un CLAS debería estar representada. Para ello se debe disminuir el número de establecimientos de salud que integran un CLAS o aumentar el número de miembros.
- (ii) El estatuto del CLAS determina que el Consejo Directivo debe formarse con tres de los seis miembros del CLAS, desperdiciando el trabajo *ad honorem* de tres personas que podrían desempeñar otras funciones. Deben flexibilizarse los estatutos para dar responsabilidades a cada uno de los miembros del CLAS, como integrantes del Consejo Directivo, para dividir las tareas y responsabilidades.
- (iii) La norma actual es lo suficientemente ambigua como para que la comunidad decida sobre los recursos generados por el CLAS en el marco del Seguro Integral de Salud y otros proyectos del MINSA.
- (iv) El estatuto restringe a un año el ejercicio del cargo de presidente y de los demás cargos elegidos entre los miembros del Consejo Directivo. La duración de los cargos debería ampliarse a un período adicional, sin que exista la posibilidad de reelección inmediata por lo que se tendrá que esperar a que transcurra un período para poder ser nuevamente candidato. Ello permitirá que exista cierta continuidad y que puedan aprovecharse la experiencia y el aprendizaje ganados en el cargo.
- (v) Existe un vacío que impide que la Asamblea del CLAS pueda ser fiscalizada por la comunidad y que ésta sea capaz de revocar los cargos.
- (vi) No existen sanciones claras para castigar la apropiación ilícita de recursos.

Las propuestas para fortalecer la participación social en los CLAS al final de este documento toman en cuenta las necesidades señaladas.

5.7. Las nuevas formas de administración y gestión financiera de los CLAS

Cualquier discusión sobre los CLAS estaría incompleta si no se mencionan las bondades de esta nueva forma de administración pública en el sector salud

que rige desde 1994. El rol principal de la Asociación CLAS descansa en el control social que ejerce sobre la administración financiera, asegurando así la transparencia en el uso de recursos públicos y también sobre la calidad y calidez de la atención de salud. Sin embargo, el modelo CLAS es mucho más que una experiencia de participación social en la salud. Es un modelo integral de gestión, financiamiento y provisión de servicios de salud adecuados a las necesidades y prioridades locales, que tiene como eje la participación social.

La estructura del Programa de Administración Compartida contribuye a la modernización de la administración pública. Se incorpora la ley privada en la administración de recursos públicos, lo que proporciona varias ventajas sobre la administración pública tradicional: facilita la provisión de incentivos al personal de salud para que provea una atención de calidad y contribuye a la descentralización administrativa. La ley actual permite que las organizaciones privadas de salud, en este caso los CLAS, contraten con el Estado para proveer servicios, permitiendo así la asignación de recursos públicos directamente al sitio de ejecución presupuestal. Es notable que el *Seguro Materno Infantil* (ahora el *Seguro Integral de Salud SIS*) fuera originalmente diseñado y llevado a cabo sobre la base de los CLAS que permiten el reembolso de fondos directamente al establecimiento. Además, una propuesta reciente para un nuevo sistema de pago⁸ en el primer nivel de atención de salud considera que los CLAS suponen un ambiente descentralizado que funcionaría bien en un sistema organizado de financiamiento en el que se contemplara el control social de la comunidad para asegurar “*accountability*”, conjuntamente con el SIS como fuente principal de financiamiento, todo ello coordinado con la gerencia de una red de establecimientos (Telyukov *et al.* 2002).

Últimamente se ha comprobado la necesidad urgente de establecer un compromiso político más firme sobre el financiamiento de los CLAS. Fue a raíz de un recorte presupuestal importante que incluyó la línea de bienes y servicios, la ampliación horaria para los trabajadores nombrados en los CLAS, y las gratificaciones de julio y diciembre durante todo un año entre setiembre de 2000 y el diciembre de 2001 (Díaz 2001a).

Los datos mostrados en el Cuadro 6 dan cuenta del efecto de este recorte presupuestal sobre el funcionamiento integral de un establecimiento de salud, a manera de ejemplo. Especialmente graves fueron las consecuencias sobre las actividades preventivo-promocionales y el nivel de exoneraciones al pago de las tarifas. Según los datos del cuadro, aunque el CLAS parece ser estable en términos financieros en un ambiente urbano de pobreza no extrema, este estable-

⁸ Ambulatory Payment Innovation (API), Partners for Health Reform Plus, Abt Associates, Inc. 2002.

cimiento subsiste al borde de la viabilidad económica. Como resultado del recorte presupuestal y para cumplir con sus obligaciones financieras, el CLAS se vio obligado a aumentar la tarifa por consulta. A los seis meses del recorte inicial, las actividades preventivo-promocionales, que no generan ingresos, fueron reducidas en 27%; esta reducción aumentó en un 36% extra, para llegar a un total de 63% de disminución en dichas actividades. Las exoneraciones también fueron reducidas drásticamente en el corto plazo, con una recuperación parcial hacia el primer trimestre de 2001.

Cuadro 6
Efecto de los recortes presupuestales a los CLAS en octubre 2000.
El caso de Lima Norte

	Jul.-Set.	Año 2000 Oct.-Dic.	Año 2001 Ene.-Mar.
Transferido de MINSA para salarios	S/. 49,203	49,203	49,203
Transferido de MINSA para bienes y servicios	S/. 2,316	0	0
Ingresos propios (nuevos soles)	S/. 19,044	23,094	22,950
Ingresos propios como % del total	37.0%	46.9%	46.6%
Nº consultas médicas generales	1,951	2,114	1,782
Nº consultas médicas especializadas	196	295	273
Nº actividad preventivo-promocional (APP)	6,013	4,375	1,615
Nº exoneraciones	230	142	184
% cambio en consultas generales	-	+8.4%	-15.7%
% cambio en APP	-	-27.3%	-63.1%
% cambio en exoneraciones	-	-38.3%	+29.6%
Ingresos del laboratorio (nuevos soles)	S/. 1,548	1,646	1,974
Tarifa cobrada por consulta (nuevos soles)	S/. 3	S/. 4	S/. 4

Fuente: CLAS Confraternidad, Centro de Salud Juan Pablo II, Lima Norte.

La capacidad de los CLAS para tomar decisiones propias provee la habilidad de sobrevivir a las crisis económicas. Sin embargo, las consecuencias han sido muy negativas para el rol preventivo-promocional de los CLAS y, en el mediano y largo plazo, para la entrega de los servicios de salud. Los efectos sobre los CLAS en provincias y en zonas rurales fueron aún peores. Además, los miembros comunitarios de los CLAS no contaron con los recursos mínimos para la gestión, lo que fue muy desalentador para la participación ya que no pudieron mejorar la calidad de la atención y el desempeño del establecimiento.

La lección aprendida a partir de esta experiencia es la confirmación de las advertencias previas respecto a que no se debe creer que el Programa de Administración Compartida es un medio para crear sostenibilidad o independen-

cia económica de un establecimiento público de salud y, por ende, reducir sus necesidades de dependencia del presupuesto público. Para que funcione la cogestión con la comunidad, es necesario que el gobierno se comprometa a mantener niveles básicos de financiamiento, sin los cuales el contrato entre el gobierno y la comunidad no se puede cumplir. Además, se requiere proporcionar información a la ciudadanía sobre los derechos en salud y generar capacidades en la comunidad para que puedan participar plenamente, vigilando los servicios de salud, ejerciendo sus responsabilidades y reclamando sus derechos en salud.

2. Lecciones aprendidas sobre necesidades y requerimientos para la participación comunitaria

2.1. Obstáculos a la participación en diversos programas de desarrollo

El tema de la participación es uno de los ejes centrales de la discusión mundial sobre el desarrollo social y el combate a la pobreza. Aunque se reconoce que la participación social es una salida de la pobreza, de la marginación y la exclusión, la misma situación de pobreza le resta a la población el “poder” de participar. Allí se encuentra la debilidad de la propuesta, a pesar del amplio consenso sobre su necesidad. Se requiere de los esfuerzos del Estado para romper el círculo vicioso, generando en aquellas poblaciones más excluidas, las capacidades y la autoestima necesarias para facilitar su participación.

Hasta la fecha se han revelado una serie de errores institucionales y gerenciales en los esfuerzos para implementar procesos orientados a “hacer participar a la población pobre” en la formulación de estrategias sociales y en la gestión social. Algunos de los más frecuentes fueron descritos por Kliksberg (1998):

- A. “Los aparatos burocráticos encargados de implementar la participación tienen por lo general un modelo vertical de organización interna. Son estructuras que siguen modelos gerenciales tradicionales, tipo pirámide jerárquica, apegados a normas y rutinas, enfatizados en el cumplimiento de la norma sobre otras consideraciones. La participación requiere de casi lo opuesto: flexibilidad total sobre el terreno, capacidad para el diálogo y la acción horizontal, reemplazo de las normas rígidas por interpretaciones ad-hoc de los problemas. Se abre así una brecha muy importante entre el perfil gerencial de las organizaciones implementadoras de la participación y los requisitos apropiados para la misma.
- B. Con gran frecuencia no se “escucha” mayormente cuáles son las necesidades reales de la comunidad, se parte de supuestos de “laboratorio” sobre ellas. Ello resta de partida motivación a la comunidad para participar.

- C. Los métodos educativos utilizados en programas que intentan preparar a las comunidades para la participación son con frecuencia opuestos a ella. Tienen un claro sesgo autoritario e inhiben el libre intercambio y la aparición de las múltiples dudas latentes.
- D. Suele existir en sectores de alto poder de la sociedad y en comandos gerenciales públicos y privados de la región, la idea sin base empírica de que la participación resta eficiencia.” (Por ejemplo, el término del proyecto según el calendario previsto, el ahorro en gastos y otros, como argumentos adicionales a favor de la exclusión de los beneficiarios de los procesos de planificación e implementación).

Los esfuerzos, reconocidos como necesarios por generar capacidades para la participación, tienen que ser diseñados de tal manera que eviten estos errores comunes.

Otros obstáculos en programas de participación social en salud vienen de la resistencia de los profesionales de la salud a los cambios vinculados con una más clara rendición de cuentas (*accountability*). En otros países, ha habido resistencia a la participación en las autoridades del gobierno ya sea por razones políticas (como la pérdida de poder en el manejo de recursos, particularmente en los hospitales) o por razones técnicas (como la debilidad administrativa y técnica de algunos establecimientos de salud con participación comunitaria).

6.2. Las ONG como interlocutoras para la participación en programas de desarrollo social

Las lecciones aprendidas sobre la incorporación de organizaciones de la sociedad civil en programas de desarrollo indican que en éstos hay mayor eficiencia y soluciones más costo-efectivas que en aquellos programas sin participación. En los primeros, los proyectos responden más a las necesidades de las comunidades; se pueden fortalecer las capacidades de la población local, y las organizaciones civiles (como las ONG) pueden ser “interlocutores honestos” entre las poblaciones pobres y sus gobiernos. Éstas fueron las conclusiones de un análisis de experiencias en la última década con proyectos en América Latina que utilizaban estrategias de participación social, entre los que figuran: proyectos de educación, justicia, agua y saneamiento, recursos naturales y conservación de biodiversidad, y la experiencia peruana del Diálogo Nacional sobre la Pobreza (Banco Mundial 2000).

Sin embargo, no faltan retos a los que hay que responder. Tal es el caso de la necesidad de fortalecer capacidades en las organizaciones de la sociedad civil, y de escuchar la voz de los pobres cuando se trabaja con organizaciones civiles que no siempre se ocupan de ellos. Es necesario asumir el reto de asegurar la representatividad de los pobres en las organizaciones civiles.

Para el desarrollo de las capacidades de las organizaciones de la sociedad civil, hubo tres desafíos. La necesidad de desarrollar: (i) capacidades técnicas en las organizaciones, (ii) capacidades gerenciales frecuentemente débiles en las organizaciones civiles, y (iii) capacidades de los pobres para preparar y gestionar proyectos que satisfagan las necesidades de su comunidad. En cuanto a este último punto, generalmente los proyectos basados en la demanda (por ejemplo: FONCODES) no pueden ser canalizados por las comunidades más pobres porque les faltan estas destrezas.

6.3. Participación social en las Comunidades Locales de Administración de Salud (CLAS)

Algunas de las lecciones aprendidas en cuanto a la participación social en los CLAS son las siguientes:

- ♦ *El fortalecimiento de capacidades en la comunidad es esencial para la participación en los CLAS.* Una de las responsabilidades del Estado es proporcionar a la comunidad la información y educación suficientes para que pueda ejercer sus derechos y deberes y evite el frecuente error institucional de implementar la participación en forma vertical, siguiendo modelos gerenciales y de capacitación tradicional tipo pirámide jerárquica. Las metodologías más exitosas hasta la fecha son los encuentros entre los CLAS para el intercambio de experiencias y las pasantías en los CLAS, exitosas para la observación directa e intercambio en el terreno.
- ♦ *La participación de la sociedad civil da como resultado una mayor transparencia en el manejo de recursos públicos.* Debido a que los CLAS no tienen que depositar los ingresos propios en una cuenta común de la Dirección Regional de Salud, los utilizan para las necesidades locales del establecimiento, luego de realizar un análisis para llegar a una decisión transparente⁹. Igualmente, la línea presupuestal de bienes y servicios del tesoro público, que debe ser entregada por la DISA, es gastada y reportada transparentemente en sus informes financieros mensuales y anuales. Grandes problemas para los CLAS surgieron frecuentemente cuando la DISA no entregaba los recursos para bienes y servicios que el presupuesto les destinaba. El control social de los CLAS sobre la responsabilidad fiscal del establecimiento debe extenderse al

⁹ En el segundo semestre del 2001 el Ministerio de Economía y Finanzas dispuso, en una directiva, que todos los establecimientos de salud depositen sus ingresos propios en una cuenta del Banco de la Nación. Gracias a los enérgicos esfuerzos del Programa de Administración Compartida, el MEF dio marcha atrás y permitió a los CLAS una excepción a la directiva.

control social de las cuentas de la DISA y del CTAR en materia de los recursos públicos destinados a los CLAS.

- ♦ *La descentralización de la administración financiera es un prerrequisito para la participación de la sociedad civil en los servicios de salud.* El control social sobre la calidad de atención que brinda el personal de salud y sobre la calidad de la infraestructura y los equipos del establecimiento, dependen en gran medida del manejo administrativo que lleva a cabo la sociedad civil, tanto con relación a las transferencias de recursos públicos como de los ingresos propios del establecimiento.
- ♦ *La participación de la sociedad civil resulta en un mayor acceso y equidad a los servicios de salud.* Esto ha sido demostrado por las evaluaciones cuantitativas del Programa de Administración Compartida. Sin embargo, las decisiones tomadas en el nivel central sobre la macroasignación presupuestal del sector salud es el factor que influye más en la equidad de acceso de la población a los servicios de salud. Hasta el momento esta asignación es regresiva, con mayores presupuestos asignados a zonas de mayores ingresos en el país.
- ♦ *Las crisis económico-financieras tienen un impacto grave tanto sobre la participación social, como sobre la equidad del acceso a los servicios de salud.* Cuando hay restricciones presupuestales en la administración central del sector, las transferencias a los CLAS disminuyen. Esto distorsiona el modelo de gestión con participación comunitaria y silenciosamente lo condena a una participación nominal, irreal. El balance financiero del CLAS se interrumpe y se ve obligado a subir tarifas, bajar exoneraciones y reducir actividades preventivo-promocionales (que no generan ingresos) para compensar la brecha fiscal. Esto limita significativamente el rol de las asociaciones CLAS en las decisiones sobre la gerencia de los servicios de salud. El resultado de los recortes no afecta solamente la participación sino también la equidad del acceso a los servicios de salud.
- ♦ *La existencia de líderes fuertes y comprometidos del sector salud, tales como el director de la DISA y el gerente del CLAS, fortalece la participación social.* Cuando no hay fuerte apoyo al CLAS en estos niveles del sector, el modelo se puede debilitar por las decisiones financieras que puedan reducir los recursos destinados a los CLAS. De otro lado, la participación puede seguir fuerte a pesar de la falta de apoyo, dada la estabilidad financiera del CLAS en los casos en que haya un buen nivel de ingresos propios, cuando éstos se ubican mayormente en zonas sin pobreza extrema. Los CLAS que sufren más por la falta de apoyo de los

niveles superiores son aquellos que se encuentran en zonas más pobres, es decir en zonas rurales de la costa, sierra o selva, que son más dependientes de una financiación completa para cubrir los servicios que deben prestar.

- ♦ *En los CLAS, la participación no es solamente una meta en sí misma; es parte del proceso.* Es importante que tengan en cuenta esta lección los oficiales del nivel central y regional del sector salud, quienes a menudo juzgan la participación social como el objetivo final del modelo CLAS y evalúan el desempeño del CLAS por el nivel de “participación alcanzada”. Pero, en realidad, la participación requiere de su apoyo para que sirva efectivamente como parte del proceso, especialmente en las zonas más pobres.
- ♦ *La salud no es una de las primeras prioridades de la población para el desarrollo de su comunidad.* Hay otras necesidades básicas, como agua potable, saneamiento y riego, que pueden tener mayor prioridad cuando la comunidad participa plenamente en la planificación local. Por ende, el sector salud debería tener previsto un plan de trabajo multisectorial para coordinar acciones a nivel local. La experiencia (como la de APRISABAC) muestra que proyectos como la instalación de servicios de agua y saneamiento sirven bien como la puerta de entrada para programas de educación en salud e higiene.
- ♦ *La participación de mujeres en la Asociación CLAS confiere más dinamismo a la gestión del establecimiento de salud.* Las mujeres son los principales actores en la protección de la salud familiar, y por consiguiente están más motivadas. Cuando les dan la oportunidad, ellas se involucran y participan incansablemente desde los detalles de gestión de los servicios de salud, tales como reuniones y discusiones a nivel intracomunal, con autoridades y con la población, e incluso atendiendo los asuntos más pequeños pero que aseguran la calidad.
- ♦ *Se requiere de un agente profesional que sirva de nexo entre la comunidad y el Estado para el adecuado desarrollo de proyectos.* Esta lección, aprendida de FONCODES, APRISABAC, ADRA, CARE y otros proyectos de desarrollo, debe ser acogida por el Ministerio de Salud con relación a los CLAS. La estrategia de “segmentación”¹⁰ cumple sólo parcialmente esta necesidad: se requiere de personal asignado y capacitado específicamente para el trabajo comunitario. Se reafirma la necesidad de una alianza tripartita entre el Estado, la comunidad y el experto externo, cada uno con un rol claro bajo la meta de salud y desarrollo.

- ♦ *La provisión de recursos para una finalidad deseada por la comunidad es la clave para lograr su participación activa.* Es crucial tener una actividad o meta específica alrededor de la cual la comunidad organiza su participación. Cuando no hay nuevos insumos introducidos a la comunidad, difícilmente se la motivará para mantener su participación. Esta lección es clara cuando uno considera las experiencias de participación de FONCODES, Vaso de Leche y los comedores populares, por mencionar algunas.

3. Propuestas para fortalecer la participación comunitaria a través de los CLAS

La participación comunitaria no puede ser legislada por el gobierno. Sin embargo, hay un buen número de políticas que pueden implementarse y que fortalecerían el sistema de salud para facilitar el proceso de participación. A continuación se incluyen las recomendaciones para estimular y fortalecer la participación social con el fin de mejorar el nivel de salud y desarrollo de las comunidades, tomando en cuenta la equidad y efectividad.

◇ Sobre la atención primaria de salud

- a. Desarrollar una política clara que defina los componentes de la atención primaria de salud, explicitando el rol de los CLAS al respecto.
 - ♦ Especificar los roles y las funciones en todos los niveles del sector salud y otros sectores, incluyendo el rol de la comunidad en su vigilancia y desarrollo.
 - ♦ Diseñar los mecanismos de financiamiento y gestión de la atención primaria de salud.
 - ♦ Estimar los costos de la atención primaria de salud y asegurar el presupuesto.
 - ♦ Desarrollar los lineamientos de la participación de agentes comunitarios de salud y el apoyo del Estado a su trabajo.
 - ♦ Diseñar los sistemas de supervisión, monitoreo y evaluación de todos los componentes de la atención primaria de salud.

¹⁰ "Segmentación" es una estrategia en la cual se reparte la asignación de zonas o segmentos de la comunidad entre el personal asistencial del establecimiento, cada uno programando sus días de salida a la comunidad para cumplir con visitas domiciliarias y actividades preventivo-promocionales.

◇ Sobre la planificación local

- b. Fortalecer el proceso de planificación local, dejando de lado la imposición de metas y asegurando el diagnóstico y la planificación de las necesidades reales de cada comunidad.
 - ♦ Asegurar la capacitación tanto del personal de salud como de los miembros de los CLAS y la comunidad en el proceso de planificación local.
 - ♦ Reformular la concepción y el formato del programa de salud local para simplificarlo y permitir la participación de la asamblea del CLAS.
 - ♦ Apoyar la restitución de los censos locales de salud como premisa de buena planificación local.
- ◇ Sobre el rol del sector salud en apoyo a los CLAS, incluyendo el desarrollo de capacidades
- c. Promover el rol de la DISA en la construcción de un modelo de gestión de los servicios de salud que incluya la participación comunitaria y que sea adecuado al ámbito cultural, social y económico de cada zona.
 - ♦ Desarrollar un CLAS modelo en cada zona; ello representa el mejor proceso de prestación y promoción de la salud preventiva y puede ser utilizado para la capacitación horizontal de otros CLAS en la misma zona.
 - ♦ Promover el intercambio de experiencias con miembros del CLAS en forma intrarregional para replicar éxitos y aprender del fracaso.
- d. Crear desde la DISA un mecanismo formal y sostenido de capacitación, asistencia técnica, supervisión, monitoreo y evaluación de los CLAS.
 - ♦ Desarrollar las destrezas en el equipo de gestión de la DISA para cumplir con su rol de apoyo a los CLAS.
 - ♦ Asegurar el financiamiento para las actividades de control de la DISA a los CLAS, sobre la base de contratos de gestión con el nivel central.
- e. Fortalecer el proceso de capacitación y desarrollo de capacidades de los miembros de la Asociación CLAS y de la comunidad en general.
 - ♦ Incluir en un acuerdo de gestión de la DISA la implementación de un cierto número de días de capacitación al año para los CLAS, proporcionando el presupuesto necesario; considerar la contratación de terceros (por ejemplo ONG o universidades) para proporcionar la capacitación a los CLAS y comunidades.
 - ♦ Seguir propiciando el intercambio de experiencias bajo la forma de

encuentros intrarregionales que se iniciaron en el programa en 1999; antes sólo se reunían los funcionarios y los médicos.

- ◆ Garantizar la presencia del presidente, el secretario y el tesorero de cada CLAS en los encuentros y capacitaciones.

f. Asegurar el desarrollo de actitudes y destrezas adecuadas para el trabajo con comunidades por parte del personal de salud en los establecimientos CLAS, incluyendo una adecuada orientación sobre organización comunal y resolución de conflictos.

g. Asegurar que hay un nexo de personal profesional entre el Estado y la comunidad para contribuir con la asistencia técnica continua necesaria para la implementación del apoyo a los CLAS y a otros proyectos de educación sanitaria, salud colectiva, obras, actividades productivas y de desarrollo.

◇ Sobre la explicitación de los roles de la asociación CLAS

h. Explicitar el doble rol de los CLAS

- ◆ Su rol para la vigilancia ciudadana sobre la administración de los recursos públicos, la calidad y la equidad de los servicios de salud.
- ◆ Su rol como nexo entre el establecimiento de salud y la comunidad con el fin de promover la salud comunitaria, la prevención de enfermedades y el desarrollo de la comunidad para la satisfacción de sus necesidades básicas a través de la acción multisectorial.

◇ Sobre la representatividad de los CLAS

i. Fortalecer el proceso de elecciones democráticas de los miembros de los CLAS.

- ◆ Reducir el número de establecimientos y comunidades que se incorporan en un solo CLAS agregado.
- ◆ Proporcionar orientación adecuada a toda la población en el momento de la formación inicial del CLAS, o cuando hay reelecciones: éste es un trabajo de hormiga que requiere una inversión sostenida del Estado.
- ◆ Asegurar la selección de representantes de los grupos normalmente excluidos: las mujeres, los pobres y la población aislada por razones de distancia o de lengua distinta.
- ◆ Coordinar con el gobierno local su apoyo a una convocatoria más amplia a la población.

◇ Sobre la creación de vínculos entre el sector salud y la comunidad

j. Implementar estrategias para crear un acercamiento de la comunidad al establecimiento de salud, de preferencia instaurando acuerdos de gestión entre éste y cada instancia en la comunidad, con el fin de asegurar el cumplimiento de las actividades por ambas partes.

- ◆ Articular al servicio de salud formal con promotores, vigías, comités comunales de salud, etc. y apoyar la formación de más agentes comunitarios de salud.
- ◆ Coordinar actividades de salud con la dirigencia vecinal, Vaso de Leche, club de madres y otros organismos de base.
- ◆ Medir periódicamente el conocimiento que la gente tiene sobre las acciones preventivas de salud y de CLAS para identificar población objetivo y focalizar la información en los sectores que más lo requieran.
- ◆ Participar en reuniones de la comunidad: asamblea general y cabildos abiertos.
- ◆ Promover conmemoraciones como el aniversario del CLAS, el día del niño y el día del medio ambiente, entre otros: ello constituye una buena oportunidad para vincular el servicio de salud con la comunidad.
- ◆ Capacitar al CLAS y también a los dirigentes de base de la comunidad para prepararlos, ya que ellos pueden ser elegidos directivos del CLAS en el futuro.

◇ Sobre la transparencia de la gestión financiera

k. Fortalecer un proceso de transparencia en la gestión financiera de las DISA (y los gobiernos regionales) para que haya vigilancia ciudadana sobre las cuentas regionales de salud referentes a los CLAS y no sólo sobre las cuentas locales.

- ◆ Publicar planes, resultados y rendición de cuentas a la comunidad.
- ◆ Difundir información sobre salud y participación comunitaria simultáneamente a nivel local, regional y nacional.

◇ Sobre la ampliación del rol de los CLAS para el desarrollo local

l. Fortalecer el rol del CLAS para estimular el desarrollo local; vincular a los establecimientos CLAS con fuentes de financiamiento como el FONCODES, para la ejecución de proyectos pequeños de desarrollo local.

Nota del autor: Se agradece de manera especial a Ricardo Díaz, Carl E. Taylor y Arturo Yglesias por sus valiosas observaciones y comentarios a versiones previas de este documento.

BIBLIOGRAFÍA

ALTOBELLI, L. C.

1998a "Análisis comparativo de establecimientos de atención primaria de salud con la participación de la sociedad civil". Presentado en el seminario *Programas Sociales, Pobreza y Participación Ciudadana*. Cartagena, Colombia: BID, del 12 al 13 de marzo 1998.

1998b "Reforma de Salud, Participación Comunitaria e Inclusión Social: el Programa de Administración Compartida", Informe preparado para la Evaluación de Proyecto de Medio-Término de la Cooperación UNICEF-PERU, agosto de 1998.

ALTOBELLI, L. C. y O. CASTILLO

2001 "*Informe Misión de Evaluación Externa Final-Proyecto APRISABAC Atención Primaria y Saneamiento Básico de Cajamarca*". Informe preparado para la Embajada Real de Holanda y Cooperación Suiza para el Desarrollo (COSUDE). Enero 2001.

ALTOBELLI, L. C. y J. PANCORVO

2000. "El Programa de Administración Compartida y los Comités Locales de Administración de Salud: Estudio de Caso del Peru". Estudio de caso preparado para el *III Foro para Europa y las Américas sobre la Reforma del Sector Salud*. San José, Costa Rica, mayo 2000.

APRISABAC

1999 "Metodología para el Trabajo Comunitario en Salud: Sistematización Experiencia APRISABAC 1993-1997". *Desarrollo Comunitario Serie 2*. Cajamarca: Ministerio de Salud-Dirección Regional de Salud Cajamarca y Proyecto APRISABAC.

AROLE, M. y R. AROLE

2002 "Jamkhed, India: Evolution of a World Training Center". En: Taylor-Ide D, y Taylor C. E. *Just and Lasting Change: When Communities Own Their Futures*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, in association with Future Generations.

BANCO MUNDIAL

2001 *Informe sobre el Desarrollo Mundial 2000*. Washington D. C.: Banco Mundial.

2000 *Thinking Out Loud II: Innovative Case Studies on Participatory Instruments*. Ed. M. Anderson. Ciudad: Civil Society Team LAC Region. Civil Society Papers.

1987 *Informe sobre el Desarrollo Mundial 1987*. Washington D. C.: Banco Mundial.

BRUGES, C.H.

1975 Untitled manuscript. Cali, Colombia.

CARE Perú

2001 *Modelo para Desarrollar las Capacidades Locales de Promoción Comunitaria en Salud: Sistematización del Proyecto Enlace*. Lima: CARE Perú.

CHAMBERS, R.

1998 Prefacio. En: Juijt I. y M. K. Shah (eds). *The myth of community: gender issues in participatory development*. London: Intermediate Technology Publications, pp. xvii-xx.

CORTEZ, R.

1998 *Equidad y calidad de los servicios de salud: el caso de los CLAS*. Lima: Universidad de Lima.

CRANDON, L.

1983 "Grass roots, herbs, promoters and preventions: a re-evaluation of contemporary international health care planning. The Bolivian case". *Social Science and Medicine*, Vol. 17: 1281-1290.

DFID

2000 *Haciendo realidad los derechos de los pobres: estrategias para lograr las metas del desarrollo internacional*. London: Division for International Development.

DIAZ, R.

2002 "Descentralización y participación ciudadana en salud". *Semanario Gestión Médica*. Edición 270, Año 7, del 3 al 9 de junio del 2002, p. 16-17. Lima

2001a "Los CLAS enfrentan el riesgo de la desfiguración del modelo". *Semanario Gestión Médica*. Edición 249, Año 6, del 3 al 9 de diciembre del 2001, p. 16-17. Lima.

2001b "CLAS: una experiencia para descentralizar servicios de salud". *Semanario Gestión Médica*. Edición 226, Año 6, del 25 de junio al 01 de julio del 2001, p. 18-19. Lima.

ENGE, K., P. CROSS, J. DAVIDSON, P. HARRISON, R. LEBOW, P. ENGE, M. TORRES y M. LAREDO DE SUSUKI

1984 "Evaluation: Health Promoter Programs, Ministry of Health, Lima". Boston, Massachusetts: Management Sciences for Health.

- EVANS, J. R., HALL K. L. y J. WARFORD
1980 "Shattuck Lecture. Health care in the developing world: problems of scarcity and choice". En: *New England Journal of Medicine*, Vol. 305, 19.
- FREIRE, Paulo
1974 *Education for Critical Consciousness*. London: Sheed and Ward.
1970 *Pedagogy of the Oppressed*. New York: Seabury Press.
- JARAMILLO, A. J.
1983 *Los problemas de la salud en Costa Rica. Políticas y estrategias*. San José: Talleres de Litografía Ámbar.
- KLIKSBERG, B.
1998 "Participación comunitaria: algunos problemas estratégicos". Instituto Interamericano para el Desarrollo Social (INDES). Presentado en el seminario *Programas Sociales, Pobreza y Participación Ciudadana*. Cartagena, Colombia: BID, del 12 al 13 de marzo 1998
- KOMORA, C.
1998 "El control social como factor de mejora de la gestión de los sistemas locales de salud; el Sistema Local de Salud de Icapuí, Ceará, Brasil". Presentado en el seminario *Programas Sociales, Pobreza y Participación Ciudadana*. Cartagena, Colombia: BID, 12-13 Marzo 1998.
- LANDSBERGER, H. A.
1979 "Continuity and change in Latin America's rural structures: changing perspectives in the study of rural Latin America." En: I. Volgyes *et al.* (eds) *The Process of Rural Transformation. Eastern Europe, Latin America, and Australia*. New York: Pergamon Press.
- LE BOW, R.
1983 "Project evaluation summary specific to the rural health delivery system (SBS) in the Dominican Republic. Evaluation and recommendations." Boston: Management Sciences for Health (manuscript).
- LÓPEZ-ACUÑA, D.
1980 *La salud desigual en México*. México: Siglo XXI Editores.
- MARTÍN, P.
1981 "An assessment of factors which affect community participation in the Honduran health system". Washington D. C.: *American Public Health Association*.
- MASCAREÑO, C.
1998 "Centros ambulatorios con participación ciudadana, promovidos por FUNDASA-LUD en el Estado de Lara-Venezuela". Preparado para el seminario *Programas Sociales, Pobreza y Participación Ciudadana*. Cartagena, Colombia: BID, del 12 al 13 de marzo de 1998.
- MORGAN, L.
2001 "Community participation in health: perpetual allure, persistent challenge". *Health Policy and Planning* 16(3): 221-230.
- MULLER, F.
1979 "Participación Popular en Programas de Atención Sanitaria Primaria en América Latina". Medellín: Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública.
- NAVIA, O. y J. LANDIVAR (eds.)
1997 *Libro de consulta sobre participación*. Departamento de Planificación Estratégica y Políticas Operativas, Departamento de Programas Sociales y Desarrollo Sostenible y Sección de Desarrollo del Personal. Washington D. C.: Banco Interamericano de Desarrollo.
- NINO, A.
2000 *Modelo de Salud*. Tesis de maestría en Salud Pública. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- O'BRIEN, E. y M. BARNECHEA
1995 Informe sobre los CLAS. Lima: USAID.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL PARA LA SALUD
1978 *Primary Health Care: Alma Ata 1978. Report of the International Conference on Primary Health Care*. Geneva: WHO.
- ORTIZ DE ZEVALLOS, G.
2001 "Efectos de la participación de comunidades pobres en el éxito de pequeños proyectos de infraestructura básica: análisis de la experiencia de FONCODES". Documento preparado para el *Taller Internacional sobre Participación y Empoderamiento para un Desarrollo Inclusivo*. Lima, Perú: Banco Mundial, del 9 al 11 de julio 2001.
- PAUL, B. J. y J. W. DEMAREST
1984 "Citizen participation overplanned: the case of a health project in the Guatemalan community of San Pedro la Laguna". *Social Science and Medicine*, Vol. 19: 185-192.

- PÉREZ, F.
1998 "Participación comunitaria en la producción y provisión de bienes públicos: Análisis comparativo de las Empresas Solidarias de Salud de Colombia y los centros ambulatorios de FundaSalud en Venezuela". Preparado para el seminario *Programas Sociales, Pobreza y Participación Ciudadana*. Cartagena, Colombia: BID, del 12 al 13 de marzo de 1998.
- RIFKIN, S.
1996 "Paradigms lost: toward a new understanding of community participation in health programs". *Acta Trop*, Vol. 61(2): 79-92.
- RIFKIN, S., F. MULLER y W. BICHMANN
1988 "Primary health care: on measuring participation". En: *Social Science and Medicine*, Vol. 26(9): 931-940.
- RUTTEN, A.
1995 "The implementation of health promotion: a new structural perspective". *Social Science and Medicine*, Vol. 41(12): 1627-1637.
- SANTISTEBAN BARSALLO, C. S.
2001 *Problemas y estrategias para los CLAS*. Presidente de CLAS Noria, Trujillo, Departamento de La Libertad, Perú (mimeo).
- SELIGSON, M. A.
2000 "The Political Culture of Democracy in Bolivia: 2000". Pittsburgh, PA: University of Pittsburgh.
- SEN, Amartya
1999 *Development as Freedom*. New York: Alfred A. Knopf.
- SOMARRIBA, M. M.
1980 "On the limitation of community health programmes". *Contact*, Special issue n.º 3: 61-68.
- TANAKA, M.
2001 *Participación popular en políticas sociales: cuándo puede ser democrática y eficiente, y cuándo todo lo contrario*. Lima, Perú: Consorcio de Investigación Económica y Social / Instituto de Estudios Peruanos.
- TAYLOR, C.E.
1996 "An evaluation of CLAS (Committees for Local Health Administration), a new component in health reform in Peru". Report to the Honorable Minister of Health of Peru. Lima. January 2-15.
- TAYLOR, C. E. y R. JOLLY
1988 "The straw men of primary health care". *Social Science and Medicine*, Vol. 26(9): 971-977.
- TAYLOR, C. E. y P. PAREDES
2000 "Report to the Honorable Minister of Health of Peru on the Shared Administration Program and the CLAS". Baltimore: Future Generations.
- TAYLOR-IDE, D. y C. E. TAYLOR
2002 *Just and Lasting Change-When Communities Own Their Futures*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, in association with Future Generations.
1995 *Community-Based Sustainable Human Development: A Proposal for Going to Scale with Self-Reliant Social Development*. New York: UNICEF Environment Section Programme Division.
- TELYUKOV, A., M. GARAVITO, A. SOBREVILLA y L. LOO
2002 "Design Innovations and Data Needs for the Ambulatory Payment Innovation in the Public Health Sector of Peru". Partners for Health Reform Plus, Bethesda, Maryland: Abt Associates, Inc. and Project 2000 (MINSA Perú). Febrero 2002.
- TUÑÓN, C
(sin fecha) *Informe sobre el estado actual de los comités de salud. Análisis preliminar y estrategias*. Panamá: Ministerio de Salud Pública.
- UGALDE, A. Y N. HOMEDES
2002 "Descentralización del sector salud en América Latina". *Gaceta Sanitaria*. Vol. 16(1): 18-29.
- UGALDE, A.
1985 "Ideological dimensions of community participation in Latin American health programs". *Social Science and Medicine*, Vol. 21(1): 41-53.
- VÁZQUEZ, M. L., E. SIQUIERA, I. KRUIZE, A. DA SILVA e I. C. LEITE
2002 "Los procesos de reforma y participación social en salud en América Latina". *Gaceta Sanitaria*. Vol. 16(1): 30-38.

VICUÑA, M., J. AMPUERO y J. P. MURILLO

1999 *Análisis de la demanda efectiva y su relación con el modelo de gestión de los establecimientos de salud del primer nivel de atención*, Lima: Ministerio de Salud.

VILLANUEVA, E.

2001 "El Estado, la participación y la acción pública en el Perú: el caso de los CLAS". Presentado en el *Taller Internacional sobre Participación y Empoderamiento para un Desarrollo Inclusivo*. Lima, Perú: Banco Mundial/DFID, 9-11 julio 2001

WAGSTAFF, A. y N. WATANABE

2001 "Inequidades socioeconómicas en la desnutrición infantil del mundo en vías de desarrollo," Washington, D.C.: Banco Mundial. (Obtenido del sitio: www.worldbank.org - 8 setiembre 2001).

WALSH, J. A. y K. S. WARREN

1979 "Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries". *New England Journal of Medicine*, Vol. 301(18).

WALT, G. (ed.)

1990 *Community Health Workers in National Programmes: Just Another Pair of Hands?* Milton Keynes, Philadelphia: Open University Press.

WARREN, K. S.

1988 "The evolution of selective primary health care". *Social Science and Medicine*, Vol. 26(9): 891-898.

WERNER, D.

1980 "Health care and human dignity. A subjective look at community-based rural health programs in Latin America". *Contact*, Special issue n.º 3: 91-105.

WISNER, B.

1988 "GOBI versus PHC? Some dangers of selective primary health care". *Social Science and Medicine*, Vol. 26(9): 963-969.

VII. HACIA UNA POLÍTICA NUTRICIONAL EN EL PERÚ: ESTRATEGIAS ALIMENTARIAS Y NO ALIMENTARIAS

MARÍA INÉS SÁNCHEZ-GRIÑAN C.¹

Para asegurar una buena nutrición de los individuos no es suficiente contar sólo con alimentos. El derecho a acceder y consumir alimentos adecuados es una condición necesaria pero no suficiente para asegurar el derecho a una adecuada nutrición. Para alcanzar integralmente una adecuada nutrición es además necesario logros paralelos en el campo de la atención de salud, cuidado y educación de los grupos vulnerables
(Asbjørn Eide, Comisión de Derechos Humanos, Naciones Unidas, 1999)

1. Introducción

El país se encuentra viviendo un proceso acelerado de urbanización, el cual está acompañado de una transición compleja desde el punto de vista epidemiológico, institucional y sociodemográfico. Los cambios observados en el perfil de la salud se caracterizan por mostrar aún una importante presencia de condiciones de deficiencia nutricional y enfermedades infecciosas típicas de sociedades en desarrollo, que coexisten en poblaciones de bajos recursos con una creciente prevalencia de sobrepeso y obesidad asociada a enfermedades crónicas no transmisibles típicas de sociedades modernas.

El problema nutricional en el país es de carácter multifactorial y para enfrentar estos problemas se requiere un manejo integral y multisectorial que haga confluir lo económico, lo social y lo educativo con las estrategias de salud.

Los objetivos de este documento son identificar los factores determinantes de la situación nutricional en el país, tomando en consideración los cambios en los aspectos demográficos e institucionales; identificar estrategias para mejorar y

¹ MSc Nutrición. Consultora en Nutrición Pública y Seguridad Alimentaria con experiencia en investigación e intervenciones de salud y nutrición a través de servicios de salud, ONG y comunidad.

mantener la salud y la nutrición en la población peruana tomando en cuenta dichos factores y, finalmente, plantear lineamientos generales de política nutricional que contemplen intervenciones alimentarias y no alimentarias.

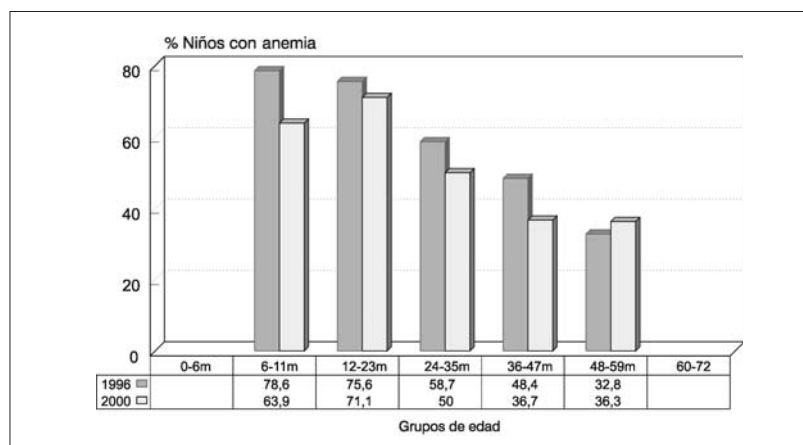
2. Caracterización del problema nutricional en el Perú

Las características de la salud de la mujer y del niño reflejan claramente daños nutricionales que se muestran en un retardo en el crecimiento, tanto longitudinal como ponderal, anemia y deficiencia subclínica de vitamina A. Además, esta población está en riesgo de presentar procesos infecciosos como enfermedades diarreicas y respiratorias.

La anemia por deficiencia de hierro es un daño nutricional ampliamente distribuido a nivel nacional, que afecta a la población de diferentes estratos socioeconómicos, principalmente a los menores de 2 años y las mujeres gestantes (ver Gráfico 1). La alta prevalencia de anemia por deficiencia de hierro viene siendo ratificada por ENDES en los años 1996 y 2001, alcanzando al 78% de los menores de 2 años; y la deficiencia de vitamina A, al 11%. En mujeres en edad fértil, la anemia alcanza a un 30%; en gestantes, algunos estudios en áreas urbanas señalan cifras del orden del 50% (Zavaleta y otros 1993).

Gráfico 1

Prevalencia de anemia en niños de 6 a 59 meses (PERÚ - nacional, 1996-2000)



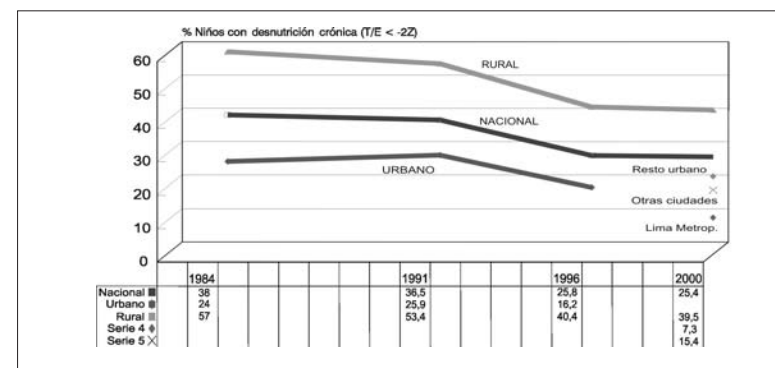
Fuente: ENDES 96 ENDES 2000 (Anemia = Hemoglobina < 11/12 g%.
Elaboración: Ministerio de Salud - PSNB / AGF/MSGC.

Los desórdenes por deficiencia de yodo han sido controlados como problema de salud pública, mediante un programa que se ha mantenido durante los últimos

15 años. Sin embargo, siendo el problema principalmente geoquímico en la sierra y la selva, las estrategias propiciadas desde el Ministerio de Salud (MINSA), a través del monitoreo de la yodación de sal, y las alianzas con la industria de la sal, con los pequeños productores y con las autoridades encargadas del control en la comercialización, son medidas sostenibles que deben ser mantenidas y reforzadas para evitar retrocesos.

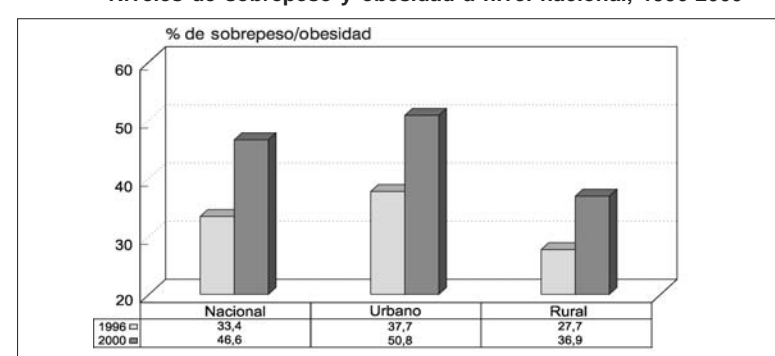
La tasa de desnutrición crónica se redujo en el país de 38% en 1984 a 36.5% en 1991, y ha continuado reduciéndose hasta 1994 y 1996 a 28.2% y 25.8%. Las cifras en el año 2000 muestran tasas similares a las de 1996, como se puede apreciar en los gráficos 2 y 3.

Gráfico 2
Desnutrición crónica en el Perú en niños menores de 5 años



Fuente: ENNSA, 1984, ENDES 10-91/3-92, ENDES 1996, ENDES 2000. Resultados preliminares.
Elaboración: Ministerio de Salud.

Gráfico 3
Niveles de sobrepeso y obesidad a nivel nacional, 1996-2000



Fuente: Proyecto Salud y Nutrición Básica, ENDES 96; ENDES 2000 Sobrepeso y Obesidad: IMC > 25-
Elaboración: Ministerio de Salud - PSNB / AGF/MSGC

Es importante distinguir, además, entre la desnutrición severa y la moderada y ver los cambios que se pudieran estar manifestando en estas tasas. Se ha demostrado que durante la infancia, 54% de las muertes en los primeros 5 años de vida están asociadas a problemas de desnutrición moderada y de bajo peso para la edad (de las 11.6 millones de muertes ocurridas en 1995 en menores de 5 años en países en desarrollo, 6.3 millones son atribuidas a los efectos de desnutrición moderada) (Pelletier y otros 1993). En el país, la información sobre desnutrición moderada es limitada; sin embargo, estudios realizados entre 1984 y 1991 en tres ciudades —Lima, Piura y Cajamarca— mostraron que en este periodo se registro un aumento considerable en la proporción de niños en estado de desnutrición moderada en estas ciudades (Del Águila y otros 1990)².

Esta situación nutricional coexiste con problemas de sobrepeso y obesidad, principalmente en áreas urbanas. A nivel nacional, en mujeres en edad fértil, la cifra de mujeres con sobrepeso / obesidad entre 1996 y 2000 ha aumentado de 33.4% a 46% (50% en áreas urbanas y 36% en áreas rurales; ver Gráfico 3).

Entre los indicadores de desnutrición existen también claras diferencias entre los estratos socioeconómicos de la población, así como entre áreas geográficas, que los promedios nacionales no revelan. La situación nutricional promedio de la población urbana es mejor que la de la población rural. En el año 2000 la desnutrición crónica en Lima Metropolitana alcanzaba el 12%, mientras que en el trapezio andino sobrepasaba el 50%. Sin embargo, los índices urbanos también esconden grandes diferencias. Datos de un estudio en cuatro ciudades del país (López de Romaña y otros 1992b) muestran estos contrastes entre estratos socioeconómicos. La prevalencia de desnutrición es de 2.5 a 9 veces mayores en los niños más pobres de las ciudades de Piura, Cajamarca y Cusco, dependiendo del indicador de desnutrición utilizado³, que en los niños de los estratos de mayores recursos en estas mismas ciudades.

La tasa global de fecundidad ha disminuido de 4 a 2.9 hijos por mujer entre 1991 y 2000; sin embargo, en el área rural esta tasa es el doble (4,3) que en el área urbana (2,2). La edad de la madre al nacimiento del primer hijo constituye también un determinante de la salud y nutrición materna e infantil. En el país, el 13% de las mujeres de 15 a 19 años de edad ya son madres o están gestando por primera vez. La mayor proporción de estas adolescentes embarazadas no tienen instrucción y residen en la selva (26%) y en el área rural (22%). Estas cifras representarían alrededor de 215 mil gestantes en el país.

² En esta investigación se compararon datos recolectados en muestras representativas de niños en estas mismas ciudades en 1984 y en 1991.

³ Bajo peso para la edad, baja talla para la edad o bajo peso para la talla.

En lo social e institucional, el país se caracteriza por contar con un vasto número de organizaciones sociales que se agrupan a través de clubes de madres, comedores populares y asociaciones campesinas, entre otras. Existen además un conjunto de instituciones religiosas, organizaciones no gubernamentales y educativas distribuidas en todo el país que llevan a cabo acciones directas en salud, educación y nutrición.

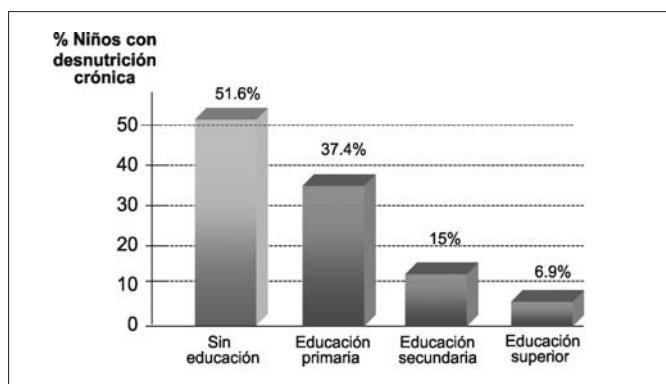
2.1. Desnutrición y grado de instrucción de la madre

El grado de instrucción de las mujeres en edad fértil es uno de los factores que se encuentra frecuentemente asociado a problemas de salud y nutrición, por su influencia sobre la situación nutricional de la familia y la salud de los niños, así como también en la conducta reproductiva y las condiciones de vida. El Instituto Internacional de Investigación en Políticas Alimentarias (IFPRI) (Smith y Haddad 2000) ha realizado estimaciones sobre los factores que habrían contribuido a la reducción de la desnutrición infantil (peso según edad) en el ámbito mundial entre 1970 y 1995. Se detectó que el nivel educativo de la mujer ha contribuido en un 43% a la reducción total de la desnutrición. Además, un 19% de la reducción se atribuye a mejoras en salud y saneamiento básico, un 26% al aumento de la disponibilidad total de alimentos y un 12% a la participación de la mujer en la toma de decisiones. Se destaca que gran parte de los progresos de la situación nutricional del país tienen que ver con mejoras en el cuidado materno infantil, la principal vía a través de la cual la educación de la mujer y su situación influye sobre la nutrición infantil.

En el Perú, 51,6% de las mujeres sin instrucción tienen un niño con desnutrición crónica (Gráfico 4). En el año 2000, 13% de las mujeres de áreas rurales no contaban con ningún grado de instrucción, mientras que en áreas urbanas esta cifra era de 1.7%. En áreas rurales, las mujeres con primaria fueron 54.7% y 26% con secundaria, mientras que en áreas urbanas 17% alcanzan el nivel de primaria y 52.2% el de secundaria (ENDES 2000).

Un seguimiento de casos de anemia infantil en comunidades rurales de la provincia de Cutervo, en Cajamarca, detectó una proporción significativamente mayor de niños anémicos entre los hijos de madres analfabetas o con instrucción primaria que en madres con mayor nivel de instrucción (Osorio 2001).

Gráfico 4
Porcentaje de niños con desnutrición crónica según nivel de educación de las madres

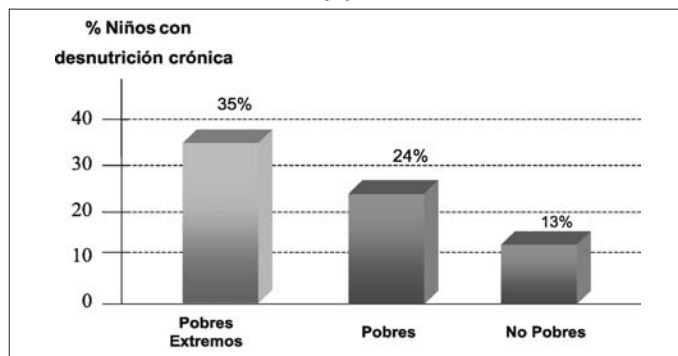


Fuente: Rogers y otros 2001, con base en ENDES 2000.

2.2. La desnutrición y la pobreza

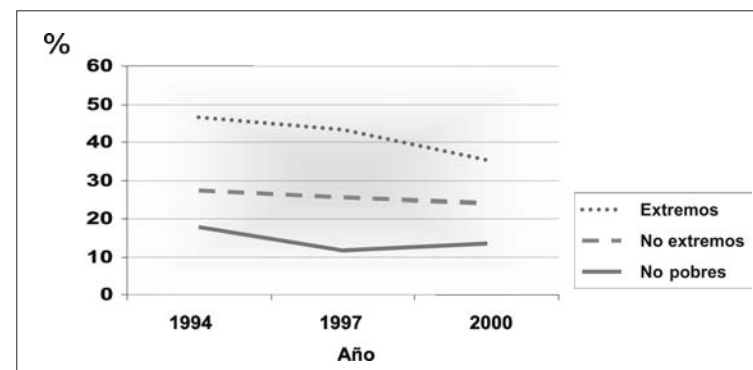
En el Perú, las tasas de desnutrición crónica están asociadas a la pobreza: Él 35% de los niños menores de 5 años de hogares en pobreza extrema sufren de retardo en el crecimiento, comparado con 24% de los niños que no están en extrema pobreza y con 13% de los niños que no son pobres (ENNIV 2000) (ver Gráfico 5). La tendencia entre 1994 y 2000 ha sido a una disminución en la tasa de desnutrición crónica entre los niños de hogares pobres extremos y se ha mantenido constante entre los no pobres (ver Gráfico 6). Sin embargo, es notorio que en una mayor proporción de hogares en condiciones de pobreza extrema (65%) no se encontraron niños desnutridos (Rogers y otros 2001).

Gráfico 5
Porcentaje de hogares con niños afectados por desnutrición crónica y pobreza, 2000



Fuente: ENNIV 2000.

Gráfico 6
Niños con desnutrición crónica según nivel de pobreza, 1994-2000



Fuente: Instituto Cuánto, ENNIV.

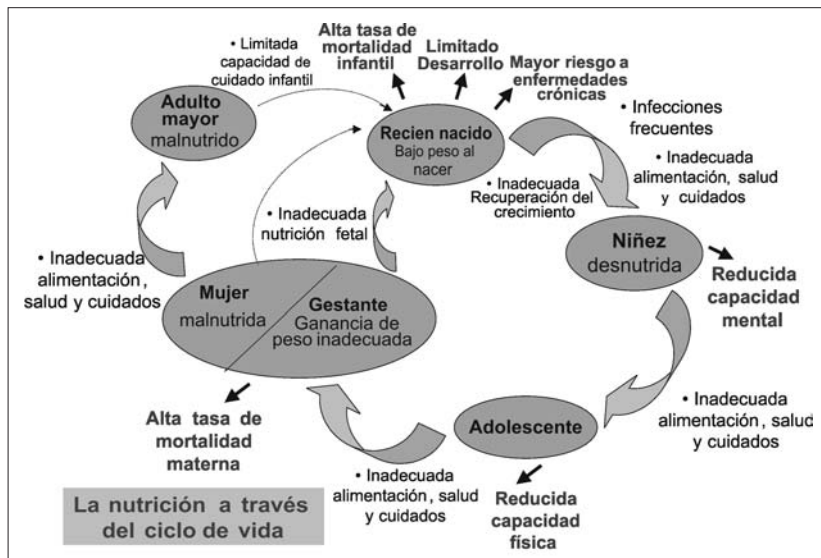
El 50% de la población se concentra en 7 provincias del país, mientras que el otro 50% se distribuye en las 182 provincias restantes, por lo que el patrón de asentamiento se caracteriza por una alta dispersión. En estas provincias, únicamente alrededor de un tercio cuenta con establecimientos de salud de todos los niveles de atención, 70% no tienen acceso a servicios cuando lo requieren, y los mecanismos de economía de mercado son limitados. El análisis de las tendencias en salud nos permite constatar, además, que se han profundizado algunas diferencias. Al contrastar la década de 1972-1981 con la de 1981-1993, se encuentra que en la primera la disminución en la mortalidad infantil fue homogénea en todas las provincias del país, mientras que en la década de los ochenta, la disminución en los últimos tiempos no ha sido homogénea (Ministerio de Salud 2001).

Indicadores como la tasa de fecundidad muestran una gran heterogeneidad, al ser 2 a 3 veces mayores en la selva y ámbitos rurales respecto de la costa y las grandes ciudades. La tasa de mortalidad infantil también muestra marcadas diferencias por región; llega a ser menor de 20 por cada mil nacidos vivos en Lima Metropolitana y en las grandes ciudades de país, y mayor de 80 en provincias como Yauyos, dentro del mismo departamento de Lima. La tasa de mortalidad materna es menor que 100 por cada 100 mil nacidos vivos en Lima, mientras que llega a más de 400 muertes por 100 mil nacidos vivos en Huancavelica, Pasco y Ayacucho

3. La nutrición y el ciclo de vida

Nuevas evidencias científicas plantean la importancia del estado nutricional y los vínculos generacionales e intergeneracionales en diferentes etapas de la vida que requieren acciones sostenidas y de mediano plazo (Gráfico 7) (Claeson y otros 2001).

Gráfico 7
Nutrición en el ciclo de vida



Fuente: United Nations, 4th Report on The World Nutrition Situation. January 2000. Geneva.

Los problemas nutricionales generalmente se inician en el útero materno y se extienden a la adolescencia y vida adulta. Se plantea que una adecuada nutrición durante la gestación permitiría en el corto plazo un adecuado desarrollo del cerebro, crecimiento y desarrollo físico, y una adecuada programación metabólica del organismo en el recién nacido. Estos factores, al ser afectados por el entorno sociocultural y económico, en el mediano y largo plazo influirán en el rendimiento cognitivo, la capacidad laboral y la resistencia a las enfermedades; y en la etapa adulta, en el menor riesgo de problemas de obesidad, trastornos cardíacos, elevada presión arterial y otros problemas crónicos asociados a la alimentación (Schroeder y Martorell 2000). El ciclo de una nutrición inadecuada se prolonga de generación en generación. Las jóvenes con retraso en el crecimiento se convierten en mujeres de baja estatura, con mayores probabilidades de dar a luz niños de bajo peso. En el caso de las niñas, éstas perpetúan el ciclo si no se toman medidas para interrumpir dicho proceso. El embarazo en adolescentes aumenta el riesgo de bajo peso al nacer y la dificultad de interrumpir el ciclo de desnutrición (UNICEF 1999). Los niños que nacen con bajo peso y que han sufrido retardo del crecimiento intrauterino en la etapa fetal, inician su vida desnutridos y tienen mayor riesgo de morir en el período neonatal o en la infancia. En el caso de que sobrevivan, sufrirán durante la infancia retraso en su crecimiento y desarrollo. Las consecuencias de nacer desnutrido se extienden a la adultez.

El ciclo de vida ofrece un sólido marco de trabajo para discutir los desafíos de la nutrición durante los diversos estadios de vida de los peruanos. En cada estadio del ciclo de vida se presentan factores de riesgo para la salud. En el primer año de vida los riesgos de infecciones prevalentes y pobre alimentación son elevados, lo que puede agravar los efectos del retardo de crecimiento intrauterino y producir un limitado crecimiento y desarrollo, y eventualmente la muerte. Es en los primeros 24 meses de vida cuando ocurre la mayor parte de la falta de crecimiento.

En la edad escolar la nutrición y la salud reciben relativamente menor atención, ya que se asume que a esta edad los niños ya han sobrevivido una etapa crítica. El estado nutricional en esta etapa de la vida afecta el nivel de asistencia a la escuela y la capacidad de aprendizaje (Pollitt y Cueto 1996). La adolescencia constituye un nuevo período de rápido crecimiento y podría constituirse en una oportunidad para compensar las deficiencias en el crecimiento infantil, aunque el potencial para lograrlo es limitado en este período. Sin embargo, aun cuando los adolescentes sean capaces de recuperar el crecimiento perdido, los efectos de la desnutrición temprana sobre la capacidad cognitiva y el desarrollo podrían no ser recuperados totalmente (Gillespie 1997).

3.1. Población en riesgo nutricional

Tomando en cuenta el enfoque del ciclo de vida y los problemas nutricionales, las intervenciones nutricionales deben priorizar a la población materno infantil. En el año 2000 esta población constituye aproximadamente 1'200 niños menores de 24 meses y aproximadamente 700 mil gestantes, de las cuales alrededor de 180 mil son adolescentes.

Es importante notar que con los cambios demográficos que vivimos en el país, la población infantil no aumentará considerablemente hacia el 2020 (ver Cuadro 1), en contraste con la población adulta que aumentará de 16 a 23 millones de personas. Por otro lado, el acelerado proceso de urbanización que se vive en el país determina que en el año 2000 un 74% de la población total viva en zonas urbanas, y esta población urbana se incrementaría a un 82% en el año 2020. La composición de la población según la edad difiere según el área de residencia: urbana o rural. La población joven, menor de 15 años de edad, es de 20% en las grandes ciudades y de 50% en la sierra y selva rurales. Estas tendencias deberán ser tomadas en cuenta por sus implicancias en los problemas nutricionales, tanto de deficiencias como la anemia o de obesidad, y enfermedades crónicas no transmisibles.

Cuadro 1
Perú: población en riesgo nutricional por grupos de edad

Población (miles)	1990		2000		2020	
Niños 0-14 años	8,110	37.6%	8,833	33.6%	8,920	25.2%
0-5 a (0-3 a)	2,780 (1,743)	12.9%	2,959 (1,855)	11.3%	2,944 (1,846)	8.3%
5-14 a (6-9 a)	5,330 (2,118)	24.7%	5,874 (2,332)	22.4%	5,976 (2,372)	16.9%
Adultos: 15-65 años	12,621	58.6%	16,247	61.8%	23,366	66.0%
Mujeres:						
15-49 años	5,369	24.9%	6,124	23.3%	9,166	25.9%
Otros adultos:	7,252	33.7%	10,123	38.5%	14,753	41.7%
Adulto mayor: > 65a	819	3.8%	1,196	4.6%	2,551	7.2%
Población urbana	15,041	69.8%	19,576	74.6%	29,019	82.0%
Población total	21,550	100.0%	26,276	100.0%	35,390	100.0%

Fuente: Datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática. Elaboración propia.

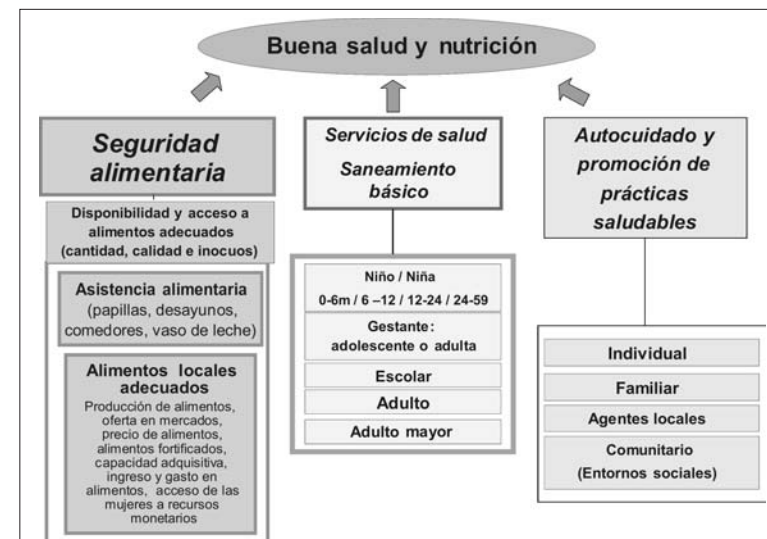
4. Marco conceptual

Los problemas de nutrición en los diferentes estadios del ciclo de vida son afectados por factores múltiples, tales como acceso a los alimentos, acceso a los servicios de salud, comercialización de alimentos, educación de los padres, ingreso, contexto sociocultural, hábitos y prácticas de la población, saneamiento básico, entre otros. Por ello, la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas reconoce la importancia no sólo de los alimentos sino también del acceso de los más vulnerables a los servicios de salud, a la educación y al cuidado para el logro de una nutrición adecuada (Eide 1999). En la actualidad se distingue el derecho a una adecuada alimentación, del derecho a una adecuada nutrición.

Este documento utiliza este enfoque y la matriz propuesta por Oshaug (Oshaug y otros 1994), que promueve la formulación de políticas efectivas para lograr una buena nutrición desde un enfoque de la alimentación como un derecho humano, tomando en cuenta los aspectos de atención, protección y respeto. Oshaug se basa en el modelo conceptual de análisis de las causas de los problemas nutricionales (Jonsson 1993) y lo revierte planteando algo más que la mera identificación de las causas de los problemas nutricionales; por ello propone considerar las condiciones necesarias para lograr y mantener la seguridad nutricional. Para tal efecto será preciso establecer y cumplir objetivos en torno a estos tres campos: 1) seguridad alimentaria, 2) adecuado cuidado, y 3) adecuada

prevención y control de enfermedades. Oshaug propone la matriz de seguridad alimentaria y nutricional como un instrumento para una progresiva identificación de las obligaciones del Estado para cada una de las condiciones planteadas, tomando en cuenta los criterios de atención, protección y respeto propuestos por la Comisión de Derechos Humanos (Oshaug y otros 1994).

Gráfico 8
Marco conceptual para lograr una buena nutrición



Se reconoce claramente la necesidad de contar con una adecuada seguridad alimentaria que garantice una eficiente disponibilidad de alimentos en los hogares. Sin embargo, es preciso señalar que lo anterior tiene sus limitaciones, ya que por sí solo no garantiza un adecuado acceso a los alimentos en el hogar, ni entre los diferentes miembros del mismo (Kennedy y Haddad 1992), así como tampoco garantiza la correcta utilización biológica a nivel individual.

El presente documento recoge este enfoque, diferenciando claramente las condiciones para lograr la seguridad alimentaria de aquéllas para lograr una adecuada nutrición. Este reconocimiento es crítico, ya que la seguridad alimentaria es una condición necesaria, pero no suficiente, para lograr una buena nutrición a nivel individual⁴. Tomando en cuenta el marco conceptual planteado, se

⁴ El acceso y la posesión de alimentos pueden tener resultados muy diferentes en una persona sana o en una persona que tiene alguna infección. Debido a ésta, la absorción de nutrientes sería limitada, pudiendo la persona finalmente sufrir de desnutrición. Ambos individuos habrían garantizado su seguridad alimentaria, mas no su seguridad nutricional.

reconoce la importancia de actuar en estas tres condiciones para el logro del bienestar nutricional de la población peruana vulnerable con el enfoque del ciclo de vida.

4.1. Disponibilidad, acceso y uso de alimentos

El concepto de seguridad alimentaria propuesto por la FAO se refiere al acceso de toda la población, en todo momento, a los alimentos necesarios para llevar adelante una vida activa y sana. Para garantizar esta definición deben ser satisfechas dos condiciones: asegurar que la disponibilidad de alimentos se mantenga estable en todo momento y que cada hogar acceda a alimentos adecuados e inocuos.

A nivel nacional los datos de las hojas de balance de alimentos del Ministerio de Agricultura nos permiten estimar *la disponibilidad de alimentos* per cápita, así como la disponibilidad de energía y nutrientes. La crisis permanente desde la década de los setenta, se expresó en una caída en el consumo per cápita de la mayoría de los principales alimentos, reflejada en la disponibilidad calórica que alcanzó los requerimientos mínimos sólo en 1996. Se observa una tendencia a una reducción en la disponibilidad nacional de alimentos y de energía, sin llegar a los niveles estimados en 1964. Hacia 1995, el consumo per cápita de los principales alimentos aumentó ligeramente, elevándose el consumo de papa (85%), de granos andinos (53%), de granos importados (64%) y el de carnes de aves (52%).

De 1997 a 1998 la disponibilidad calórica había aumentado en un 6.6% en el país (Ministerio de Agricultura 2002). Asimismo, la disponibilidad de proteína habría aumentado ligeramente, siendo el 10% de la disponibilidad calórica provista por proteínas. La disponibilidad de grasa aumentó ligeramente en 1993, respecto a fines de los años ochenta. Sin embargo, los niveles de aporte de energía procedente de la grasa se mantienen cerca del límite inferior considerado en las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud, mientras que los patrones de disponibilidad de hidratos de carbono permanecen en el límite superior de las recomendaciones internacionales.

Es importante prestar atención a estos datos y a la necesidad de garantizar patrones balanceados de disponibilidad de alimentos que proporcionen los nutrientes necesarios, en las proporciones adecuadas. El análisis seriado del consumo desde la década de los cincuenta permite apreciar que los niveles de ingesta promedio de alimentos han estado en general por debajo de las cifras recomendadas por la FAO, a pesar de un reciente crecimiento en la producción agropecuaria del orden del 6.2% durante el año 2000 respecto al año anterior, sustentado en una mayor producción de los subsectores agrícola (6.0%) y pecuario (6.5%) (Comisión Multisectorial de Alimentación y Nutrición 2001b).

El rol de los recursos alimentarios tales como los productos marinos y recursos según pisos ecológicos es fundamental en esta disponibilidad. En el caso de los productos hidrobiológicos, del total de recursos pesqueros desembarcados en el año 2000 sólo el 7% fue destinado al consumo humano directo. El consumo per cápita anual de pescado en el año 2000 fue de 15.6 kg, la participación de la pesca en el abastecimiento de proteína total promedio fue del 10% del requerimiento total. Los recursos pesqueros para consumo humano directo en el Perú provienen de la actividad artesanal y se componen de los siguientes rubros: fresco (45%), enlatado (27%), congelado (20%) y curado (8%). Estas cifras se reflejan en los patrones de consumo aparente de hogares de ciudades de la costa como Lima y Piura (López de Romaña y otros 1992a), lo que hace evidente la limitada contribución de los productos hidrobiológicos al aporte nutricional de estos hogares urbanos.

La relevancia de los productos marinos en la salud y nutrición de la población peruana y la estimación de una futura caída en la disponibilidad de estas fuentes económicas de proteína para consumo humano, dada la sobreexplotación, obliga a pensar en medidas como el procesamiento local y la promoción de la acuicultura (Wilson 2001), reconociendo que, a pesar de que sean pequeñas las iniciativas, podrían tener efectos importantes.

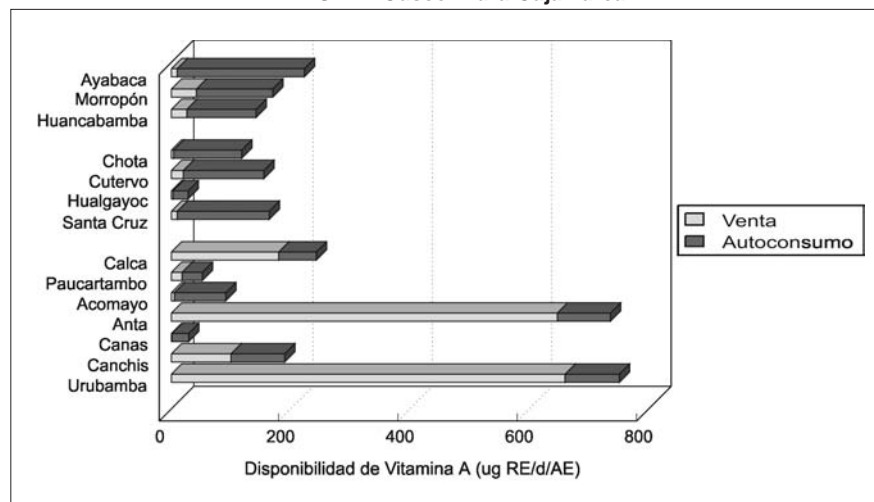
La distribución de los alimentos a nivel nacional se caracteriza por mostrar grandes diferencias entre los distintos grupos socioeconómicos de la población. Éstas son el resultado de un desigual acceso a los alimentos, el cual depende de la capacidad adquisitiva y del precio de los productos. Además, el acceso a alimentos adecuados implica no solamente que los alimentos y la dieta sean adecuados en cantidad y calidad, sino que además estén en condiciones inocuas para satisfacer las necesidades de la población.

En hogares rurales existen grandes brechas en la disponibilidad de calorías entre estratos socioeconómicos, tomando en cuenta tanto las producidas por autoconsumo como las adquiridas (Iturrios 1996). Se reconoce que la economía campesina es a la vez productora y consumidora de sus propios productos. La familia campesina decide las inversiones en el uso de la tierra, el tiempo y la mano de obra en función del beneficio que espera recibir de la cosecha o la crianza, y éste dependerá de los precios de venta de estos productos y de los factores de producción tales como el nivel salarial y el precio de los insumos. El grado de aislamiento o conexión con el mercado determinará cuán sensible resulta la unidad familiar campesina a estos estímulos, lo cual es determinante de su situación nutricional.

Un análisis de la disponibilidad de nutrientes específicos como la vitamina A, a partir del análisis de cultivos transitorios y permanentes ricos en este nutriente

del Censo Nacional Agropecuario 1995, identificó que en provincias como Morropón (Piura), es posible contar con una disponibilidad de vitamina A mayor que los requerimientos nutricionales de un niño o un adulto (800 ug RE/d/AE); sin embargo, el 95% de este recurso (procedente principalmente del mango) era destinado a la venta. En provincias como Anta y Urubamba (Cusco), la disponibilidad de cultivos transitorios ricos en este nutriente también es elevada; y de la misma manera que en el caso anterior, está destinada a la venta (principalmente zana-horia). En cambio en provincias como Chota, Cutervo y Ayabaca, si bien buena parte de este tipo de productos es destinada al autoconsumo, la disponibilidad no parece ser suficiente para cubrir los requerimientos (Proyecto Salud y Nutrición Básica 1997).

Gráfico 9
Disponibilidad de Vitamina A: cultivos transitorios
PSNB: Cusco-Piura-Cajamarca



Fuente: Estudio de micronutrientes. Proyecto Salud y Nutrición Básica 1997.

El acceso a los alimentos en el ámbito urbano ha sido analizado indirectamente a través de las encuestas de hogares y la compra de alimentos. El análisis de las encuestas de ingresos y gastos de los hogares y las encuestas de niveles de vida han permitido asimismo determinar la proporción del gasto en alimentos. Se detectó que los hogares urbanos de ciudades como Piura, Cusco, Cajamarca y Lima gastaban entre 40 y 63% del presupuesto familiar en alimentación. Además, se detectó una brecha en el gasto en alimentos entre hogares del primer quintil y del quinto quintil en las ciudades de Piura, Cusco, Cajamarca y Lima⁵, siendo mayor en Lima, donde el quintil más alto gastaba alrededor de un 40% en alimentos y el quintil inferior un 63%.

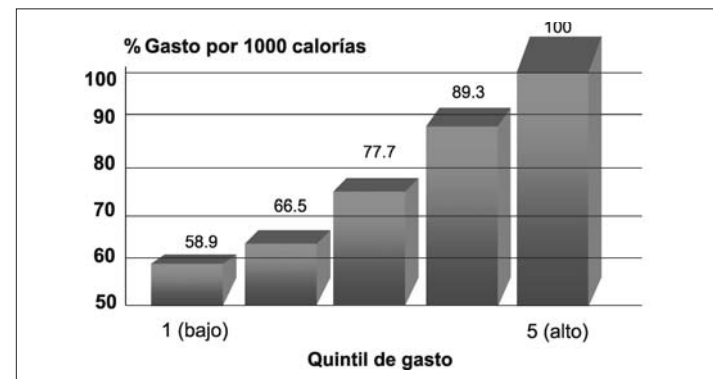
⁵ Los estratos bajos gastaron entre 55 a 63%, mientras que el estrato alto gastó entre 40 y 56%.

Este tipo de análisis también ha permitido detectar que en aquellos hogares cuyo jefe de familia era trabajador agrícola, gastaban aproximadamente un 73% de su presupuesto en alimentos, con ligeras variaciones según su ubicación geográfica, siendo más alto en la sierra rural (Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición 1992). En el ámbito urbano, el obrero de construcción civil gastaba alrededor del 65.7% en alimentos.

Al parecer, las diferencias entre estratos se estarían reduciendo al aumentar la proporción del gasto en hogares de mayores recursos y alcanzar su límite en los de estratos bajos. Factores como el ingreso, el empleo y la estabilidad laboral también son determinantes del acceso a los alimentos y de la situación nutricional de los niños. En hogares cuyo jefe se dedica a actividades con ingreso no estable, como es el caso de obreros de construcción en zonas urbanas y trabajadores familiares agrícolas en zonas rurales, aunque se destina una gran proporción del gasto a alimentos, hay elevadas tasas de desnutrición infantil (Harrell y otros 1989).

Las encuestas de hogares proporcionan información sobre los patrones de compras de alimentos, los que a su vez aportan información sobre la participación de los alimentos de producción nacional que forman parte de la canasta alimentaria de los hogares. Se aprecia así la importancia de los cereales como el trigo y el arroz, esencialmente en hogares urbanos. Estas encuestas han permitido también determinar los niveles de eficiencia en la compra de alimentos según criterios nutricionales. Los hogares de estratos más bajos estarían siendo más eficientes en la compra de alimentos que los hogares de mayores recursos: ellos gastan aproximadamente el 58% de los que gasta el estrato alto en la compra de una misma cantidad de energía (Sánchez-Griñan y otros 1991) (Gráfico 10). La calidad del patrón de consumo podría sin embargo estar afectada para nutrientes específicos.

Gráfico 10
Índice del gasto por caloría según estrato socioeconómico-Lima 1989



Fuente: Sánchez-Griñan M. y otros 1991.

Informe de Encuestas de Hogares de Lima 1989.

Tomando en cuenta el proceso de urbanización de la población peruana y su desplazamiento a los centros de trabajo o estudio, se hace cada vez más importante prestar atención a la alimentación fuera del hogar. Este estilo de alimentación, si bien no hemos podido incorporar datos en este artículo, podría constituir un riesgo nutricional no sólo debido al inadecuado balance en los alimentos preparados adquiridos o al consumo desbalanceado de ciertos alimentos, sino también a los riesgos de contaminación, infección y/o intoxicación que estas preparaciones pueden ofrecer.

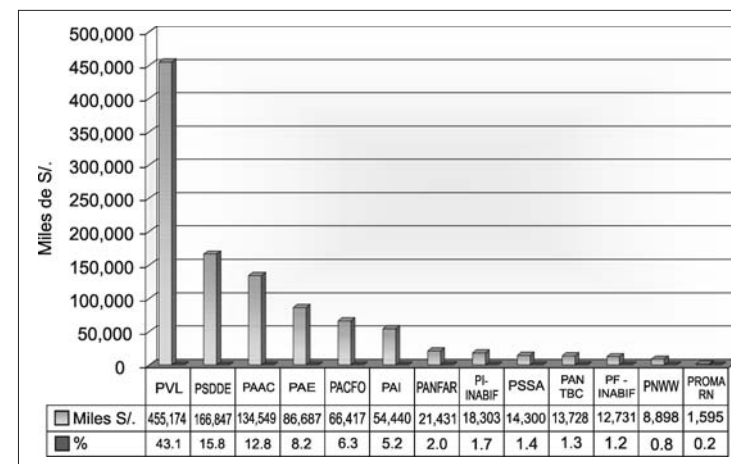
4.1.1. Disponibilidad, acceso y uso de alimentos a través de programas de asistencia alimentaria

En el país, la inversión social en programas de asistencia alimentaria es considerable. Un estudio del Instituto Cuánto (2001) realizado en el año 2000 precisa que la magnitud del esfuerzo público en términos de recursos asignados a los programas de alimentación y nutrición aumentó entre 1991-1995 de un promedio de 127 millones de dólares anuales a 252.8 millones de dólares en el quinquenio 1996-2000.

Desde el sector público se ejecutan 14 programas, entre los que se destacan el Programa del Vaso de Leche a través de las municipalidades distritales, los del Ministerio de Promoción de la Mujer y Desarrollo Humano, los del Programa Nacional de Asistencia Alimentaria (PRONAA) y los del Ministerio de Salud.

En el año 2000, entre los programas que recibieron una mayor transferencia de recursos públicos destacan el Programa del Vaso de Leche, que recibió un 43.1% del gasto; el Programa de Desayunos Escolares, que recibió 15.8%; el Programa de Apoyo a Comedores de PRONAA, que recibió el 12.8%; y el Programa de Alimentación Escolar, también de PRONAA, que tuvo el 8.2%. Finalmente, el Programa de Alimentación Complementaria para Grupos en Riesgo (PACFO) y el Programa de Alimentación Infantil del PRONAA recibieron el 6.3 y 5.2% respectivamente del presupuesto del año 2000. En la actualidad estos programas han sido fusionados bajo la administración del PRONAA en el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Humano (Presidencia del Consejo de Ministros, 2002), quedando aún aquellos ejecutados directamente por los gobiernos locales y un grupo muy reducido a cargo de ONG.

Gráfico 11
Gasto social público en alimentación nutricional



Fuente: Instituto Cuánto 2001.

Sin embargo, es importante destacar que, a pesar de que en estos programas se plantean objetivos nutricionales, es importante reconocer que no siempre generan mejoras significativas en la dieta habitual de sus beneficiarios (Beaton y Ghassemi 1982), lo que es difícil de documentar en el Perú dado que no existen estudios sistemáticos e integrados de seguimiento y evaluación de impacto de estos programas. Se cuenta, sin embargo, con datos que detectan diversos niveles de ineficiencia en la administración de estos programas, ya sea por no alcanzar al grupo objetivo de población pobre o a la población objetivo: 32% de hogares beneficiarios del Vaso de Leche no cuentan con niños que correspondan al grupo objetivo, 35% no son pobres (49% en zona urbana y 22% en zona rural), 16.5% de hogares beneficiarios del Programa de Alimentación y Nutrición a Familias de Alto Riesgo (PANFAR) no cuentan con miembros que correspondan al grupo objetivo, y 30% de hogares beneficiarios de desayunos escolares no son pobres.

Estos hallazgos señalan, además, un conjunto de limitaciones en estas inversiones sociales; a saber: la población de niños menores de 2 años y mujeres gestantes no ha venido siendo materia de prioridad pública; existe una baja cobertura de estos programas en zonas rurales y en pobreza extrema; se da una superposición de programas en la misma población objetivo y aún un alto porcentaje de personas no pobres recibe estos beneficios; y, por último, los diseños de estos programas son fragmentados y con enfoques parciales del problema nutricional. Asimismo, su implementación es sectorizada y desarticulada, con una limitada articulación intra e intersectorial.

En el caso del Programa de Desayunos Escolares, estudios en el país sobre el impacto nutricional y educacional señalan los efectos del desayuno sobre los procesos cognoscitivos de los escolares y específicamente en la forma en que influyen en el logro de objetivos educacionales (Pollitt y otros 1996). Destaca la importancia del aporte nutricional en los escolares del ámbito de Huaraz, donde el ayuno estaría afectando el funcionamiento de la memoria de trabajo y atención, y mellando el rendimiento de los niños evaluados entre las edades de 9 a 11 años. Durante 1993, el Programa de Desayunos Escolares implementado por el Fondo Nacional de Compensación y Desarrollo Social (FONCODES) habría contribuido a aumentar la ingesta dietética diaria de los alumnos, satisfaciendo sus requerimientos nutricionales y reduciendo el ausentismo en la escuela. Es importante destacar, asimismo, la modalidad de ejecución de este programa, el cual contaba con núcleos ejecutores que aseguraron la participación directa de la comunidad y de los padres de familia.

4.1.2. Uso y consumo de alimentos

Uno de los principales determinantes de los problemas de nutrición infantil es el consumo de alimentos realizado por los niños durante el período de transición de una dieta basada en la leche materna a una dieta familiar. En preescolares y escolares, los hábitos alimentarios forman parte de la alimentación familiar y se incorporan como protagonistas de su propia alimentación, mostrando preferencias que deben ser orientadas desde el hogar y la escuela.

En la población de menores de 5 años es preciso distinguir varias etapas críticas respecto a su alimentación: los primeros 6 meses, de los 6 a los 24 meses y los mayores de 24 meses. Es indispensable detectar factores de riesgo en cada una de estas etapas, ya que éstos repercutirán en el adecuado crecimiento y desarrollo de los niños.

La práctica de lactancia materna exclusiva desde el nacimiento hasta los primeros 6 meses provee las condiciones adecuadas para la nutrición del bebe, lo previene de las enfermedades infecciosas diarreicas y respiratorias (Brown y otros 1989) y le brinda cuidado materno. El patrón de lactancia materna exclusiva ha ido aumentando en los últimos años de 32% en 1984, a 61% en 1996 y 72.5% en el 2000 en los menores de 4 meses, según datos de la Encuesta ENDES (ENDES 2000).

A partir de los 6 meses, el patrón de alimentación infantil de los niños peruanos se caracteriza por una inadecuada alimentación complementaria, que se inicia cuando el niño recibe otros alimentos para complementar la lactancia materna. Es durante los primeros 2 años de vida cuando el niño tiene elevados requerimientos de energía y nutrientes, dada su elevada velocidad de crecimiento.

La anemia tiene como causa principal la deficiencia de hierro; pero también está asociada a otras deficiencias como la de ácido fólico y las vitaminas A y B12, así como a infecciones por malaria o parásitos (anquilostoma y uncinaria). Entre los factores determinantes, en el caso de los niños, está la inadecuada ingesta de alimentos. Las deficiencias en el consumo se producen por una dieta inadecuada en los siguientes aspectos: a) la cantidad ofrecida y consumida; b) la frecuencia de ofrecer durante el día; c) la densidad de energía y nutrientes de los alimentos o preparaciones ofrecidos al niño, y d) el estilo de comer: cómo le dan de comer al niño. Adicionalmente, un factor importante es el apetito del niño y su aceptación de la comida, lo que a veces se complica debido a la presencia de infecciones.

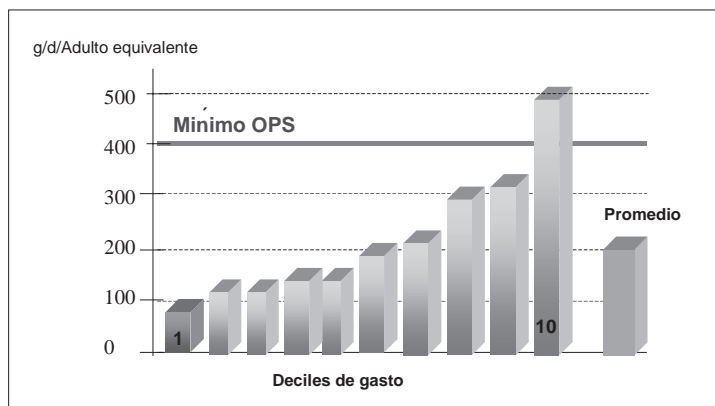
Diversos estudios desde 1984 señalan que los alimentos brindados usualmente a los niños a partir de los 6 meses aún no son suficientes para cubrir sus necesidades de energía y nutrientes, y ofrecen riesgos tanto por la cantidad como por la calidad de los mismos. Los niños reciben alimentos diluidos, de baja densidad nutricional; se alimentan de preparaciones tipo sopas o caldos que no incorporan alimentos ricos en micronutrientes como el hierro, el zinc, la vitamina A y el calcio. Adicionalmente, en áreas de la sierra la alimentación complementaria se ofrece tardíamente, se manifiesta una inadecuada frecuencia de consumo de alimentos durante el día, con largos períodos de ayuno, y los niños son alimentados de una manera pasiva de parte de la madre o cuidadora. Específicamente con respecto a la ingesta de nutrientes como el hierro, en los primeros años de vida los niños reciben menos de los requerimientos diarios.

En el caso de las proteínas, el consumo aparentemente es adecuado en cantidad; sin embargo, la calidad de la proteína es inadecuada, por una limitada proporción de productos de origen animal (López de Romaña y otros 1992a, Creed de Kanashiro y otros 1994, Proyecto Salud y Nutrición Básica 1997).

Además, son notorias las diferencias entre los distintos estratos socioeconómicos en cuanto al consumo de hortalizas y frutas, fibra y productos marinos. En el caso de los productos marinos, en ciudades de la costa como Lima y Piura el aporte proteico del pescado constituía en 1991 la tercera fuente de proteína en familias del estrato bajo, siendo los cereales y las carnes como el pollo la primera y la segunda fuente proteica en el consumo aparente de estas familias (López de Romaña y otros 1992a). La costumbre de consumir limitadas cantidades de hortalizas y frutas, así como dietas ricas en hidratos de carbono refinados, y un limitado consumo de productos marinos⁶ constituye un riesgo de contraer enfermedades crónicas no transmisibles (Sánchez-Griñan y otros 1992). Las variaciones al respecto entre estratos socioeconómicos se pueden apreciar en el gráfico 12.

⁶ En el caso de los productos marinos, ricos en ácidos grasos poliinsaturados (omega-3) y monoinsaturados cis están asociados a riesgos reducidos de problemas cardiovasculares.

Gráfico 12
Consumo aparente de hortalizas y frutas
Ciudad de Cajamarca 1991



Fuente: Sánchez-Griñan y otros 1992.

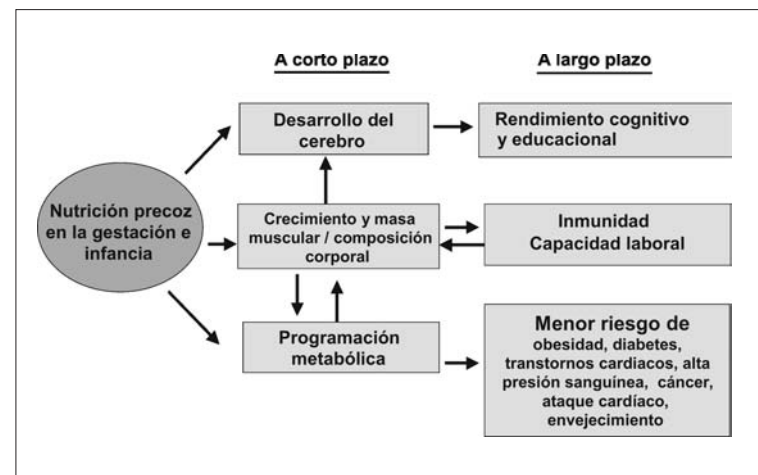
En la etapa escolar, los profesores son actores primarios en la promoción de cambios de comportamiento en los alumnos y sus padres, siendo la adolescencia una etapa vulnerable a la adopción de nuevos comportamientos de alimentación por la influencia que ejerce el entorno social, cultural y económico. El rápido proceso de urbanización que vivimos tendrá, asimismo, efectos importantes sobre la alimentación en el hogar y la escuela.

4.2 Adecuada prevención y control de enfermedades y saneamiento

4.2.1. Nutrición temprana

Recientes investigaciones han demostrado que el desarrollo cerebral es más rápido durante la etapa prenatal y en el primer año de vida. Asimismo, en este período el desarrollo cerebral es más susceptible a influencias del entorno, lo que afecta no sólo el número de neuronas y de conexiones entre ellas sino también la manera en la que estas conexiones se entrelazan. El desarrollo saludable del cerebro tendrá así un impacto directo sobre las habilidades cognitivas. La nutrición inadecuada antes del nacimiento y en los primeros años de vida puede influir seriamente sobre el desarrollo cerebral. El desarrollo de un niño tiene períodos críticos que ocurren entre los 0 y 2 años de edad y que se relacionan con el control emocional, la visión, el apego social y, más adelante, con funciones tales como matemáticas, lenguaje, música y actividades físicas.

Gráfico 13
Efectos de la nutrición temprana



Fuente: UNICEF 1999.

El cerebro se diferencia de la mayoría de órganos del cuerpo por su rápido crecimiento durante el período prenatal y en los primeros años de vida; alcanza la mitad de su peso final a los 6 meses y el 90% a la edad de 8 años. Durante este proceso de rápido crecimiento el cerebro es más vulnerable al daño, y los efectos del daño varían según el momento en el que éste ocurre. También es probable que los efectos del daño temprano en algunos niños no sean evidentes sino hasta años más tarde. Las dificultades escolares observadas en algunos niños nacidos con bajo peso y coeficiente intelectual normal, pueden constituir un ejemplo de este efecto (Rutter y Rutter 1993).

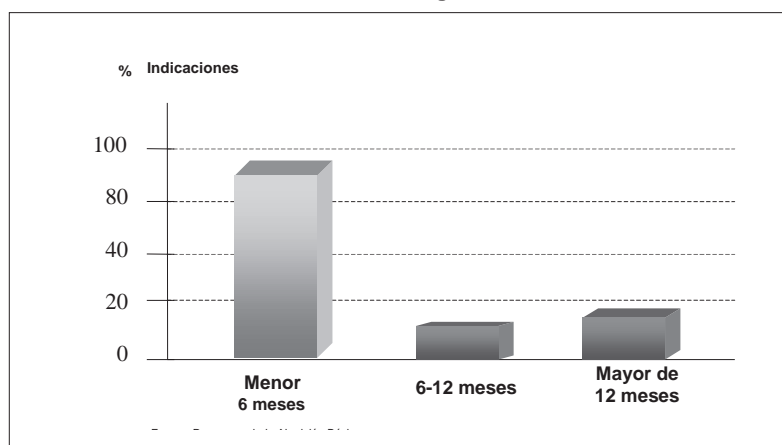
4.2.2. El manejo nutricional en el marco de la atención integral de salud

Una estrategia preventiva e integral de la salud del niño deberá comprender el manejo nutricional, integrado en las acciones de salud pública para el menor de 2 años y la gestante, a través del control periódico y normado del crecimiento y desarrollo para el niño y del control prenatal de la gestante. Las evaluaciones de la oferta de este tipo de servicios integrales que han incorporado el componente de nutrición son limitadas hasta el momento en el país. En términos de morbilidad infantil, en los menores de 5 años se manifiesta aún una alta prevalencia de enfermedades diarreicas, enfermedades respiratorias y fiebre del orden del 20 al 30% según correspondan al área urbano o rural (ENDES 2000).

Un estudio en la ciudad de Trujillo destaca la desnutrición fetal y el retardo en el crecimiento como causas principales de consulta externa (Garavito 2001). Su detección y prevención son sumamente importantes para el desarrollo posterior del individuo, pues se reconocen sus efectos en la aparición de la obesidad y factores de riesgo de enfermedades crónicas no transmisibles.

Un estudio de diagnóstico basal del desempeño de proveedores de salud del Ministerio de Salud (Proyecto Salud y Nutrición Básica 2001) muestra que una proporción importante de ellos realiza el diagnóstico nutricional únicamente a través de la medición de peso y talla, sin hacer un diagnóstico de la ganancia de peso en el niño como indicador de un adecuado crecimiento; menos aún se evidencia la evaluación de la alimentación del niño o el despistaje de anemia como parte del diagnóstico. Se destaca la información proporcionada por el personal de salud con respecto a consejos adecuados sobre lactancia materna para los menores de 6 meses, indicándose que alrededor de 70% de niños de este grupo de edad son evaluados y aconsejados. Sin embargo, son muy pocos los niños (10%) de 6 a 24 meses que son evaluados en relación con sus prácticas de alimentación y tampoco se les brinda la consejería pertinente. Adicionalmente, se detecta que el despistaje de anemia en los menores de 2 años es limitado, así como la administración de suplementos de hierro, ya sea en forma preventiva o terapéutica.

Gráfico 14
Porcentaje de niños que reciben adecuadas indicaciones de alimentación según la edad



Fuente: Proyecto Salud y Nutrición Básica, Ministerio de Salud 2001.

Cabe destacar que tanto en ámbitos urbano-marginales como rurales del país, tales como San Juan de Lurigancho en Lima y Ayabaca en Piura, se detectó que 80% y 61% respectivamente de los niños menores de un año, que habían sido diagnosticados como “normales” basándose en el diagnóstico antropométrico, estaban anémicos. Adicionalmente, se ha estimado la proporción de niños menores de 1 año con un adecuado crecimiento (medido por el mantenimiento o cambio positivo en el percentil de peso para la edad), siendo del orden del 30% en el año 2000 mientras que sólo el 18% lo lograba durante el año 1999 (Proyecto Salud y Nutrición Básica 2001). En el año 2000, la atención incluyó un componente preventivo nutricional que incorporó la administración de suplementos de hierro así como una consejería individual a la madre, con mensajes simples que asociaban el crecimiento con las prácticas adecuadas de alimentación como parte del control del crecimiento y desarrollo del niño.

En el caso de las gestantes, se detecta también una limitada intervención nutricional durante el control prenatal, siendo reducida la aplicación del despistaje de anemia y la consejería sobre el uso de suplementos y la alimentación adecuada. Se estima que cerca de 50% de muertes maternas durante el parto⁷ ocurren por complicaciones asociadas a la anemia. Factores como la multiparidad y el corto espaciamiento de los nacimientos, así como el uso de dispositivos intrauterinos, aumentan las pérdidas de hierro en las mujeres en edad fértil (MEF).

4.2.3. Tendencias en las enfermedades crónicas asociadas a la dieta

En el país se manifiesta un perfil de altos niveles de morbilidad y mortalidad por enfermedades crónicas asociadas a la dieta, lo que afecta también a poblaciones de escasos recursos como las urbano-marginales. Un estudio reciente que analizó el perfil epidemiológico de la provincia de Trujillo (Garavito 2001)⁸ y sus distritos señala la coexistencia de las anemias por deficiencia de hierro como una de las principales causas de atención, conjuntamente con las consultas por obesidad. Llama la atención, en algunos distritos pobres, la coexistencia de la desnutrición crónica y la obesidad. Información similar se ha encontrado en un servicio de atención integral en salud y nutrición del niño de Villa El Salvador, donde se detectó que 50% de niños clasificados como obesos presentaban anemia (Racacha 2001). Se han aplicado medidas correctivas y preventivas en estos servicios.

Estudios como los mencionados en el párrafo anterior llaman la atención sobre la aparición de la obesidad entre la población pobre y señalan que es

⁷ Aproximadamente de 20 a 40% de muertes maternas ocurren en el parto y puerperio, siendo cerca del 15% en gestantes adolescentes.

⁸ Se analizaron 630 mil atenciones con diagnósticos nuevos.

prioritario tratarla en los servicios integrados de salud y nutrición, debido sobre todo a que constituye un factor de riesgo para la aparición de enfermedades crónicas circulatorias, dislipidemias y enfermedad cerebrovascular. Estas enfermedades representan una amenaza para los hogares y la sociedad en su conjunto, ya que los costos de su tratamiento son elevados así como limitados, en especial para la población pobre.

4.2.4. Lecciones aprendidas

Se considera fundamental la capacitación permanente de los prestadores técnicos, profesionales y comunitarios del sector salud y otros sectores, así como también de aquellos de los gobiernos locales y de instituciones privadas en manejo alimentario nutricional, a nivel prestacional y también en gestión y promoción. Por otro lado, se reconoce que es indispensable asegurar un trabajo coordinado con el equipo multidisciplinario de los servicios de salud para el manejo integral de la salud y la nutrición. Asimismo, la concertación intra y extrainstitucional para la captación, derivación, seguimiento, supervisión y difusión de la atención en salud y nutrición debe ser fortalecida con el activo compromiso de los agentes comunitarios y de la comunidad organizada. La información sobre el impacto de la anemia en el desarrollo del niño debe ser parte de las acciones preventivo-promocionales dirigidas a las madres y los padres de familia. Las visitas domiciliarias constituyen una oportunidad de retroalimentar a los prestadores y sirven también para verificar si se están llevando a cabo, en el hogar, prácticas adecuadas para la gestante, el niño y otros miembros de la familia con problemas de salud e identificar los factores sociales y culturales que influyen en la adopción de prácticas aprendidas. La información recogida en las visitas domiciliarias es útil para realizar los ajustes locales que se consideren necesarios. Finalmente, es claro que una evaluación nutricional requiere no solamente mediciones de peso y talla sino también evaluaciones de la alimentación y el diagnóstico de anemia, así como tener conocimiento de los hábitos de alimentación. La anemia como problema de salud pública, prioritariamente entre las gestantes y niños menores de 12 meses, debe constituir una prioridad no solamente para el sector salud sino también para las madres, líderes comunales, autoridades y población en general.

4.3. Adecuado cuidado

4.3.1. Nutrición, desarrollo y cuidado infantil

Existen evidencias en los campos de la fisiología, la nutrición, la salud, la sociología, la psicología y la educación que indican que los primeros años de vida son esenciales para la formación de la inteligencia, la personalidad y el comportamiento social (Myers 1995). Durante los primeros años se produce la mayor

parte del desarrollo de las células cerebrales, y este proceso se ve afectado por el estado de salud y nutrición, así como por el tipo de interacción del niño con su entorno. Este desarrollo permitirá aumentar el potencial de aprendizaje y disminuye las posibilidades de fracaso en la escuela y en la vida. Las evidencias también demuestran que los niños que reciben atención cariñosa y constante, generalmente tienen un mejor nivel de nutrición, contraen menos enfermedades y aprenden mejor que los niños que no reciben esta atención. Los niños que no reciben cuidados adecuados tienen mayor tendencia a las enfermedades y a la desnutrición, y están menos motivados y equipados para el aprendizaje. Esto sucede no sólo por la falta de alimentos y atención de salud, sino debido al estrés ocasionado por el abandono psicológico y social que afecta el sistema inmune; además, la falta de interacción física en los primeros meses tiene un efecto negativo sobre el funcionamiento de la hormona de crecimiento.

En el país, la atención de salud del niño hace hincapié en la reducción de las tasas de mortalidad y morbilidad; se presta limitada importancia al desarrollo sano y al bienestar general de los niños que sobreviven. Sin embargo, muchas de las condiciones de pobreza y estrés que anteriormente exponían a los niños al riesgo de morir, los exponen ahora al riesgo de sufrir daños en su desarrollo físico, mental, social y emocional durante los primeros meses y años de vida (Myers 1993).

Los efectos de la desnutrición tienen un impacto mayor en el desarrollo de los niños que viven en pobreza. La contribución específica de los diferentes nutrientes es difícil de ser aislada; sin embargo, es claro que la deficiencia de yodo y la anemia por falta de hierro han sido las más fáciles de estudiar. Estos nutrientes están específicamente relacionados con daños al cerebro. Formas menos severas de deficiencia de hierro parecen no afectar la conducta.

4.3.2. Percepciones de la población sobre alimentación infantil y de la gestante

Reconociendo que la población no se basa únicamente en variables económicas al tomar las decisiones sobre los alimentos a ser consumidos, es claro que un acercamiento a las percepciones de la población respecto a su alimentación es indispensable para el diseño adecuado de mensajes a fin de que las recomendaciones nutricionales tomen en cuenta su realidad y sus creencias, facilitando así el cambio de comportamiento. A continuación se presentan algunos resultados de exploraciones de tipo cualitativo destinadas a conocer las creencias y costumbres de la población, en especial de algunos grupos, en relación con la alimentación.

Los resultados de un estudio en la ciudad de Trujillo (Creed-Kanashiro y otros 2001), que investigó las motivaciones de las madres de niños de entre 6 y 18 meses de edad respecto al patrón de alimentación y sus dificultades, destacan las diversas estrategias que usan las madres para hacer comer a sus niños. El éxito parece radicar en alimentarlos con paciencia y dedicación. Entre las acciones que las madres mencionaron se encuentran:

- ♦ El repetir varias veces el alimento, sobre todo cuando es nuevo, aunque inicialmente el niño lo escupa o rechace.
- ♦ Darle de comer sentado en su silla o andador.
- ♦ Evitar darle pecho antes de la comida.
- ♦ La imitación de gestos faciales.
- ♦ Incentivarlo con modulaciones de la voz.
- ♦ Darle su cucharita.
- ♦ Repetir la comida cuando no termina.
- ♦ Volver a darle cuando almuerzan sus hermanos.

Sin embargo, también se detectaron conductas como:

- ♦ Algunas madres describen maltratos físicos a sus niños cuando no comen, como darle un palmazo; otras dicen que los amenazan o insinúan las agresiones.
- ♦ Otra estrategia empleada para incentivarlos a comer es ofrecerle el seno después del almuerzo.
- ♦ Enseñarle a agarrar la cuchara para que pueda llevarse el alimento a la boca.

A lo anterior se suma la preocupación para que el niño acabe la comida con rapidez, antes de que se enfríe el alimento, porque la madre quiere seguir con otros quehaceres de la casa. La tarea de alimentar al hijo es considerada por las madres como una obligación más que ellas tienen que hacer, sin disfrutar mucho de esta experiencia; asimismo, los padres están poco involucrados en esta dinámica familiar.

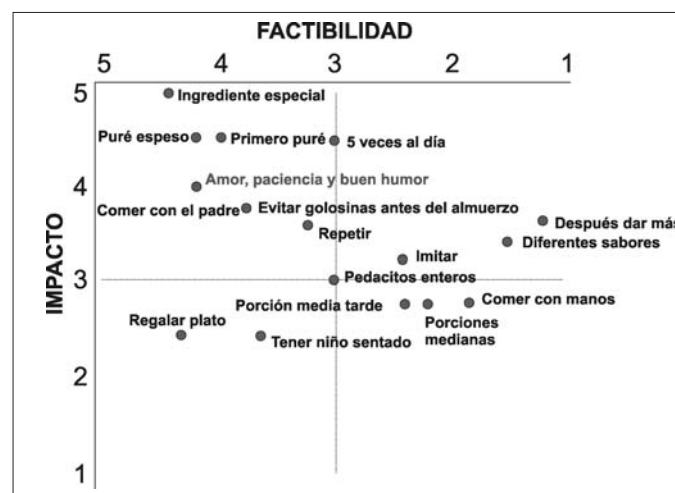
Una preocupación frecuentemente expresada por las madres está relacionada con el apetito del bebé: *“mi bebé no quiere comer”, “le doy hígado pero no quiere comerlo”, “no come puré”, “sólo quiere pecho”*. Como respuesta a esta inquietud, la madre está expuesta a mensajes sobre nutrición que no son consistentes entre sí y raras veces estas preocupaciones son atendidas adecuadamente en la consulta en los establecimientos de salud⁹. El estudio evaluó la factibili-

⁹ Los mensajes que se dan son muy generales; no responden a las preocupaciones de la madre.

dad de las madres y familias de poner en práctica recomendaciones específicas, y el potencial impacto nutricional que podría tener su adopción.

Se detectó que los comportamientos factibles de ser adoptados (Gráfico 15) y con alto potencial de impacto nutricional para los niños eran: i) agregar un ingrediente especial a la alimentación de su niño (hígado, huevo o pescado), ii) ofrecer un puré espeso a su niño y ofrecer primero el puré en cada comida; y iii) enseñarle a comer a su niño con amor, paciencia y buen humor. Se pudo apreciar también que las recomendaciones como dejar al niño comer solo con sus manos, darle diferentes sabores en la misma comida, y después ofrecerle más, fueron las prácticas menos aceptadas por las madres.

Gráfico 15



Fuente: H. Creed-Kanashiro y otros 2001.

En la actualidad se están haciendo esfuerzos para incluir la educación nutricional como parte de las intervenciones de promoción de la salud a la población. Si bien esto es alentador, es indispensable tener en cuenta los contenidos y la consistencia entre los mensajes nutricionales a ser ofrecidos, tomando en cuenta una priorización de comportamientos esperados.

Las iniciativas de promoción de alimentación balanceada han venido utilizando mensajes que se basan en diversas clasificaciones de los alimentos, a saber: alimentos constructores, protectores, que dan crecimiento, alimentos que protegen, que dan proteínas, que dan lípidos, entre otros. Se ha detectado que existían 14 instituciones que utilizaban diversas formas de clasificar los alimentos, encontrándose discrepancias y variaciones en los mensajes y materiales educativos y de comunicación. Las clasificaciones de alimentos utilizadas por los profesiona-

les a menudo están basadas en grupos de alimentos, generalmente de acuerdo a funciones específicas: dar energía, dar fuerza, proteger, regular; y sus presentaciones gráficas fueron variadas e incluyeron círculos, banquitos, cuadrados, tajadas, entre otros. Sin embargo, la población clasificó alimentos similares principalmente en función de su uso en las preparaciones del día, siendo los atributos de estos alimentos distintos, en la mayoría de casos, de aquéllos presentados por las instituciones que los promovían. Estos mensajes estarían limitando la adopción de prácticas saludables de alimentación en la población. Se detectó, además, que los materiales educativo-comunicacionales utilizan un lenguaje muy técnico. Es clara la necesidad de llegar a un consenso en los conceptos y recomendaciones difundidos por las diferentes instituciones (Creed-Kanashiro 1999).

Otro de los aspectos explorados fue la percepción de la madres respecto a la combinación de alimentos, cómo ellas los agrupan u ordenan (Creed-Kanashiro 1999). Este ejercicio, llevado a cabo con madres de Cusco, Piura y Cajamarca a quienes se le mostraron 30 alimentos, identificó los siguientes criterios para su agrupación: 1) *por preparaciones*: aquellos que se usan para sopas, caldos y segundos; 2) *por tipo de comida*: para el desayuno, el almuerzo, para después del almuerzo, se come solito; 3) *alimentos que tienen vitaminas*: ayudan a crecer al bebe, dan fuerza, alimentan, ayuda en las enfermedades, sostienen el estómago del niño; 4) *por la forma de guardarlos en la cocina*; 5) *según tipo de alimentos*: frutas, productos de origen animal; 6) *por la forma de obtenerlos*: en ámbitos rurales se distinguieron entre alimentos que cultivamos y que se compran; 7) *por la forma de combinación*: los que se preparan juntos.

En general, en las zonas rurales y urbano-marginales la preparación de la comida del bebe se realiza a partir de lo que se cocina para toda la familia. Sin embargo, un aspecto aún a destacar es la sobrevaloración que la población le da a la sopa para los niños, una práctica todavía común a nivel nacional. En Lima, algunas exploraciones cualitativas precisan que la población considera que una alimentación nutritiva y balanceada significa variedad en la alimentación (Creed-Kanashiro y otros 1999).

En el caso de las madres gestantes y lactantes, otros estudios han detectado que las recomendaciones y mensajes sobre cómo mejorar su dieta son muy limitados: son muy generales y no necesariamente están basados en la realidad de las personas, aun cuando se trata de mensajes que tienen que ver con la prevención de la anemia.

4.3.3. Percepciones sobre el manejo de la anemia

Otra de las áreas exploradas en el diseño de intervenciones educativas comunicacionales en nutrición ha sido el uso de suplementos de micronutrientes

como parte de la atención a los problemas nutricionales. Estas exploraciones se han realizado en Lima en madres de niños menores de 24 meses y en mujeres gestantes.

Algunos estudios sobre las percepciones de anemia en mujeres y adolescentes mostraron que muchas mujeres adultas referían conocer sobre su existencia e inclusive haberla padecido principalmente durante el embarazo. Las mujeres afirmaron que una alimentación inadecuada consiste en una pobre calidad de la dieta y en no comer adecuadamente sus alimentos en sus horas regulares. También las informantes dijeron que una pobre nutrición durante la infancia podría generar anemia en el presente. Entre las causas secundarias de anemia mencionadas se encuentran la pérdida de sangre en la menstruación o en el parto; el excesivo trabajo; los parásitos y la falta de vitaminas y minerales en la dieta. El tratamiento preferido es el natural y no el clínico; es decir, promover una mejor alimentación tanto en calidad como en cantidad.

El estudio en gestantes (Fukumoto 1995) destaca que éstas asocian la palabra *anemia* con “*mala alimentación*”; es decir, la perciben como una enfermedad o un estado de debilidad, y los conocimientos sobre ella son bastante vagos. La anemia en mujeres no necesariamente está relacionada con el embarazo, a menos que ella misma haya tenido síntomas severos cuando estaba gestando. Las mujeres parecen estar más preocupadas por la salud y el bienestar del niño antes que por ellas mismas; es preciso reforzar la necesidad de su propio bienestar. Generalmente no conocen los síntomas de la anemia y unas pocas mencionan la debilidad, los mareos, el sueño, la palidez, la delgadez, etc.

La gran mayoría de madres percibe que las medicinas son para curar y se usan por lo tanto cuando alguien está enfermo; se las percibe como “*fuertes*”. En cambio se dice que las “*vitaminas*” para las gestantes son para “*fortalecer*”, “*reforzar*”, “*ayudar*”, “*proteger*”, “*complementar y mejorar el organismo*”, “*estimulan el apetito*” y “*son para personas sanas*”. Se consideran incluso “*beneficiosas para el bebe*”, pues “*ayudan a que nazca fuerte*”. Sería recomendable informar a las madres que el embarazo es un período particularmente vulnerable y que por lo tanto las gestantes están en peligro de padecer de anemia, por lo cual requieren cuidado especiales.

Por otro lado, las madres no consideran imprescindible tomar vitaminas o suplementos durante el embarazo, pues manifiestan que “*más importante es comer bien*”, “*la alimentación directa es mejor*”, “*las vitaminas se toman cuando uno está débil*” o “*he tenido hijos gordos sin tomar vitaminas*”. Por otro lado, dicen que las vitaminas estimulan el apetito y, dado que algunas no quieren engordar, ésta podría ser otra razón para no tomarlas. Las madres no expresaron ningún tipo de preocupación por las deposiciones oscuras.

En el caso de la anemia en los niños (Creed y Yeager 2000), las madres perciben una fuerte asociación entre alimentos y salud. Una buena nutrición y alimentación juega un rol crítico en mantener la salud en cualquier etapa de la vida. Este rol es percibido más claramente con respecto a los niños, dado que el resultado de una buena nutrición, el crecimiento, es una parte muy importante de la salud. La aparición de síntomas como apetito y pérdida de peso son de gran preocupación para las madres, ya que un niño deberá comer y crecer para tener defensas y así una buena salud.

Aunque las madres reconocen algunos síntomas de la anemia en sus niños, éstos generalmente coinciden con síntomas asociados con enfermedades infantiles comunes. La mayoría de las madres no percibían que sus niños tenían riesgo de anemia: el único signo que reconocieron fue la palidez, pero no lo consideran como importante. Se destaca también que las madres piensan que este problema en su niño se originó cuando ella estuvo gestando. Ello refuerza la necesidad de intervenciones tempranas desde la gestación; sin embargo, se detecta también que el personal de salud no está informado respecto a la gravedad del problema de la anemia.

En relación con el tratamiento y manejo de la anemia en los niños, se destaca que al ser asociada con una pobre alimentación, la solución percibida por la población consiste en mejorar la alimentación, lo cual se puede lograr aumentando la cantidad de alimentos consumidos y asegurando la calidad nutritiva de los mismos. El uso de suplementos para los niños es considerado como un componente apropiado pero secundario respecto a los alimentos. En general, las madres tenían una opinión favorable de los suplementos para el niño (como sales o jarabes ferrosos), denominados por ellas como "vitaminas", refiriendo que estimulan el apetito y refuerzan la alimentación; sin embargo, fueron consideradas "medicinas" y como tales debían ser recetadas por el personal de salud.

4.3.4. Adopción de conductas saludables de alimentación y nutrición

La situación nutricional de la población peruana representa un reto, a causa del desequilibrio en la composición de la dieta. Los procesos de malnutrición en la infancia que afectan el crecimiento, el desarrollo y la salud infantil tienen impacto en el largo plazo, es decir en la edad adulta, como ha sido demostrado en numerosos estudios. Si bien de alguna manera se han difundido mensajes sobre nutrición materno infantil a través de diversas instancias, se evidencian pocas decisiones informadas que se reflejen en prácticas preventivas en relación con la alimentación.

Con respecto a la alimentación, existen grandes brechas entre los niveles de conocimiento y las prácticas de las mujeres gestantes. Ellas generalmente saben

y conocen más de lo que dicen practicar. En el ámbito rural del Cusco, 44% de las mujeres saben que las gestantes deben tomar diariamente suplemento de hierro; mientras que sólo 18.5% de madres gestantes con 3 o más meses de embarazo afirmaron tomarlo. Las variables educación, residencia y lenguaje tienen mucha relación con el comportamiento nutricional de las mujeres respecto al consumo de hierro, teniéndose porcentajes más altos en las mujeres con educación secundaria (31.6%), residencia urbana (31.8%) y entre las bilingües (19.5%), mientras que en el grupo de edad de 35 a 49 años, que corresponde mayoritariamente a mujeres sin estudios (analfabetas) y quechuahablantes, los niveles de práctica son bastante bajos (18.5%) (Proyecto Salud y Nutrición Básica 1999). En el caso de los niños, los datos de ámbitos rurales de Cusco, Cajamarca y Piura señalan que solamente un 32, 16 y 29% de ellos recibían el patrón ideal de alimentación entre los 9 y 12 meses, aunque una proporción mayor (63, 50 y 46%) de sus madres declararon conocer sobre alimentación adecuada para esta edad (Proyecto Salud y Nutrición Básica 1998). En San Juan de Lurigancho y Villa El Salvador, dos distritos urbano-marginales de Lima, 48 y 45% de las madres respectivamente informaron que alimentan adecuadamente a sus hijos. Además, en evaluaciones realizadas en otros ámbitos respecto al manejo de alimentación durante la enfermedad como la diarrea, se encontraron diferencias importantes entre el conocimiento (82%) y las prácticas de la población (16%) (PSNB 1998).

Otros aspectos que no han sido analizados sistemáticamente en el país son las percepciones sobre los estilos de vida, el ejercicio físico y la imagen corporal (sobrepeso y obesidad). Esto es especialmente importante en ámbitos periurbanos, donde el proceso de urbanización y el cambio de patrón de vida rural a urbana, con la consecuente reducción de la actividad física y cambios en patrones de alimentación, pueden determinar que en las familias pobres, con probables antecedentes de desnutrición, se presenten problemas por ejemplo de hipertensión en el padre, anemia y obesidad en la madre, e hijos que padecen infecciones frecuentes y tal vez retardo en el crecimiento (Peña y Bacallao 2000).

La revisión de estas intervenciones educativo-comunicacionales en alimentación y nutrición destaca la necesidad de tomar en cuenta factores sociales y culturales como las creencias y el grado de instrucción de la madre, en la selección de beneficiarios y en el diseño de estrategias integradas con el sector educación. Paralelamente se ha visto que los agentes comunitarios han demostrado ser aliados estratégicos ya que pueden actuar como facilitadores de acciones educativo-preventivas en la comunidad, al promover los alimentos locales como parte de prácticas demostrativas. Sin embargo, el monitoreo y la supervisión de los agentes comunitarios (como los promotores de salud) debe ser permanente y llevado a cabo por personal técnicamente capacitado con el fin de asegurar que los mensajes sean adecuadamente dirigidos (Proyecto Salud y Nutrición Básica 2001).

Por otro lado, las experiencias señalan que la incorporación del tema de nutrición en procesos locales de concertación y socialización como el Comité de Gestión o los Comités Regionales de Alimentación y Nutrición es propicia para difundir y promover el consumo de alimentos nutritivos adecuados y disponibles localmente a través de diversas instituciones.

La continuidad de espacios educativo-demostrativos de preparación de alimentos y el seguimiento de estas acciones requieren, por un lado, de estrategias comunitarias; y por otro, de recursos del Estado y de organizaciones no gubernamentales, así como de otros sectores y de la propia comunidad.

5. Experiencias alimentarias y no alimentarias en el Perú

5.1. Intervenciones educativo-comunicacionales

Las estrategias educativo-comunicacionales juegan un rol central en el cambio de comportamiento. Se destacan algunas experiencias exitosas que cuentan con medios de verificación de sus resultados (Jacoby y Bartlett 1992).

5.1.1. Promoción de la lactancia materna

La promoción de la lactancia materna viene siendo una experiencia muy exitosa en el país. Se utilizan estrategias de promoción de esta práctica en los hospitales y servicios de salud tanto públicos como privados. Se ha demostrado la importancia de actuar a través de profesionales de la salud, aprovechando el momento en que las madres son más receptivas a la adopción de la lactancia materna (Linkages 2001). Es posible señalar que este tipo de intervenciones tiene un impacto favorable; sin embargo, es recomendable hacer un seguimiento de los servicios de salud públicos y privados para asegurarse de que bajo las condiciones habituales se promueven estas prácticas

5.1.2. “La Mejor Compra”

Diferentes evaluaciones nutricionales en la población peruana muestran que el problema alimentario no sólo responde a la falta de alimentos sino que va más allá. Si bien en las zonas más deprimidas se pueden presentar problemas tanto en la cantidad como en la calidad de los alimentos consumidos, en otros sectores, principalmente urbanos, podrían encontrarse deficiencias debido solamente a calidad de la dieta. Elementos metodológicos como “La Mejor Compra” permiten orientar a la población a una mejor selección de los alimentos nutritivos y económicos.

El programa “La Mejor Compra” es una herramienta desarrollada por el Instituto de Investigación Nutricional con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud. El fin de este programa es orientar al público en la selección de alimentos disponibles según su rendimiento nutricional y su precio en los mercados. En el ámbito urbano, la promoción de alimentos nutritivos y de bajo costo representa una buena alternativa para llegar a amplias capas de la población. Los resultados de la aplicación de esta estrategia confirmaron la adopción de las prácticas en hogares y comedores populares, lo que sugiere que debe ser promovida y extendida a todas las ciudades del país.

El programa cuenta con un *software*, de fácil instalación y manejo adaptado para responsables de proyectos y programas responsables de la implementación de consejería en nutrición intra y extramural, así como está dirigido a todos los profesionales de las diferentes áreas y a los trabajadores técnicos involucrados en acciones de promoción de la salud y la nutrición. El programa se basa en la vigilancia periódica de los precios de alimentos seleccionados en los mercados de la zona de trabajo. Estos precios permiten generar listas de ranking de los alimentos más económicos según los nutrientes seleccionados. Con estas listas se puede promover el uso y consumo de estos alimentos, a través de diversas estrategias locales y regionales, en beneficio de la nutrición y la economía de los consumidores, llevadas a cabo por diversas instituciones y los gobiernos locales.

La Organización Panamericana de la Salud ha iniciado, en América Latina, la difusión de esta metodología a través de la capacitación al personal de salud o a los trabajadores de otros programas interesados en esta herramienta.

5.1.3. Cambio de comportamiento

El proceso de adopción de prácticas mejoradas de alimentación es complejo y en él intervienen una serie de factores que afectan las decisiones acerca de qué prácticas adoptar y cómo. Estos factores incluyen la disponibilidad de alimentos, los recursos socioeconómicos, hábitos y costumbres, y la educación, todo lo cual necesita ser considerado en la priorización de los comportamientos y el diseño de mensajes.

Además se reconoce que una de las modalidades que favorece estos cambios es aquella que ofrece la oportunidad de aprender a través de la experiencia personal, ensayando directamente una nueva práctica y usando mecanismos participativos (Creed-Kanashiro y otros 1998 y 1994). Esta modalidad ha demostrado ser muy potente en la inducción de cambios de comportamiento en la población objetivo, comparada con la sola orientación o consejería verbal. En el país se cuenta con varias experiencias desarrolladas a través de ONG y del sector

salud. Con respecto a lo anterior, es importante destacar los cambios registrados en la ingesta de alimentos ricos en hierro asociados a la exposición de sesiones demostrativas de preparación de alimentos conducidas por personal comunitario y de salud en ámbitos urbano-marginal y rural (Sánchez-Griñan y otros 2001). Asimismo, se cuenta con otras experiencias en el sector salud que han permitido también un cambio de comportamiento en la alimentación infantil en ámbitos urbano-marginales (Creed y otros 2001).

En nuestro medio, la persuasión verbal en comunicación interpersonal es muy común entre las modalidades educativas en salud y nutrición; destaca su rol motivador en el cambio y mantenimiento de comportamientos aprendidos relativos a los patrones de alimentación. Se ha demostrado que este tipo de comunicación es más efectivo que los mensajes difundidos a través de los medios masivos (Strecher y otros 1986).

La Comisión Multisectorial de Alimentación y Nutrición (2001a), en consulta con representantes de entidades públicas y privadas que realizan acciones educativas en alimentación y nutrición, ha priorizado un enfoque de cambio de comportamiento en la población objetivo. Además, se cuenta con una definición concertada de comportamientos esperados según el ciclo de vida, que debe ser incorporada en el diseño de intervenciones educativo-comunicacionales a nivel nacional. En función de las prioridades sanitarias, se busca reducir la anemia, la desnutrición crónica, el sobrepeso y la obesidad de los grupos vulnerables tales como la mujer gestante, los niños menores de 24 meses, en edad preescolar y escolar, y los adolescentes y las mujeres en edad fértil.

5.2. Intervenciones en atención integral en los servicios de salud

En el Ministerio de Salud, las intervenciones básicas de atención integral de salud dirigidas a la población vulnerable de zonas priorizadas incluyen la promoción del control del crecimiento y el desarrollo infantil, la lactancia materna exclusiva, el control prenatal, la suplementación con hierro dirigida a la población materno infantil y adicionalmente la suplementación con vitamina A. Igualmente se realizan acciones de prevención y control de la deficiencia de yodo dirigidas a toda la población. Sin embargo, son muy limitadas las acciones de fortalecimiento de capacidades en atención integral en salud y nutrición para el personal de salud y de educación nutricional. Por otro lado, tomando en cuenta el perfil epidemiológico y la prevalencia de enfermedades crónicas de origen nutricional, la atención preventiva desde la gestación y el tratamiento en el adulto resulta muy restringida frente a las necesidades actuales.

Una evaluación realizada en una zona urbano-marginal de Lima detectó que en el año 2000 tan sólo 18% de los niños menores de 1 año lograban un

adecuado crecimiento con estas intervenciones. Esta cifra aumentó al 28% de niños con adecuado crecimiento al año siguiente, después de la incorporación del paquete nutricional preventivo que incluía la evaluación de la alimentación y consejería asociada al crecimiento, así como el uso de suplementos de hierro para los niños.

Algunas estimaciones del costo de este manejo preventivo de los niños durante el primer año de vida de acuerdo con los costos estándares de los servicios de salud (PSNB-CIPRODES 2000) detectan que una inversión de un sol en una atención preventiva integral en salud y nutrición, incluyendo la participación comunitaria en sesiones educativas de preparación de alimentos, permitirían el ahorro de 4 soles en cuidados de tipo terapéutico debido a periódicos episodios de diarrea o enfermedades respiratorias en los niños en el primer año de vida (Proyecto Salud y Nutrición Básica 2001).

5.3. Fortalecimiento de capacidades en el manejo alimentario nutricional

Es fundamental que los operadores de diversos sectores, públicos y privados (técnicos, comunitarios o profesionales), cuenten con competencias básicas en materia de prevención y promoción de prácticas y estilos de vida saludables en alimentación y nutrición. Estos prestadores se constituirán en agentes de cambio y promoción de conductas saludables a través de los diversos servicios, programas y proyectos sociales en el país.

Un diagnóstico de las competencias y el desempeño del personal de salud en algunos establecimientos seleccionados en Villa El Salvador reveló la existencia de un limitado manejo en aspectos de nutrición. Posteriormente, inversiones en la capacitación del personal de salud, tomando en cuenta las necesidades de la población y el entorno cultural, permitieron mejoras sustanciales en el desempeño del personal de salud, como pudo verificarse a través de entrevistas a usuarias después de la atención. Se registraron cambios en la atención integral de salud incorporándose aspectos nutricionales como la evaluación de la alimentación y la consejería nutricional, así como la administración de suplementos (Proyecto Salud y Nutrición Básica 2001).

Asimismo, se han documentado cambios importantes en el desempeño de los agentes comunitarios en la implementación de espacios educativos de preparación de alimentos, tanto en ámbitos urbanos (San Juan de Lurigancho en Lima), como rurales (Cutervo en Cajamarca), donde 80% y 52% respectivamente de las sesiones educativas llevadas a cabo por agentes comunitarios y supervisadas por personal de salud, aplicaban los mensajes claves adecuadamente.

5.4. Estrategias comunitarias de atención y vigilancia integral desde la sociedad civil y las ONG

En el país existen experiencias importantes de acciones en salud y nutrición desarrolladas a través de estrategias comunitarias y lideradas por las organizaciones no gubernamentales (ONG). Una revisión realizada a través de la Comisión Multisectorial de Alimentación y Nutrición¹⁰ sobre las intervenciones orientadas a la población materno infantil en áreas urbano-marginales y rurales destaca entre sus principales aportes su capacidad de:

- ♦ Articular las acciones en salud y nutrición en la comunidad con organizaciones de base, agentes comunitarios y gobiernos locales.
- ♦ Ejecutar acciones extramurales en coordinación con los servicios de salud.
- ♦ Ejecutar acciones de seguimiento domiciliario en la comunidad, con énfasis en casos con trastornos nutricionales.
- ♦ Desarrollar acciones de saneamiento ambiental, de control de calidad de agua, eliminación segura de excretas, aplicación de normas de puntos críticos de riesgo de calidad, manipulación e higiene de alimentos, construcción de letrinas y capacitación.
- ♦ Implementar espacios educativo-comunicacionales a nivel interpersonal, colectivo o masivo.
- ♦ Implementar diversos mecanismos de focalización de beneficiarios con énfasis en poblaciones de mayor pobreza.
- ♦ Ejecutar el monitoreo sistemático de sus intervenciones.

Estos programas han desarrollado estrategias en salud, alimentación y nutrición siguiendo un enfoque de desarrollo de la población. Se privilegia así el fortalecimiento de las capacidades locales.

La mayoría de estas intervenciones comunitarias cuenta con la participación organizada de las poblaciones beneficiarias y con promotores que participan en

¹⁰ Comisión Multisectorial de Alimentación y Nutrición. Mesas de Trabajo. ADRA/OFASA, Alternativa, CARITAS del Perú, CARE, CEPREN, FOVIDA, IIN, PRISMA, Taller de los Niños. Febrero-Junio. 2001

la localización de los beneficiarios, el seguimiento de casos y la vigilancia nutricional. Asimismo, la experiencia de concertación con autoridades y gobiernos locales para acciones sinérgicas constituyen estrategias que deben ser difundidas y ampliadas a nivel nacional. En este sentido, destaca la experiencia del Programa de Nutrición Infantil de ADRA/OFASA (Agencia Adventista de Desarrollo y Recursos Asistenciales) que viene logrando un efecto importante en la reducción de la desnutrición crónica en sus ámbitos de intervención. Asimismo, la incorporación de metodologías de desviación positiva (USAID-BASICS 1997) basadas en la identificación de familias con prácticas adecuadas de alimentación y nutrición, para recuperarlas como modelos a ser compartidos con familias de igual condición sociocultural, pero con niños con problemas nutricionales, es una estrategia prometedora que actúa sin la necesidad de recurrir a la distribución de alimentos (ADRA-PERU 2001).

5.5. Intervenciones de asistencia alimentaria

En el país se asignan importantes recursos a programas de asistencia alimentaria dirigidos a la población materno infantil, escolares y hogares vulnerables. El Ministerio de Economía y Finanzas, a través del Instituto Cuánto, ha generado información relevante y actualizada correspondiente a estos programas de alimentación que se han desarrollado en el año 2000 (Instituto Cuánto 2001). El análisis identifica una diversidad de programas que han venido operando a través de redes comunitarias, escolares, comerciales, institucionales y de salud.

En el Ministerio de Promoción de la Mujer y el Desarrollo Humano (PROMUDEH) se llevan a cabo programas y proyectos de apoyo alimentario, reactivación económica y emergencia, entre otros, a través del programa Wawa Wasi, y PRONAA, dirigidos a la población infantil, escolar y general a través de los comedores populares. La población que se atiende en estos programas es como sigue:

- ♦ Wawa Wasi: 33 mil niños de 6 meses a 3 años.
- ♦ Alimentación preescolar: 309 mil niños de 6 meses a 3 años.
- ♦ Alimentación escolar: 754,674 niños de 5 a 14 años.
- ♦ Comedores populares: 897 mil personas pertenecientes a población general en extrema pobreza.

El sector salud administraba los siguientes programas, que han sido fusionados recientemente (Presidencia del Consejo de Ministros 2002) bajo la administración del Programa Nacional de Asistencia Alimentaria, dirigidos a:

Gráfico 16
Red de ejecución de los principales programas alimentarios

ESQUEMA Nº 1: RED DE EJECUCIÓN DE LOS PRINCIPALES PROGRAMAS ALIMENTARIOS		RED INSTITUCIONAL DE HOGARES	RED SALUD	RED ESCOLAR	RED COMUNITARIA	RED ALIMENTOS COMERCIALES
POBLACIÓN OBJETIVO						
Embarazadas y en lactación	P.V.L		Programa de Salud de la Mujer			
0 a 6 m	Vaso de Leche	PIR	Programa de Salud de la Mujer			
6 m a 11 m	Vaso de Leche	PRNFO	Programa de Salud de la Mujer			
1 año	Vaso de Leche	ENR	Programa de Salud de la Mujer			
2 años	Vaso de Leche	CTA	Programa de Salud de la Mujer			
3 años	Vaso de Leche	AM	Programa de Salud de la Mujer			
4 años	Vaso de Leche	MI	Programa de Salud de la Mujer			
5 años	Vaso de Leche	LI	Programa de Salud de la Mujer			
6 a 14 años	Vaso de Leche	INABIF	Programa de Salud de la Mujer			
15 a 18 años	Vaso de Leche		Programa de Salud de la Mujer			
> 18 - 60 años	Vaso de Leche		Programa de Salud de la Mujer			
> 60 años	Vaso de Leche		Programa de Salud de la Mujer			
Grupos a Riesgo por TBC	P.V.L		Programa de Salud de la Mujer			
POBLACION GENERAL						

Fuente: Instituto Cuánto 2001.

- Familias en alto riesgo con menores de 3 años (70 mil personas-año) (PANFAR).
- Niños de 6m a 3 años (240 mil niños-año) que viven en el trapecio andino (PACFO).
- Pacientes con tuberculosis y sus familias (35 mil beneficiarios) (PANTBC).
- Niños de 6 a 14 años en abandono y riesgo nutricional (4 mil niños-año) (PROMARN).
- Desayunos escolares del nivel inicial y primario de 4 a 13 años de edad (2 millones de niños).

Los gobiernos locales tienen a su cargo el Programa de Vaso de Leche dirigido a la población materno infantil. Este programa, canalizado a través de los 1,910 distritos del país, se constituye como una importante red social a nivel nacional con una población estimada total de 5 millones de usuarios y un importante presupuesto nacional. En el mediano plazo estas instancias de gestión local deberán ser fortalecidas, junto con los comedores comunales, como oportunidades de acción directa con la población que permitan canalizar acciones costo-efectivas preventivas en salud y nutrición, de manera concertada con los diversos sectores a nivel local.

6. Conclusiones

- Es claro que los problemas nutricionales en el país tienen como causas inmediatas la ingesta inadecuada de alimentos y su inapropiada utilización por el organismo, lo que está condicionado por el estado de salud y por los procesos infecciosos, lo cual desencadena un círculo vicioso de desnutrición-infección. En la infancia se presentan prácticas inadecuadas de lactancia materna y alimentación complementaria en el primer año de vida, así como inadecuada ingesta de alimentos de calidad nutricional tanto en los menores de 2 años como en las mujeres. Se reconoce, sin embargo, que los problemas de cuidado del niño sobre cómo dar de comer son preocupaciones de las madres. Esta situación está condicionada por el bajo nivel educativo, especialmente de la mujer.
- Las restricciones al acceso a los alimentos determinan un fenómeno de inadecuada alimentación que puede tener consecuencias tanto en procesos de desnutrición como de obesidad. Esto último afecta en especial a la población pobre urbana. En este sentido, los patrones de compra de alimentos sugieren factores de riesgo alimentario; se detecta reducida ingesta de fibra dietaria, de frutas y verduras, y de productos marinos, lo que constituye un riesgo de contraer enfermedades crónicas no transmisibles.

- ♦ En el caso de las familias rurales dedicadas a la agricultura, se reconoce que la economía campesina es a la vez productora y consumidora de sus propios productos. Es urgente plantear estrategias que amplíen, promuevan y mejoren las condiciones de producción y comercialización de cultivos andinos y cultivos locales como una vía para mejorar la canasta de autoconsumo y los ingresos de las familias campesinas.
- ♦ En el caso del sector pesquero, la reducida participación de los recursos hidrobiológicos destinados al consumo humano directo de la población peruana y la dependencia de la disponibilidad de estos recursos de la pesca artesanal, obligan a definir políticas que aseguren que estas familias también se vean beneficiadas directamente por precios elevados de su producción y participen en decisiones que afectan su bienestar, ya sea a través de asociaciones locales o gremios.
- ♦ El país ha venido asignando importantes recursos destinados a programas de asistencia alimentaria. A pesar de estos esfuerzos, una proporción importante de familias carece de protección social (15%). Estos programas cuentan con mecanismos de monitoreo limitados, escasa articulación con otros sectores sociales, duplicidad de acciones, reducida efectividad en el logro de sus objetivos nutricionales e implementación de estrategias costosas.
- ♦ En el país se han dado valiosas experiencias educativo-comunicacionales en el campo de la alimentación y nutrición. Sin embargo, estas intervenciones constituyen iniciativas aisladas cuya capitalización e institucionalización es limitada en el país. Los mensajes nutricionales ofrecidos a la población no han sido consistentes entre sí. Los diferentes conceptos, enfoques, énfasis y mensajes causan confusión, y diluyen el posible efecto positivo de las recomendaciones, por lo que la adopción de prácticas saludables en la población es limitada. En el país, en el marco de acciones de promoción de la salud, la Comisión Multisectorial de Alimentación y Nutrición (2001a) ha propuesto lineamientos generales para el diseño de intervenciones educativas y de comunicación en nutrición, priorizando un enfoque de cambio de comportamiento en la población objetivo. La propuesta concertada define comportamientos esperados según el ciclo de vida, que deben ser promovidos e incorporados en el diseño de intervenciones educativo-comunicacionales a nivel nacional, en función de los problemas nutricionales priorizados.
- ♦ Es indispensable reconocer el efecto del nivel educativo de la madre y su rol en la toma de decisiones familiares y comunales sobre el bienestar de salud y nutrición de sí misma, de sus hijos y de su familia. La atención de

los problemas de educación de la población con énfasis en la educación de las niñas y las mujeres no puede ser postergada.

- ♦ Es urgente reconocer que una adecuada nutrición de los peruanos tiene efectos en un mejor rendimiento intelectual y físico y contribuye a una mayor productividad y, concomitantemente, al crecimiento económico del país. Es indispensable prestar atención a todas las etapas del ciclo de vida, especialmente en el caso de niñas y mujeres durante el embarazo y la niñez temprana. Inversiones en nutrición materno infantil van a tener tanto un efecto a corto y largo plazo e influirán sobre el significado económico y social, reduciendo los costos de atención de salud a través del ciclo de vida, aumentando la capacidad educativa e intelectual, y la productividad en el adulto (UNICEF 1999).

7. Lineamientos de política nutricional

El proceso de transición epidemiológica estaría ocurriendo en el país en un contexto de cambios en la dieta, específicamente en su estructura, composición y calidad. Estos cambios en la dieta no se refieren necesariamente a una mayor cantidad sino a un desbalance en la calidad de los nutrientes. La coexistencia de estos problemas de salud y los cambios observados en los patrones de morbilidad en la población urbana llevan a la necesidad de identificar los factores de riesgo —especialmente alimentarios, dietéticos y estilos de vida— que determinan este perfil de salud, afectando también a la población de escasos recursos. Al respecto, llama la atención el rol de la nutrición en el desarrollo de las enfermedades crónicas, destacando sus efectos a largo plazo, y se enfatiza la necesidad de iniciar esfuerzos para enfrentar estos problemas, pese al mayor interés que concitan los problemas de déficit (Popkin 1994). Esta situación representa un nuevo reto para los responsables del diseño de políticas, planes y programas en el Perú, quienes deben conjugar armónicamente la atención de los problemas de disponibilidad, acceso y distribución equitativa de alimentos, con el logro de un adecuado balance y calidad en la alimentación y estilos de vida.

El enfoque según el ciclo de vida propuesto conlleva ciertas ventajas al reconocer que: i) la salud es un proceso acumulativo; ii) se pueden obtener mayores beneficios en una etapa del ciclo de vida, influyendo sobre un período anterior; iii) las intervenciones en algunos aspectos o en unos pocos, no son suficientes para alcanzar logros sostenibles en la salud de los pobres, y iv) finalmente se reconoce que las intervenciones en una generación traerán beneficios en generaciones sucesivas. La identificación de soluciones adecuadas y efectivas a esta realidad nutricional deberá tener en cuenta estrategias comunitarias frente a la diversa y compleja gama de factores de riesgo planteados; a saber:

la seguridad alimentaria, el control y la prevención de enfermedades, el saneamiento y el cuidado adecuado.

Las orientaciones propuestas se ubican en el marco internacional de política nutricional y promoción de la salud planteadas a través de los lineamientos propuestos en la Conferencia Internacional sobre Nutrición (OMS/FAO 1992), en la Cumbre Mundial de Alimentación 1996 (FAO 1996), en la Convención de los Derechos del Niño (1989) y la Alimentación y Nutrición como Derecho Humano planteado por la Comisión de Derechos Humanos de Naciones Unidas (1999), así como por la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud (1986) (OMS 1986). En el marco de la política nacional, las orientaciones planteadas destacan las prioridades sociales en nutrición planteadas en la Carta de Política Social (2001) y las señaladas por la Comisión Multisectorial de Alimentación y Nutrición (2001b). Tomando como referencia el reconocimiento de la obligación de asegurar que toda la población tenga una adecuada nutrición en el marco de la política internacional y nacional, es urgente revisar las prioridades nacionales para asegurar no solamente inversiones en intervenciones de asistencia alimentaria, sino también garantizar inversiones sostenidas en *intervenciones no alimentarias* potenciando efectos sinérgicos de múltiples acciones¹¹ dirigidas a la nutrición de la población vulnerable. Para lograr lo anterior se deben tomar en cuenta las siguientes acciones:

- ♦ Priorizar la protección del potencial de desarrollo humano de la población peruana a través de acciones integradas con un enfoque de salud y nutrición pública y según el ciclo de vida, que tengan en cuenta principalmente a la población materno infantil, gestantes y adolescentes. El reto consiste en reducir las desigualdades de salud y nutrición con énfasis en desnutrición crónica y anemia, y asegurar una protección integral y financiera de la población vulnerable a través del uso racional de los recursos sociales. Es urgente considerar la institucionalización del tema nutricional como un componente básico de la atención integral de salud del niño y la mujer, asegurando un adecuado control del crecimiento, el desarrollo y la nutrición infantil, así como el cumplimiento del control prenatal en las mujeres embarazadas. Asimismo, es necesario propiciar mejoras sustanciales en la eficiencia, equidad y calidad de los servicios provistos conjuntamente con agentes intersectoriales para asegurar logros en la nutrición de la población.
- ♦ Las acciones de prevención de la obesidad deben comenzar desde la concepción y continuar a lo largo de la vida. La nutrición adecuada de la

¹¹ Incluyendo las de seguridad alimentaria en general, que afectan disponibilidad, acceso y uso de alimentos nutritivos, adecuados e inocuos.

gestante permite evitar la desnutrición intrauterina y sus consecuencias en el futuro; la alimentación exclusiva del lactante con leche materna durante los primeros 6 meses y una adecuada alimentación complementaria durante los 12 meses siguientes, hasta su incorporación en la dieta familiar, establecen las bases para evitar futuros trastornos asociados a la nutrición. Posteriormente, una adecuada alimentación y actividad física son elementos claves para prevenir la mayoría de las enfermedades crónicas no transmisibles, cuyo tratamiento es costoso. Las medidas para su prevención desde la vida intrauterina requerirán de estrategias de abordaje combinadas, basadas tanto en buenos hábitos de alimentación como en estilos de vida saludables y actividad física, tomando en cuenta la transición epidemiológica.

- ♦ Las inversiones en la prevención y el control de las deficiencias de micronutrientes tienen altas tasas de retorno y han demostrado alta efectividad en la solución de estos problemas nutricionales en la población materno infantil, que se reflejan en la recuperación de la capacidad física, intelectual y productiva, base fundamental para el desarrollo de la población peruana. Las estrategias de suplementación con hierro son complementadas con las de desparasitación y articuladas con acciones educativo-comunicacionales. Es necesario, además, incrementar la eficiencia de las acciones preventivas y recuperativas (captación, seguimiento y atención) para aumentar la tasa de niños con crecimiento adecuado y también la tasa de detección y seguimiento de mujeres y niños anémicos.
- ♦ Las estrategias preventivas promueven la adopción de prácticas adecuadas de nutrición, salud, higiene y cuidados en el hogar, y proporcionan una adecuada información y educación, con un enfoque de cambio de comportamiento¹². El diseño y la implementación de intervenciones educativo-comunicacionales en alimentación y nutrición se orientan a lograr la adopción de comportamientos saludables en la población, con un enfoque de desarrollo humano y mejores expectativas de vida.
- ♦ Las intervenciones educativo-comunicacionales cuentan con un enfoque preventivo promocional que prioriza a la población materno infantil. La formulación de estas intervenciones tiene como punto de partida una perspectiva intercultural, económica y social. Asimismo, las metodologías utilizadas poseen un carácter participativo, demostrativo, lúdico y de

¹² Priorizando la promoción de lactancia materna, adecuada alimentación del niño menor de 1 año, alimentación de la gestante y promoción del consumo de alimentos ricos en hierro.

interaprendizaje, que combinan enfoques complementarios. La comunicación interpersonal es privilegiada y las estrategias son integradas y adecuadas a valores y costumbres propios de la cultura de los niños y sus familias. El desarrollo de la consejería básica en alimentación y nutrición de la gestante y del niño pequeño forma parte del paquete preventivo de atención integral. Las principales oportunidades para ofrecer consejos sobre nutrición a la población son el control del crecimiento de los niños y el control prenatal de la gestante. Para que la consejería ofrecida por el personal de salud, los agentes comunitarios o de las ONG tenga éxito, se debe poner énfasis en el uso de un lenguaje sencillo que no sea ajeno a la zona de intervención.

- ◆ Los programas, proyectos y componentes del sector educación son fortalecidos incorporando contenidos en prácticas saludables de alimentación y estilos de vida. Se refuerzan aspectos de estimulación temprana y aprestamiento, a través de un enfoque integral en los programas de atención al niño, desde la vida intrauterina y durante sus primeros meses y años de vida. Intervenciones tempranas¹³ ayudan a proteger el desarrollo conductual y cognitivo, el rendimiento escolar y la salud reproductiva, fortaleciendo la futura productividad en el trabajo. Este enfoque beneficia no sólo a los niños sino a la sociedad peruana en su conjunto (Zeitlin y otros 1990). Mientras más tiempo permanezcan sin corregirse los retrasos del desarrollo, mayor es la posibilidad de que estos efectos sean permanentes.
- ◆ La sostenibilidad de las inversiones sociales se basa en el fortalecimiento de la gestión y las capacidades locales y comunitarias de acción y autocuidado¹⁴. Las capacidades de las organizaciones de base, redes sociales y gobiernos locales se fortalecen en materia de alimentación y nutrición como actores claves en la demanda de una adecuada salud y nutrición. Asimismo, la formación de recursos humanos incorpora estos enfoques ampliándose a diversas profesiones, y se fortalece una formación en cultura alimentaria.
- ◆ Las inversiones sociales favorecen y promueven adecuadas condiciones de producción y comercialización como vía para mejorar la canasta

¹³ Se ha documentado que programas de nutrición dirigidos a niños en los primeros años de vida conllevan mejoras cuantificables en la adolescencia y la adultez. Niños que reciben programas de nutrición temprana combinados con programa de estimulación tienen mejor desempeño que los que reciben intervenciones por separado. Es muy clara la importancia de intervenciones tempranas de nutrición y estimulación y su relación con la habilidad cognitiva a corto y largo plazo.

¹⁴ Inversiones efectivas que requieren de un enfoque multisectorial y consideran limitaciones sociales, económicas, culturales y ecológicas a nivel local.

de autoconsumo y los ingresos de las familias vinculadas a la producción de alimentos. Estrategias de promoción del desarrollo de la agricultura, la pesca y pequeña industria son propicias para el incremento de los recursos alimentarios y para dinamizar la economía local, articulando mecanismos de concertación entre programas de demanda y oferta alimentaria en el país.

- ◆ Se propicia la disponibilidad y el acceso a condiciones adecuadas de saneamiento básico y uso de agua segura. Para ello se favorece la articulación con los gobiernos locales y la comunidad organizada para la instalación de servicios de agua potable y desagüe, tomando en cuenta el ecosistema.
- ◆ Los procesos de reforma que promueven la descentralización influirán sobre el acceso de la población a los servicios básicos. La participación social ofrece oportunidades para asegurar el bienestar de la población. Sin embargo, ésta deberá cumplir un rol activo en beneficio de la salud y la nutrición, especialmente de la población de escasos recursos. Es fundamental la incorporación de criterios nutricionales en la implementación de planes de desarrollo local o regional, con la participación de la población organizada en el diseño y la gestión. La experiencia de los gobiernos locales y la participación comunitaria en el Programa de Vaso de Leche y en los Comités Locales de Salud (CLAS) constituyen espacios operativos locales o territoriales que han favorecido los procesos de cogestión pública y toma de decisiones. Los procesos de articulación y definición de prioridades locales en función de planes locales cuentan con asignación presupuestal local y transparencia en la gestión de recursos públicos. En este sentido, se fortalecen los mecanismos de focalización, con énfasis en una vigilancia social descentralizada y propiciando alianzas estratégicas entre el sector público, las ONG y la comunidad organizada.
- ◆ Los procesos de supervisión, seguimiento y medición de impacto nutricional son garantizados a nivel local y regional para verificar los efectos de las inversiones sociales, involucrando a los diversos sectores comprometidos y a la sociedad civil como principal agente de cambio. La definición concertada de indicadores nutricionales que abarquen las condicionantes analizadas, con énfasis en la anemia, una adecuada nutrición de la gestante y un adecuado crecimiento y desarrollo del niño, es incorporada en la agenda de Política Social Nacional, propiciando el uso y análisis de información entre los sectores público y privado para la toma de decisiones basada en evidencias. Las evaluaciones externas están a cargo de la sociedad civil y las ONG. Se incorpora la medición de

los procesos educativo-comunicacionales, lo que facilitará efectuar ajustes en las inversiones para el cambio de comportamiento en la población.

- ♦ El análisis de los factores y las condiciones para el logro de una adecuada nutrición de la población vulnerable es permanente. Además, se fortalecen procesos de generación de información que permiten caracterizar el problema de la obesidad en el país y su coexistencia con las deficiencias nutricionales en estratos de bajos recursos, sus tendencias y sus implicancias en salud pública y en el diseño de intervenciones. Se incorporan estudios sobre percepciones, hábitos de la población y estilos de vida en torno a las condiciones para superar los problemas nutricionales.
- ♦ Se propicia la fortificación de alimentos para asegurar la disponibilidad de alimentos de alto valor nutricional, especialmente aquellos alimentos orientados a menores de 2 años, gestantes y lactantes. Se mantienen las estrategias de yodación de la sal y la promoción del consumo de sal yodada.
- ♦ La reconversión de los recursos del Estado racionalizando su uso y priorizando inversiones preventivo-promocionales para mejorar el impacto de los programas de asistencia alimentaria en la población vulnerable, contempla estrategias costo-efectivas de protección integral y financiera, beneficiando a una mayor proporción de la población materno infantil y asegurando apoyo alimentario de alta calidad nutricional a niños en hogares en pobreza y pobreza extrema. La asistencia alimentaria es probable que tenga mayor impacto cuando se invierte pública y simultáneamente en reducir los riesgos de morbilidad en la población materno infantil.
- ♦ Las inversiones sociales actúan tempranamente sobre los riesgos a través de acciones preventivo-promocionales y reflejan las preocupaciones y percepciones de la población generalmente excluida de los programas de inversión social. El carácter multifactorial del problema nutricional en el país obliga a un manejo integral y multisectorial que haga confluir lo económico, lo social y lo educativo con las estrategias de salud. Las intervenciones en alimentación y nutrición se caracterizan por la concertación de todos los actores involucrados de los sectores público y privado, así como de la sociedad civil. Se conjugan armónicamente las acciones que atienden los problemas de disponibilidad, acceso y distribución equitativa de alimentos, con aquellas más complejas que velan por lograr adecuadas prácticas de alimentación integrándose y adaptándose a los valores y costumbres de la cultura en la que viven las mujeres, niños y familias.

- ♦ Los objetivos de seguridad alimentaria y nutricional se transforman en derechos y obligaciones relevantes para el desarrollo del potencial individual comunal, regional o nacional del Perú, tomando en cuenta los criterios de respeto, protección y atención propuestos por la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas. De esta manera se facilita progresivamente el desarrollo de planes y actividades en diferentes niveles y con grados variables de compromiso directo, que permiten operativizar el derecho a una nutrición adecuada en contextos determinados.

BIBLIOGRAFÍA

- ACC/SCN
2000 *The World Nutrition Situation. 4th Report. Administrative Committee on Coordination, Sub-Committee on Nutrition and International Food Policy Research Institute.* Geneva: United Nations.
- AGENCIA ADVENTISTA DE DESARROLLO Y RECURSOS ASISTENCIALES. (ADRA-OFASA) del PERÚ
2001 *Propuesta metodológica SUMAQ WAWA. Intervención nutricional sin asistencia alimentaria.* Lima.
- BEATON, G. H. y H. GHASSEMI
1982 "Supplementary feeding programs for young children in developing countries". *American Journal of Clinical Nutrition*: 35.
- BROWN, K. H., R. E. BLACK, G. LÓPEZ DE ROMAÑA y H. CREED DE KANASHIRO
1989 "Infant feeding practices and their relationship with diarrheal and other diseases in Huáscar (Lima), Peru". *Pediatrics*: 83(1): 31-40.
- CLAESON, M., C. GRIFFIN, T. JOHNSTON, M. MCLACHLAN, A. SOUCAT, A. WAGSTAFF y A. YAZBECK.
2001 "Health, Nutrition and Population Lifecycle". The World Bank. Technical Note 3A. March. Washington, DC.
- COMISIÓN MULTISECTORIAL DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN
2001a *Lineamientos para el Diseño de Intervenciones Educativo Comunicacionales en Alimentación y Nutrición.* Documento Técnico n.º 1. Ministerio de Agricultura, Pronamachcs, Ministerio de Educación, Ministerio de Pesquería, Instituto Tecnológico Pesquero, PROMUDEH, Ministerio de Salud. Lima, Julio.
- 2001b *Propuesta: Lineamientos de Política y Estrategia Nacional en Alimentación y Nutrición.* Ministerio de Agricultura, Pronamachcs, Ministerio de Educación, Ministerio de Pesquería, Instituto Tecnológico Pesquero, PROMUDEH, Ministerio de Salud. Lima, julio.
- 2001c *Mesas de Trabajo.* Ministerio de Agricultura, Pronamachcs, Ministerio de Educación, Ministerio de Pesquería, Instituto Tecnológico Pesquero, PROMUDEH, Ministerio de Salud. Lima, febrero-junio 2001.
- CREED-KANASHIRO, H., M. FUKUMOTO Y M. E. UGAZ
1994 *A community intervention to improve infant feeding practices related to diarrhoeal disease and growth, and the evaluation of the changes in behaviors.* Final Report to CDR-WHO. Instituto de Investigación Nutricional, Lima.
- CREED-KANASHIRO, H., T. URIBE, R. BARTOLINI, M. FUKUMOTO y M. BENTLEY
1998 *Intervención educativa para mejorar el consumo de alimentos ricos en hierro y prevenir la anemia en mujeres y niñas adolescentes a través de comedores populares.* Instituto de Investigación Nutricional, Lima.
- CREED DE KANASHIRO, H. T. URIBE, R. VILLASANTE, L. GANOZA y G. RESPICIO
1999 *Mensajes educativos para la alimentación infantil y de la mujer. Investigación exploratoria para apoyar el desarrollo de contenidos básicos de promoción de adecuada alimentación infantil.* Informe elaborado para el Proyecto Salud y Nutrición Básica, Ministerio de Salud. Lima, junio.
- CREED, H. y B. YEAGER
2000 "Findings of the Peru Country Study". En: *A study of factors influencing operational issues for iron supplements for infants and young children.* (Dra-per A. and Nestel P. eds) ILSI, Washington, DC.
- CREED-KANASHIRO, H., M. PENNY y R. ROBERT
2001. *Mensajes en la consejería nutricional. Qué y cómo dar de comer al niño en Trujillo, Perú.* Instituto de Investigación Nutricional-Johns Hopkins University, School of Public Health. Lima.
- DEL ÁGUILA R., G. LÓPEZ DE ROMAÑA y M.I. SÁNCHEZ-GRIÑAN.
1990. *Evaluación del estado nutricional de los niños de los pueblos jóvenes de Lima.* Informe final a la AID-Lima. Instituto de Investigación Nutricional. Lima.
- EIDE, Asbjørn
1999 Commission on Human Rights. Paragraph 44. General Comment 12. June 28, United Nations. Geneva.
- ESREY, S., F. ROSALES, E. JACOBY *et al.*
1989 *Dietary Management of Diarrhea.* Informe final. Instituto de Investigación Nutricional. Lima.
- FAO (Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación)
1996 *Declaración de Roma sobre la Seguridad Alimentaria Mundial y Plan de Acción.* Roma, noviembre.

- FUKUMOTO, M.
1995 Percepciones de las gestantes sobre la anemia y los suplementos de hierro. Informe. Instituto de Investigación Nutricional-Ministerio de Salud. Lima.
- GARAVITO, M.
2001 *Estudio de demanda de salud en Trujillo*. Proyecto 2000. Ministerio de Salud, Lima, diciembre.
- GILLESPIE, S.
1997 "Improving Adolescent and Maternal Nutrition: An Overview of Benefits and Options". UNICEF Staff Working papers, *Nutrition Series*. New York, UNICEF.
- HARRELL, M. W., C. PARRILLON y R. FRANKLIN
1989. "Nutritional functional classification study of Peru: Who and where are the poor?". *Food Policy* 14 (4): 313-329.
- INSTITUTO CUÁNTO
2001 *Diseño de una estrategia de racionalización del gasto social público en alimentación nutricional para el Perú*. Lima, febrero.
2000. Encuesta Nacional de Niveles de Vida ENNIV. Lima
- INSTITUTO NACIONAL DE ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN
1992 Proyecto Configuración de grupos en riesgo de inseguridad alimentaria. Proyecto ALADI /FAO. Ministerio de Salud. Lima.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA
2000 Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES. Lima.
- ITURRIOS, J.
1996 *Nutrition and productivity among poor rural households in the Peruvian Andes*. MS Thesis. Iowa State University, Iowa. EEUU.
- JACOBY, E. y J. BARTLETT
1992 "Una revisión de intervenciones nutricionales piloto realizadas en el Perú entre 1985-1991". En: *Las investigaciones e intervenciones nutricionales en el Perú: un análisis preliminar*. Informe final para la AID-Lima. Instituto de Investigación Nutricional. Lima, enero.
- JONSSON, U.
1993 "Nutrition and the United Nations convention on the rights of the child. Innocenti occasional papers". *Child Rights Series*. Number 5. UNICEF - International Child Development Centre, Florence.
- KENNEDY, E. y L. HADDAD
1992 "Food security and nutrition, 1971-91: Lessons learned and future priorities". *Food Policy* 17 (1): 2-6.
- LINKAGES
2001 *Evaluación de la situación de lactancia materna en el Perú-2001*. Red Peruana de Lactancia Materna-CEPREN-AED-LINKAGES-USAID, Lima. Octubre.
- LÓPEZ DE ROMAÑA, G., M. SÁNCHEZ-GRIÑAN, R. DEL ÁGUILA y H. CREED
1992a *Los efectos de la economía sobre los patrones de alimentación y desnutrición infantil en poblaciones urbanas*. Instituto de Investigación Nutricional, Lima.
1992b *Los efectos de la economía sobre los patrones de alimentación y desnutrición infantil en poblaciones urbanas: análisis secundario de datos*. Instituto de Investigación Nutricional, Lima.
- MINISTERIO DE AGRICULTURA.
1995. *Censo Nacional Agropecuario*. Lima
2002 *Informe Nacional sobre la Seguridad Alimentaria en el Perú*. Informe preliminar. Lima, mayo.
- MINISTERIO DE SALUD
2001 *Memoria Institucional*. Lima, julio.
- MYERS, R.
1993 "Los doce que sobreviven". *Publicación Científica* n.º 545. Organización Panamericana de la Salud-UNICEF, Washington DC.
1995 *La educación preescolar en América Latina. El estado de la práctica*. Programa de Promoción de la Reforma Educativa en América Latina. Santiago de Chile.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)
1986 *Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud, Ottawa, noviembre.
- OMS/FAO (Organización Mundial de la Salud / Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación)
1992 *Declaración mundial sobre la nutrición y plan de acción*. Conferencia Internacional de Nutrición. Roma, diciembre.

- OSHAUG, A., W. B. EIDE y A. EIDE
1994 "Human rights: a normative basis for food and nutrition-relevant policies". *Food Policy* 19 (6): 491-516.
- OSORIO, J.
2001 Seguimiento domiciliario de niños con anemia en la jurisdicción del CCSS Santo Domingo de La Capilla, DIRESA Cutervo, Cajamarca. Proyecto Salud y Nutrición Básica. Ministerio de Salud, Cutervo, marzo.
- PELLETIER, D. L., E. A. FRONGILLO y J. P. HABICHT
1993 "Epidemiological evidence for a potentiating effect of malnutrition on child mortality". *American Journal of Public Health* 83(8): 1130-1133.
- PEÑA, M. y J. BACALLAO
2000 "La obesidad en la pobreza: un problema emergente en las Américas". En: *La obesidad en la pobreza. Un nuevo reto para la salud pública. Publicación Científica* n.º 576. Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC pp.: 3-11.
- POLLITT, E., E. JACOBY y S. CUETO
1996 *Desayuno escolar y rendimiento*. Editorial APOYO, Lima.
- POPKIN, B.
1994 "The nutrition transition in low income countries: An emerging crisis". *Nutrition Reviews* 52 (9): 285-298.
- PRESIDENCIA DEL CONSEJO DE MINISTROS
2001 *Carta de Política Social*. Comisión Interministerial de Asuntos Sociales, Lima, diciembre.
- 2002 Decreto Supremo 034-2002-PCM. Fusionan diversos programas de apoyo alimentario y nutricional bajo la administración del PRONAA. *El Peruano*. Lima, mayo.
- PROYECTO SALUD Y NUTRICIÓN BÁSICA (PSNB)
1997 Estudio basal de micronutrientes en niños menores de 6 años y mujeres en edad fértil. Informe final. Preparado por la Universidad Peruana Cayetano Heredia y la Asociación Benéfica Prisma. Ministerio de Salud, Lima.
- 1998 Estudio sobre Conocimientos Actitudes y Prácticas en el ámbito del PSNB - Academia para el Desarrollo Educativo. Módulo de Nutrición. Lima, enero.

- 1999 Diseño de la intervención educativo-comunicacional en el ámbito del Cusco. PSNB-Academia para el Desarrollo Educativo. Cusco, julio.

PROYECTO SALUD Y NUTRICIÓN BÁSICA-CIPRODES

- 2000 Análisis comparativo de costos observados y costos estándares de los servicios de salud que cubre el seguro materno infantil. Ministerio de Salud, Lima, diciembre.

PROYECTO SALUD Y NUTRICIÓN BÁSICA

- 2001 Sistematización del componente de nutrición: fortalecimiento de la atención integral en nutrición: actividades intramurales y extramurales. Ministerio de Salud, Lima, mayo (www.minsa.gob.pe/psnb).

RACACHA, E.

- 2001 Evaluación nutricional en menores de 24 meses en servicios de salud de Villa El Salvador. Servicios de Salud Básica-Villa El Salvador. DIRESA Lima Sur. Proyecto Salud y Nutrición Básica. Ministerio de Salud, Villa El Salvador.

ROGERS, B. L., S. RAJABIUN, J. LEVINSON y K. TUCKER

- 2001 *Reducción de la desnutrición crónica en el Perú: propuesta para una estrategia nacional*. USAID-TUFTS, Lima.

RUTTER, M. y M. RUTTER

- 1993 *Developing minds: Challenge and Continuity Across the Life Span*. Harper Collins, New York.

SÁNCHEZ-GRIÑAN, M., V. GALARRETA, W. CAVERO y W. LÁZARO

- 1991 Análisis de consumo aparente de alimentos. Encuestas de Hogares de Lima
1989 Instituto de Investigación Nutricional-Instituto Nacional de Estadística e Informática, Lima.

SÁNCHEZ-GRIÑAN, M. I., I. BERNUI, L. GANOZA y C. CUBA

- 1992 *Dieta y salud en el Perú con relación a enfermedades crónicas no transmisibles: 1967-1992*. Proyecto Multicentro Dieta y Salud en Latinoamérica y el Caribe. Organización Panamericana de la Salud, Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá, Instituto de Investigación Nutricional, Lima.

SÁNCHEZ-GRIÑAN, M., G. RESPICIO, M. CAMPOS y H. CREED

- 2001 Cambio de comportamiento para mejorar práctica de alimentación en niños pequeños con énfasis en alimentos ricos en hierro: estrategias educativas a través de los servicios de salud en Lima y Cajamarca. Informe preliminar para el Banco Mundial. Proyecto Salud y Nutrición Básica. Instituto de Investiga

SCHROEDER, D. y R. MARTORELL

2000 "Deficiencia del crecimiento fetal e infantil y obesidad y enfermedad crónica en la edad adulta: importancia para América Latina". En: *La obesidad en la pobreza, un nuevo reto para la salud pública* (Peña M. y Bacallao J., eds.). *Publicación Científica* n.º 576 Organización Panamericana de la Salud, Washington DC, pp.: 111-124.

SMITH, L. y L. HADDAD

2000 "Overcoming Child Malnutrition in Developing Countries: Past Achievements and Future Choices". Discussion Paper 30. International Food Policy Research Institute, Washington, DC, February.

STRECHER, V. J., B. McEVOY, M. H. BECKER y I. ROSENSTOCK

1986 "The role of self-efficacy in achieving health behavior change". *Health Education Quarterly*. Vol 13(1): 73-91.

UNICEF

1999 *El estado mundial de la infancia. 1998*. Nueva York.

USAID-BASICS

1997 *Field Guide. Designing a Community Based Nutrition Program on the Hearth Model. Using the Positive Deviance Approach*. BASICS, Arlington, VA.

WILSON, E.

2001 "Overfished Oceans, Booming Fisheries. What does this mean for world food security?" Chapter 15. In: *The Unfinished Agenda*. (P. Pinstrop Andersen and R. Pandya-Lorch, eds.). International Food Policy Research Institute, Washington DC.

ZAVALETA, N. R., B. BERLANGA, LONNERDAL y K. H. BROWN

1993 Prevalencia y determinantes de la anemia por deficiencia de hierro en una muestra representativa de gestantes en Lima. Informe final. Organización Panamericana de la Salud. Instituto de Investigación Nutricional, Lima.

ZEITLIN, M., H. GHASSEMI y M. MANSOUR

1990 *Positive Deviance in Child Nutrition, with Emphasis on Psychosocial and Behavioral Aspects and Implications for Development*. Tokio: The United Nations University. Citado por Myers 1995.

ÍNDICE DE SIGLAS

ACC/SCN	<i>Administrative Committee on Coordination / Standing Committee on Nutrition</i>
ACOS	Análisis Comunal de Salud
ADPIC	Acuerdo sobre Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados al Comercio
ADRA	<i>Adventist Development Relief Agency</i>
AMEU	Aspiración Manual Endouterina
AOE	Anticoncepción Oral de Emergencia
APAFA	Asociación de Padres de Familia
API	<i>Ambulatory Payment Innovation</i>
APPF	Asociación Peruana de Planificación Familiar
APRISABAC	Atención Primaria de Salud y Saneamiento Básico de Cajamarca
APROMSA	Asociación de Promotores de Salud
APS	Atención Primaria de Salud
AQV	Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria
ARS	Administradora del Régimen Subsidiado
ASIS	Análisis de Situación de Salud
ATLF	Asociación de Trabajo Laico Familiar
BM	Banco Mundial
CAN	Comunidad Andina de Naciones
CARE	<i>Cooperative for Assistance and Relief Everywhere, Inc.</i>
CE	Comunidad Europea
CENAIM	Centro Nacional de Información de Medicamentos
CEPAL	Comisión Económica para América Latina
CEPD	Centro de Estudios de Población y Desarrollo
CIDA	Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional
CLAISS	Centro Latinoamericano de Investigación para Sistemas de Salud
CLAS	Comunidad Local de Administración de Salud
CNP	Consejo Nacional de Población
CONAMAD	Comité Nacional de Alimentos, Medicamentos y Drogas

COPROMSA	Comité de Promotores de Salud	MARE	Ministerio de Administración General y Reforma del Estado
COSUDE	Cooperación Suiza para el Desarrollo	MEF	Mujeres en Edad Fértil
CTAR	Consejo Transitorio de Administración Regional	MINSA	Ministerio de Salud
DALYS	<i>Disability Adjusted Life Years (Años de vida ajustados por Discapacidad)</i>	MLAL	Movimiento Laico de América Latina
DCI	Denominación Común Internacional	MUEF	Mujeres Unidas en Edad Fértil
DFID	<i>Department for International Development</i> – Gobierno Británico	NAMRID	Instituto Médico Naval de Investigación de los Estados Unidos
DGSP	Dirección General de Salud de las Personas	OGE	Oficina General de Epidemiología
DIGEMID	Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas	OMC	Organización Mundial del Comercio
DISA	Dirección de Salud	OMS	Organización Mundial de la Salud
ECOS	Equipo Comunal de Salud	ONG	Organización No Gubernamental
EDA	Enfermedad Diarreica Aguda	OPS	Organización Panamericana de la Salud
ENAH0	Encuesta Nacional de Hogares	OTC	Medicamentos de venta sin receta médica
ENDES	Encuesta Demográfica y de Salud Familiar	PAAG	Programa de Administración de Acuerdos de Gestión
ENNIV	Encuesta Nacional de Niveles de Vida	PAC	Programa de Administración Compartida
ENSAP	Escuela Nacional de Salud Pública	PACFARM	Programa de Administración Compartida de Farmacias
EPS	Empresas Prestadoras de Salud	PACFO	Programa de Alimentación Complementaria para Grupos en Mayor Riesgo
ES	Establecimientos de Salud	PAHO	<i>Pan American Health Organization (OPS)</i>
ESS	Empresa Solidaria de Salud	PANTBC	Programa de Alimentación y Nutrición al Paciente Ambulatorio con Tuberculosis y Familia
EsSalud	Instituto Peruano de Seguridad Social (Antes IPSS)	PANFAR	Programa de Alimentación y Nutrición para Familias en Alto Riesgo
ETS	Enfermedad de Transmisión Sexual	PAP	Papanicolaou
FOE	Funciones Obstétricas Esenciales	PCMI	Programa de Capacitación Materno-infantil, Perinatal e Infantil
FONCODES	Fondo Nacional de Compensación y Desarrollo Social	PECOS	Programa Especial de Control del SIDA
GRD	Grupo de Diagnóstico Relacionado	PFSS	Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud
GOBI	<i>Growth Monitoring, Oral Rehydration Therapy, Breastfeeding, Immunizations</i>	PISDEC	Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales
GTZ	Cooperación Alemana para el Desarrollo	PLA	<i>Participatory Learning and Action</i>
HACCP	<i>Hazard Analysis Critical Control Point</i>	PMD	Plan Municipal de Desarrollo
HNAL	Hospital Nacional Arzobispo Loayza	PME	Programa de Medicamentos Esenciales
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>	PMH	Petitorio de Medicamentos Hospitalarios
HPV	Virus del Papiloma Humano	PNM	Política Nacional de Medicamentos
IFPRI	<i>Internacional Food Policy Research Institute</i>	PNMBE	Petitorio Nacional de Medicamentos Básicos y Esenciales
INEI	Instituto Nacional de Estadística e Informática	PNME	Petitorio Nacional de Medicamentos Esenciales
INEN	Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas	PNS	Política Nacional de Salud
INRUD	Red Internacional para el Uso Racional de Medicamentos	POA	Plan Operativo Anual
IPC	Índice de Precio al Consumidor para Lima Metropolitana	PRA	<i>Participatory Rural Appraisal</i>
IRA	Infecciones Respiratorias Agudas	PROMARN	Programa de Alimentación del Menor en Abandono y Riesgo Nutricional
IRD	Institut de Recherche Pour le Développement (Instituto de Investigación para el Desarrollo)	PRONAA	Programa Nacional de Asistencia Alimentaria
IVAA	Inspección Visual con Ácido Acético		
JASS	Junta Administradora de Servicios de Saneamiento		
LME	Listado de Medicamentos Esenciales		

PROCTSS	Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA
PROSESEP	Programa de Revitalización de Servicios de Salud
PSBPT	Programa Salud Básica para Todos
PSCTA	Programa de Salud Comunitaria en el Trapecio Andino
PSL	Programa de Salud Local
PSNB	Proyecto Salud y Nutrición Básica
RAM	Reacciones Adversas Medicamentosas
RDR	Recursos Directamente Recaudados
SARAR	<i>Self-esteem / Associative / Reflexive / Action planning / Responsibility</i>
SEED	<i>Self Evaluation for Effective Decision-making</i>
SEG	Seguro Escolar Gratuito
SEMIU	Sistema de Empadronamiento e Identificación de Usuarios
SIC	Sistema de Ingresos y Costos
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (AIDS)
SILOMED	Sistema Local de Suministro de Medicamentos Esenciales
SILOS	Sistema Local de Salud
SIS	Seguro Integral de Salud
SIU	Sistema de Identificación de Usuarios
SIUSS	Sistema de Identificación de Usuarios de Servicios de Salud
SIVICS	Sistema de Vigilancia Comunal de Salud
SMI	Seguro Materno Infantil
SIVISO	Sistema de Vigilancia Social
SPP	Sistema de Programación Presupuestal
SPS	Seguro Público de Salud
TATI	Tamizaje y Tratamiento Inmediato
UBASS	Unidad Básica de Administración de Servicios de Salud
URO	Unidades de Rehidratación Oral
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (UNDP)
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
UTES	Unidades Territoriales de Salud
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana (HIV)
WHO	<i>World Health Organization (OMS)</i>