

LAS DISPARIDADES EN EL SECTOR SALUD DEL PERU¹

Dieter K. Zschock²

El Análisis del Sector Salud (ANSSA) del Perú fue un estudio muy completo efectuado entre 1985 y 1986 con el propósito de someter a prueba la premisa de que las pautas que rigen actualmente la asignación de recursos son inapropiadas para alcanzar la meta, fijada por el Gobierno, de poner al alcance de todos los peruanos la atención primaria de salud y los servicios hospitalarios básicos para 1990. El examen de sus principales resultados pone de manifiesto la existencia de profundas disparidades entre la asignación de recursos y la distribución de la población que ponen en peligro el logro de dicha meta; en consecuencia, se hacen una serie de recomendaciones con miras a corregir ese estado de cosas. Asimismo, se comentan las características de diseño, planificación y ejecución que hicieron del ANSSA una experiencia valiosa que puede servir de modelo para futuras investigaciones de este tipo.

En este artículo se resumen algunos de los principales resultados del Análisis del Sector Salud del Perú (ANSSA), un estudio muy completo efectuado por un equipo de investigadores peruanos e internacionales entre 1985 y 1986 (1-9). El ANSSA se concibió para poner a prueba la premisa —compartida por las autoridades peruanas del sector salud y funcionarios de organismos de ayuda exterior— de que las

pautas que rigen actualmente la adjudicación de recursos en el sector salud del país son inapropiadas para alcanzar la meta más importante de la política del Gobierno en dicho sector: poner al alcance geográfico y financiero de todos los peruanos la atención primaria de salud y los servicios hospitalarios esenciales durante el mandato quinquenal del gobierno elegido en 1985. El ANSSA también examinó los efectos de la reducción del compromiso financiero con la atención de salud dispuesta por el Gobierno anterior a raíz de la grave recesión económica ocurrida en el Perú entre 1982 y 1983. Dicha reducción sobrevino cuando la necesidad de servicios de salud era mayor que nunca y cuando los donantes extranjeros procuraban colaborar con el Gobierno en la expansión de la cobertura de la atención primaria de salud.

Durante el examen de las disparidades existentes entre la adjudicación de recursos para el sector salud y el mandato político de este, los investigadores del

¹ Se publica en el *Bulletin of the Pan American Health Organization*, Vol. 23, No.3, 1989, con el título "Health sector disparities in Peru". La investigación en que se basa este artículo fue financiada por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, según el acuerdo de cooperación No. 527-0167-CA-00-5054-00. El proyecto fue dirigido conjuntamente por el autor y por Julio Castañeda, remplazado después por Walter Torres, ambos del Perú. Se recibió colaboración de la Organización Panamericana de la Salud, la Universidad Peruana Cayetano Heredia, la Escuela de Administración de Negocios para Graduados, de Lima, la Universidad Estatal de Nueva York en Stony Brook y el Grupo de Recursos Internacionales, de Stony Brook.

² Universidad Estatal de Nueva York en Stony Brook, Departamento de Economía. Dirección postal: Department of Economics, State University of New York, Stony Brook, NY 11794, EUA.

ANSSA comprobaron que casi no existía información acerca de la organización, gastos y cobertura del sector privado de atención de salud ni de su interacción con el sector público. Por lo tanto, se llegó a acuerdos para emprender la vasta tarea de reunir los datos necesarios para un análisis sectorial de gran extensión.

La organización, el tipo de apoyo y la participación del ANSSA son diferentes de los de otras evaluaciones del sector salud, tales como las realizadas por iniciativa del Banco Mundial o de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (AID). Se analizaron los gastos y la cobertura de los servicios de los tres componentes principales del sector, a saber: el Ministerio de Salud, el Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS) y las organizaciones de atención de salud de carácter privado. A diferencia de la mayoría de los anteriores estudios del sector, que se centraron en los ministerios de salud (en parte debido a las limitaciones de datos sobre los otros dos componentes del sector y en parte porque el grueso de la ayuda internacional se canaliza por medio de los ministerios), el ANSSA se concibió principalmente para beneficio directo de los responsables de las decisiones del sector salud del Perú y contó con la plena participación de las instituciones y profesionales del sector. La planificación del estudio fue una empresa conjunta de la Universidad Estatal de Nueva York en Stony Brook y de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), que proporcionaron asistencia técnica y administraron los fondos del estudio. El diseño y la ejecución de este fueron aprobados por el Ministerio y el IPSS. Los profesionales participantes provinieron fundamentalmente de esas cuatro organizaciones, así como de dos instituciones peruanas de educación superior y de una firma consultora de los Estados Unidos.

El diseño del ANSSA se basó en varias guías para el financiamiento de la atención de salud (10) y refleja la puesta en práctica de las recomendaciones para el análisis del financiamiento de la atención de salud recientemente sintetizadas por el Banco Mundial (11). La preocupación del ANSSA por el impacto de la recesión económica sobre los gastos en atención de salud encuentra antecedentes en el análisis del tema que llevó a cabo la OPS en 1986 (12). Los minuciosos estudios del financiamiento y la cobertura de la seguridad social y del sector privado se apoyaron en un trabajo del autor (13) y en un informe preparado por la Group Health Association of America (14).

Pero la concepción del ANSSA, como un estudio de la organización y la adjudicación de recursos más que un mero estudio de financiamiento, va más allá de lo que pueden sugerir esas referencias. Se compararon los gastos y la cobertura de los tres componentes principales del sector —Ministerio, IPSS y atención privada— con la distribución de los recursos físicos, humanos y farmacéuticos entre ellos, y también se estableció la relación entre la asignación de recursos financieros y reales y la distribución geográfica de la población peruana. En este artículo se resumen estos elementos de la oferta considerados en la investigación, pero el ANSSA también produjo estudios muy completos sobre las condiciones de salud de la población y las demandas de servicios de salud por parte de los hogares y la comunidad.

El proyecto comprendió un inventario y revisión minuciosos de las bases primarias de datos y fuentes de consulta de origen peruano e internacional, que ahora están disponibles en una base de documentación computadorizada ubicada en la Representación OPS/OMS en Lima. Todos los conjuntos de datos primarios utilizados en el ANSSA se formaron con la materia prima informativa aportada por las instituciones del sector salud del Perú y por el Instituto Nacional de Estadística (INE).

LOS GASTOS TOTALES DEL SECTOR SALUD

En 1984, el gasto en atención de salud, incluidos los servicios públicos y privados, equivalió a 4,5% del producto interno bruto (PIB). Entre 1981 y 1984, un período de menoscabo constante de la situación económica peruana, el gasto total del sector permaneció estable en términos relativos, pero en términos absolutos disminuyó de \$US 813 millones a \$US 732 millones, una reducción de 10% a lo largo de cuatro años (cuadro 1). Durante el mismo período, el ingreso per cápita de los peruanos sufrió una reducción de 16%. Si bien el sector salud como un todo padeció inevitablemente las consecuencias de la recesión económica del país, en general mantuvo su posición en relación con otros sectores de la economía.

La disminución del gasto total en salud pudo ser más aguda de no haber mediado un aumento en los gastos de los servicios privados de atención de salud a medida que la población peruana, decepcionada por la atención proporcionada por las dependencias públicas, recurrió en forma

creciente al sector privado. Los gastos del Ministerio y el IPSS se redujeron 16 y 26%, respectivamente, con lo cual la disminución general del gasto público alcanzó 20%; pero la merma fue compensada por un aumento de 12% en los gastos por concepto de atención privada. El efecto de estas tendencias manifestadas entre 1981 y 1984 fue una reducción de los gastos públicos en el sector salud, que pasaron de 73 a 66% del total, y un aumento correspondiente de la proporción de gastos en el sector privado, que subieron de 27 a 34%.

En el Perú, desde mediados de los años setenta ha existido la tendencia a disminuir los gastos públicos en el sector salud en relación con el gasto del Gobierno central (GGC), lo cual indica que la salud pública ha perdido importancia entre las prioridades del Gobierno. Esto se observó de manera más acentuada durante la reciente crisis económica. Entre 1981 y 1984 los gastos del Ministerio disminuyeron de 4,95 a 4,19% del GGC, y para 1985 no se

CUADRO 1. Composición sectorial de los gastos en salud. Perú, 1981-1984

Sector	Gastos (millones de \$US)							
	1981		1982		1983		1984	
	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%
Sector público								
Ministerio de Salud	238	29	213	27	201	28	201	27
Instituto Peruano de Seguridad Social	304	37	301	38	229	32	240	33
Otros ^a	53	7	52	7	45	7	46	6
Subtotal	595	73	566	72	475	67	487	66
Sector privado	218	27	227	28	236	33	245	34
Sector salud en total	813	100	793	100	711	100	732	100

Fuente: Referencia 9.

^a Incluye fuerzas armadas y entidades autónomas.

habían recuperado (cuadro 2). Los gastos del IPSS descendieron de 6,34 a 5,02% del GGC. Por lo tanto, el aumento parcialmente compensatorio de los gastos en atención privada indica que la demanda de la población es más firme que el compromiso del Gobierno con este sector.

La ayuda externa representó solamente alrededor de 2% de los gastos totales del sector salud del Perú durante 1984. Sin embargo, equivalió a un tercio del compromiso financiero total del Ministerio con la atención primaria de salud, estimado en \$US 50 millones para 1984. Desde el retorno del Perú a un sistema democrático de gobierno en 1980, el Banco Mundial, la AID y el Organismo para Cooperación Técnica (GTZ) de la República Federal Alemana proporcionaron en total alrededor de \$US 40 millones en préstamos y donaciones para la atención de salud en el Perú. Aunque a mediados de 1985 aún estaban pendientes de gasto la mayor parte de los préstamos del Banco Mundial y algunos fondos de la AID, en cuatro años el volumen de la ayuda externa pasó de casi 0 a cerca de 5% de los ingresos anuales del Ministerio. Al mismo tiempo, los pagos transferidos por el Ministerio a las organizaciones privadas de carácter voluntario (OPCV) se redujeron de 12 a apenas 1% de su presupuesto anual. Las

OPCV, que operan muchos establecimientos de atención primaria de salud en el Perú, generalmente están afiliadas a entidades caritativas internacionales de carácter religioso, y reciben apoyo de estas. Así pues, la reducción de los pagos transferidos por el Ministerio demostró que el fiel de la balanza del financiamiento de la atención primaria de salud en el Perú se desplazó del sector privado al sector público.

Los gastos del Ministerio de Salud

De un total de aproximadamente 19 millones de peruanos, 11 millones son indigentes desde el punto de vista de la atención médica, lo cual significa que no están en condiciones de pagar por algo más que no sea alimentos, vestimenta y abrigo . . . si acaso pueden satisfacer al menos estas necesidades básicas. El Ministerio tiene la responsabilidad de proporcionar atención de salud a estos peruanos pobres, ejercer una función reguladora sobre el sector salud en su conjunto, fomentar la atención de salud preventiva y construir instalaciones de agua potable y saneamiento básico en las zonas rurales. Sin embargo, el grueso de sus recursos no se canaliza actualmente hacia esas funciones sino a la prestación de servicios médicos curativos en los hospitales urbanos.

Al Ministerio corresponden alrededor de 27% de los gastos del sector salud del Perú (véase el cuadro 1), proporción que disminuyó apenas ligeramente durante el período 1981-1984. En términos absolutos, sin embargo, en 1984 el Ministerio dispuso tan solo de unos \$US 200 millones para gastos, frente a alrededor de \$US 235 millones en 1981. Por otra parte, al tiempo que los recursos financieros del Ministerio se reducían, la población peruana aumentaba. Por esta razón, el promedio de gasto per cápita en relación con la población destinataria disminuyó de unos \$US 24 en 1981 a \$US 20 en 1984. No obstante, los servicios del Ministerio se hallan al alcance de menos

CUADRO 2. Gastos del Ministerio de Salud y el Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS) en atención de salud. Perú, 1981-1984

Año	Gastos (% del gasto del gobierno central)		
	Ministerio	IPSS	Ambos
1981	4,95	6,34	11,29
1982	4,58	6,47	11,05
1983	4,46	5,09	9,55
1984	4,19	5,02	9,21

Fuente: Referencia 9.

de la mitad de la población indigente desde el punto de vista de la atención médica, lo cual significa que el gasto real per cápita para los 5 millones de personas atendidas por el Ministerio duplica ese promedio, o sea que alcanza unos \$US 40.

Pero debido a la onerosa carga financiera que suponen para el Ministerio esos servicios hospitalarios, apenas una cuarta parte de los gastos totales se utiliza para proporcionar atención primaria fuera de los hospitales. Esto significa que, en realidad, el Ministerio solamente gasta alrededor de \$US 10 per cápita para prestar atención primaria a los 5 millones de habitantes pobres de zonas urbanas y rurales a los cuales se estima que proporciona atención de salud. El problema se complica debido a que gran parte de esta atención es ineficaz, pues el mantenimiento de muchos centros y postas de salud es deficiente, y estas instalaciones sufren escasez de personal y suministros. En 1984, con el propósito de aliviar este problema, se creó una nueva categoría presupuestaria que destina cerca de 10% de los gastos totales a medicamentos, capacitación y transporte en apoyo de la atención primaria. La mayor parte de los gastos de esta nueva categoría se financia con donaciones externas, atenuando lo que de otra forma hubiera sido una reducción mucho más considerable de los gastos del Ministerio entre 1981 y 1984.

Además de la eliminación de las transferencias a las OPCV, se redujeron los gastos del Ministerio por concepto de inversión en instalaciones y suministros, incluidos los medicamentos esenciales, cuya disponibilidad en los servicios de salud pública disminuyó sensiblemente. En términos absolutos, entre 1981 y 1984 las inversiones en instalaciones disminuyeron 56%, y los gastos en suministros médicos, 83%. Por otra parte, durante el mismo período los gastos por concepto de salarios y pensiones aumentaron, tanto en términos relativos como absolutos. Dentro del total de gastos del Ministerio, lo mismo los de

índole nacional que los regionales, la proporción correspondiente a los sueldos aumentó de 58 a 70% de los gastos ordinarios, y los pagos por concepto de pensiones aumentaron de 4 a casi 9%. En términos absolutos, estos incrementos representaron un aumento cercano a 9% en el caso de las remuneraciones y de casi el doble en los desembolsos por pensiones; esto ocurrió durante un período de reducción general de la disponibilidad de recursos financieros. Por lo tanto, el personal médico fue el principal beneficiario de las prioridades de gastos.

Los gastos a nivel regional (para 16 regiones de salud que abarcan 25 departamentos), que en 1981 representaron 75% de los gastos ordinarios del Ministerio, ascendieron en 1985 a más de 80%. A escala regional, la proporción correspondiente a los sueldos pasó de 70 a 79% de los gastos, mientras que la de suministros descendió de 19 a 15%, y la de servicios tales como el mantenimiento permaneció en muy bajo nivel. La distribución regional de los gastos refleja la intensa concentración de instalaciones hospitalarias públicas y de personal médico en los departamentos más urbanizados del Perú. A las zonas metropolitanas de Lima/Callao, Ica y Arequipa, donde reside 39% de la población, el Ministerio destinó 59% de sus gastos regionales. Para el resto del país, habitado por 61% de la población, otorgó apenas 41% de sus recursos financieros. Los departamentos más urbanizados absorbieron una cuota aun más desproporcionada (63%) de los recursos para medicamentos.

Los gastos del Instituto Peruano de Seguridad Social

El IPSS, que presta atención de salud a aproximadamente 18% de la población peruana (3,5 millones de personas), gasta considerablemente más que el Ministerio: \$US 240 millones en 1984, o sea \$US 68 per cápita. Pero entre 1977 y 1984 los gastos anuales superaron a los ingresos del fondo de atención médica del Instituto, lo cual causó déficit que debieron subsanarse mediante transferencias internas de los fondos de invalidez y pensiones, cosa que no constituye una práctica juiciosa desde el punto de vista fiscal. La raíz de esos déficit anuales se encuentra en dos problemas vigentes, a saber: el incumplimiento por parte del Gobierno, como empleador, del pago de la contribución total correspondiente a sus empleados amparados por el programa de atención médica del IPSS y la amplia evasión de los pagos por concepto de seguridad social en que incurrir los empleadores del sector privado. Recientemente, el Gobierno aumentó sus contribuciones y el IPSS mejoró su cobranza de las aportaciones del sector privado. En 1985, por primera vez en un decenio, el programa de atención médica del IPSS registró un superávit anual.

La atención médica del IPSS es uno de los programas más costosos y menos eficientes entre los de su clase en América Latina. Quizá la deuda interna del Instituto nunca se pague; tampoco es probable que el Gobierno salde las contribuciones que adeuda como empleador. Como resultado de ello, los pensionistas e inválidos quizá sufran reducciones de las compensaciones pagaderas con fondos a cuya formación con-

tribuyeron. Por otra parte, la cobertura médica del Instituto es bastante limitada; hasta hace poco tiempo, los dependientes de los trabajadores solamente recibían atención materno-infantil. La cobertura legalmente obligatoria se extiende ahora a todos los hijos dependientes hasta la edad de 14 años, pero en realidad son muy pocos los que se encuentran efectivamente registrados en el programa y que cuentan con la cédula de identidad necesaria para recibir servicios médicos. Los beneficios de los cónyuges aún se encuentran limitados a la atención materna.

La cobertura del IPSS se concentra entre los asalariados urbanos con un empleo estable. Casi 58% de sus beneficiarios residen en la zona Lima/Callao, y a la región metropolitana de la capital corresponden 64% de los gastos en atención médica. La composición del gasto del IPSS es similar a la del Ministerio en el sentido de que los sueldos representan alrededor de las tres cuartas partes del total, aunque a los suministros, incluidos los medicamentos, corresponde alrededor de 20%, proporción superior a la magra cuota asignada a esta categoría dentro del total de los gastos del Ministerio. Los datos sobre los gastos del IPSS muestran que casi no hay egresos de capital; la construcción y las compras de equipo se financian con recursos de los fondos de invalidez y pensiones tomados como préstamos a largo plazo y de bajo interés; pero ello no aparece en la contabilidad de los programas médicos del IPSS.

El gasto per cápita en atención médica del IPSS es considerablemente superior a la del Ministerio porque aquel se inclina aun más hacia la atención hospitalaria, sus costos administrativos son muy elevados y sus sueldos son sensiblemente superiores a los que este paga a empleados con calificaciones similares.

EL FINANCIAMIENTO DE LA ATENCION DE SALUD PRIVADA

En 1984, los gastos por concepto de atención de salud en el ámbito privado del Perú, que en el ANSSA se calcularon separando servicios médicos y medicamentos, ascendieron a aproximadamente \$US 245 millones, cifra que representa alrededor de un tercio del total de los gastos del sector salud. Solamente 4 millones de peruanos obtuvieron la mayor parte de sus servicios médicos de proveedores privados, pero la mayoría efectuaron el grueso de sus compras de medicamentos en farmacias particulares. Aunque el sector privado administra solo 18% de las camas hospitalarias y menos de 5% de los centros y postas de atención primaria, emplea a más de la mitad de los médicos del país y acapara 72% de las ventas de productos farmacéuticos.

Entre los 4 millones de peruanos que dependen principalmente de los servicios de salud particulares, cerca de medio millón pagan directamente por ellos. Otros 400 000 se encuentran amparados por diversos mecanismos de riesgo compartido, 900 000 están afiliados a cooperativas y 2,2 millones son beneficiarios de OPCV. Si bien estas estimaciones provienen de información proporcionada por el sector de la oferta, la provista por la demanda le sirve de aval: en 1984, el sector privado atendió 37% de las consultas ambulatorias en Lima y 62% en las zonas urbanas de los departamentos andinos.

Los seguros de salud privados no existieron en el Perú hasta mediados de los años setenta, y los sistemas de atención de salud mediante pago previo administrados por empleadores o proveedores son aun más recientes. La aparición y evolución de estos mecanismos de riesgo compartido en el sector privado se hallan íntimamente ligadas a la situación económica del país y a su efecto sobre los servicios de atención de sa-

lud financiados con recursos del erario público por medio del Ministerio y el IPSS. Los mecanismos particulares de riesgo compartido son atractivos para la minoría de la población que cuenta con ingresos reales relativamente altos, y también para un número algo elevado de peruanos de clase media cuyo ingreso real probablemente disminuyó durante los últimos diez años, pero que ya no consideran aceptable la calidad deficiente de los servicios del sector público como fuente primaria de atención ambulatoria de salud.

El mercado de los sistemas de riesgo compartido fue creado y aún se halla dominado por compañías y agentes de seguros que atrajeron a empleadores importantes; pero desde 1982 los planes de pago previo ofrecidos por varias clínicas grandes surgieron como una nueva e importante fuente alternativa de financiamiento privado. Actualmente cuatro clínicas de Lima ofrecen planes familiares de pago previo; se estima que cuentan con un total de 40 000 afiliados. Las cuotas de suscripción y los servicios de dichos planes indican que su atención se dirige principalmente a las familias de ingresos medianos. Sin embargo, la principal fuente de ingresos de las clínicas siguen siendo los pagos por servicios, abonados directamente por las personas o por las compañías aseguradoras.

En conjunto, las cooperativas y las OPCV proveen servicios médicos a alrededor de 3,1 millones de peruanos, lo cual equivale a cerca de 24% de la atención de salud moderna que se ofrece en el país. Por consiguiente, constituyen un elemento principal dentro del esfuerzo que se lleva a cabo en el Perú para proporcionar servicios de salud básicos a un costo razonable, pero su viabilidad económica quizá haya sufrido

menoscabo durante la reciente y severa recesión económica.

Entre las 2 000 cooperativas identificadas en un censo que se realizó en 1981, solamente 172 declararon proporcionar alguna forma de servicios de salud a sus miembros. En las zonas urbanas, las sociedades de ahorro y crédito son las que cuentan con mayores probabilidades de ofrecer dichos servicios, mientras que en las zonas rurales cierto número de cooperativas agrícolas proporcionan algunos servicios de salud. Las cooperativas urbanas que lo hacen benefician principalmente a residentes de medianos ingresos afiliados a las sociedades de ahorro y crédito, en especial dependientes de trabajadores, puesto que generalmente los jefes de familia se encuentran amparados por el IPSS. Las cooperativas agrícolas, que constituyen más de la mitad de las que proporcionaban servicios de salud en 1982 (91 de 172), cuentan en promedio con menos afiliados que las sociedades de ahorro y crédito. Sus recursos financieros, provenientes en su mayor parte de gravámenes sobre las ventas de la producción de sus afiliados, siempre han sido sumamente limitados. En esas condiciones, los servicios de salud de las cooperativas rurales se han limitado a cierta atención de salud ambulatoria y a la compra de medicamentos para sus integrantes. Las únicas excepciones son varias cooperativas azucareras que proporcionan servicios hospitalarios.

Mientras que las cooperativas son entidades locales que casi no reciben apoyo externo, la mayor parte de las OPCV que proveen atención de salud fueron organizadas por entidades religiosas internacionales y otras organizaciones de caridad. Además, en tanto que las cooperativas cobran poco o nada a sus miembros por la

prestación de sus servicios, la mayor parte de las OPCV requieren pagos sustanciales de sus pacientes. En 1982, sumaban 270 las OPCV que prestaban atención de salud a los peruanos, casi todas ellas en cooperación con el Ministerio. Debe recordarse que en esa fecha este aún les otorgaba sustanciales subsidios, los cuales comenzaron a reducirse bruscamente en 1983. Se ignora si las organizaciones pudieron compensar dicha merma mediante un incremento de las donaciones internacionales o de un aumento de sus aranceles.

En 1982, cuando las OPCV atendían a una cifra estimada de 2,2 millones de beneficiarios, cerca de 60% de sus gastos y cobertura se concentraban en las ciudades costeras. Es probable que tales organizaciones no se ocupen principalmente de los indigentes desde el punto de vista de la atención médica en las urbes, puesto que los honorarios que cobran requieren por lo menos un ingreso de clase media baja. Por consiguiente, puede concluirse que la mayor parte de ellas trabajan en la franja que media entre los sectores público y privado de la atención de salud de las ciudades costeras, y que su promedio de gasto per cápita es similar al de la atención primaria provista por el Ministerio (es decir, aproximadamente \$US 10). Sin embargo, a juzgar por las observaciones en el terreno, es posible que la calidad de sus servicios sea mejor que la atención primaria proporcionada en los establecimientos de este último.

En resumen, se estima que en 1984 los gastos familiares por concepto de atención de salud moderna sumaron \$US 100 millones; esto incluyó tanto los gastos directos como los indirectos, por medio de diversos planes de pago previo, cooperativas y OPCV. Además, se calcula que los gastos familiares por concepto de atención de salud tradicional para 6 millones de peruanos pobres que en la actualidad están fuera del alcance de los servicios del Ministerio ascendieron a \$US 25 millones. Finalmente, en 1984 las compras de medica-

mentos por el sector privado sumaron \$US 145 millones, lo cual lleva el total de los gastos del sector privado a \$US 245 millones (véase el cuadro 1).

SUMINISTRO DE SERVICIOS DE SALUD

Para complementar el análisis del financiamiento de la atención de salud en el Perú, el ANSSA examinó el suministro de servicios de salud, dividiéndolo por instalaciones, personal médico y medicamentos. Se hizo hincapié en la relación, tanto financiera como real, existente entre la asignación de recursos y la distribución de la población. La intensa concentración de hospitales y médicos en la región metropolitana de Lima/Callao resultó particularmente llamativa. En cuanto a los medicamentos, ante la falta de datos sobre distribución comparables, se estudiaron las razones del fracaso de los esfuerzos realizados por el Gobierno para fomentar el empleo de medicamentos esenciales de bajo costo en el sector público.

Distribución de las instalaciones

La distribución sectorial de las instalaciones en 1985, comparada con la distribución de la población por departamentos, revela un grave desequilibrio: los de-

partamentos muy urbanizados, donde reside 39% de la población, cuentan con 65% del total de camas de hospital. Además, si bien la proporción de centros de salud de estos departamentos es igual a la de su población, en ellos se encuentran solamente 18% de las postas de salud del país (cuadro 3). Por el contrario, el resto de la República tiene una parte desproporcionadamente menor de las camas de hospital, pero una fracción desproporcionadamente mayor de postas de salud.

Conforme a su firme orientación política hacia la expansión de la atención primaria de salud, durante los últimos diez años el Perú amplió considerablemente el número de centros y postas de salud. Empero, sin una supraestructura acorde de instalaciones hospitalarias, la remisión de pacientes desde los niveles inferiores de atención no puede funcionar. Por otra parte, ante la aguda escasez de postas de salud en las principales zonas urbanas, los residentes de estas se hallan obligados a utilizar los hospitales como fuente de atención primaria. Un análisis de la suficiencia de las instalaciones de atención de salud también debe incluir datos sobre los inventarios de

CUADRO 3. Relación entre la población y la distribución de establecimientos de salud, según la ubicación geográfica. Perú, 1984

Ubicación geográfica	Habitantes		Camas de hospital		Centros de salud		Postas de salud	
	No. (miles)	%	No.	%	No.	%	No.	%
Departamentos urbanizados ^a	7 566	39	19 448	65	304	39	336	18
Resto del país ^b	12 132	61	10 536	35	481	61	1 589	82
Total	19 698	100	29 984	100	785	100	1 925	100

Fuente: Referencia 5

^a Incluye Arequipa, Ica y Lima/Callao.

^b Incluye los 22 departamentos restantes

equipo y las condiciones físicas de los edificios, los servicios esenciales y el equipo. Puesto que dicha información prácticamente no existe en el Perú, el ANSSA llevó a cabo una encuesta de todos los hospitales, centros y postas de salud del Ministerio en dos departamentos eminentemente rurales, Cusco y Cajamarca. Se pudo comprobar que cerca de la mitad de los servicios y equipos de dichas dependencias no estaban funcionando debido a descomposturas.

Además, la distribución de las instalaciones de atención de salud en el sector público es desigual. El Ministerio desempeña un papel importante como proveedor de atención de salud en todos los niveles. Administra 34% de los hospitales y 54% de las camas hospitalarias, lo cual indica que los nosocomios ministeriales tienden a ser relativamente grandes; sin embargo, estas instalaciones se hallan ubicadas sobre todo en la zona metropolitana de Lima/Callao. En el nivel de atención primaria, administra 78% de los centros de salud y 89% de las postas de salud. Aun así, las remisiones de pacientes de las postas a los hospitales son difíciles, puesto que la mayor parte de las instalaciones de atención primaria se encuentran en departamentos rurales desfavorecidos y casi todos los hospitales se hallan en departamentos urbanos más favorecidos.

Durante los últimos diez años el número de camas hospitalarias del Ministerio disminuyó en cierto grado, a medida que se procedió a retirar del servicio las instalaciones más viejas; al mismo tiempo, el número y la distribución de los centros y postas de salud mejoraron sensiblemente. Asimismo, parece haber empeorado el mal estado de la mayor parte de las instalaciones. Paradójicamente, hay un exceso de oferta de camas de hospital en Lima/Callao,

pero quizá sea necesario construir más hospitales en los departamentos eminentemente rurales. No obstante, los centros y postas de salud de dichos departamentos —cuyo número es aún insuficiente— se hallan en tan malas condiciones, que su renovación y reequipamiento y la puesta en marcha de un programa de mantenimiento bien organizado quizá sean más prioritarios que la construcción de nuevas instalaciones.

Distribución del personal médico

Los recursos humanos constituyen, por supuesto, el elemento más importante en la prestación de atención de salud. Conforme al censo de 1981, el Perú poseía un personal médico adiestrado de 52 350 individuos para una población de 17 millones de habitantes. La dotación estaba compuesta por 12 500 médicos, 10 200 enfermeras, 27 000 auxiliares paramédicos y 2 650 farmacéuticos.

A fin de estimar la accesibilidad de los servicios de salud, el ANSSA calculó la relación entre personal médico y población, por departamentos y provincias, teniendo en cuenta la existencia o inexistencia de facultades de medicina u hospitales en las capitales departamentales y provinciales (cuadro 4). Esta comparación mostró claramente que el personal médico tiende a concentrarse donde se encuentran las instalaciones hospitalarias, lo que deja a una gran proporción de la población peruana fuera del alcance normal del personal médico y los hospitales. Las principales zonas urbanas (particularmente Lima/Callao) no solamente cuentan con las tasas más elevadas de médicos, enfermeras y farmacéuticos en relación con la población, sino también con la concentración más elevada de personal paramédico (mayormente auxiliares de enfermería y promotores de salud), que en teoría constituyen el personal principal de las instalaciones de atención primaria de salud en los pueblos pequeños y en las zonas rurales.

CUADRO 4. Relación entre personal de salud y población, según ubicación geográfica. Perú, 1984

Ubicación geográfica	Población (%)	Personal (No. por 10 000 habitantes)			
		Médicos	Enfermeras	Auxiliares paramédicos	Farmacéuticos
Lima/Callao	27,1	17,0	10,7	27,8	3,3
Capitales departamentales					
Con facultad de medicina	7,1	11,2	10,5	20,3	2,7
Sin facultad de medicina	18,9	4,0	5,5	15,4	1,0
Capitales provinciales					
Con hospital	30,9	2,1	2,4	10,7	0,6
Sin hospital	16,0	0,5	0,8	3,7	0,1
Total o promedio nacional	100,0	6,9	5,6	15,8	1,5

Fuente: Los datos están tomados de los archivos del proyecto ANSSA ubicados en la Representación OPS/OMS en Lima.

En tanto que la mayor parte de los análisis del sector salud de los países en desarrollo se concentran en las auxiliares de enfermería y en los promotores de salud debido a su importancia para la atención primaria, el ANSSA centró su atención en los médicos. A ellos corresponde más de la mitad de los gastos ordinarios de salud del Perú, son los que proporcionan cerca de los cuatro quintos de las consultas y los principales responsables de las decisiones en el sector, que afectan directa o indirectamente a todos los niveles de la provisión de atención de salud.

En 1984, la distribución de los médicos entre los subsectores era netamente desproporcionada: 43% trabajaban en el sector público y 57% en el privado. (Muchos médicos del Ministerio y del IPSS trabajan también en el sector privado, pero no se recabó esta información.) La distribución geográfica de los médicos era aun más desigual, pues 67% se concentraban en la zona Lima/Callao; si a ello se suman las otras capitales departamentales con facultades de medicina, la concentración de médicos en dichas ciudades se eleva a 80%. Sin embargo, solamente un tercio de la población peruana tiene acceso a esos médi-

cos, comprobación que se torna más alarmante por el hecho de que 71% de los médicos que trabajan principalmente para el Ministerio se encuentran en una sola zona urbana, la de Lima/Callao.

El análisis de las razones por las cuales los médicos trabajan donde lo hacen se vio limitado por la falta de información sobre las compensaciones, que sin duda constituyen un importante factor determinante de la radicación. Entre las variables respecto de las cuales se dispuso de datos, el lugar de nacimiento y el de formación profesional resultaron ser determinantes significativos del lugar de trabajo. Si bien no se realizó el mismo tipo de análisis respecto de las otras tres categorías acerca de las cuales se disponía de datos equivalentes, las enfermeras, los auxiliares paramédicos y los farmacéuticos también prefieren instalarse en las principales zonas urbanas (véase el cuadro 4), aunque las instituciones de formación profesional para esas disciplinas tienden a hallarse más esparcidas que las facultades de medicina.

El mercado de los medicamentos

La provisión de medicamentos, en cantidad suficiente y a precios accesibles, constituye el tercer recurso crítico en la prestación eficaz de atención de salud. Por más de 25 años el Perú ha tratado de llevar a cabo un programa de medicamentos esenciales en el sector público utilizando productos genéricos, pero hasta el momento los resultados han sido magros. Generalmente, los medicamentos escasean en los programas de atención de salud del Ministerio y el IPSS; a estas organizaciones, que en conjunto proveen atención de salud a casi la mitad de la población peruana, corresponden menos de 20% de los gastos totales en medicamentos. Además, menos de la mitad de esos gastos pertenecen a los productos genéricos.

A diferencia de otros países latinoamericanos, el Perú ha confiado en gran medida en el sector privado para el suministro de medicamentos esenciales al sector público, en lugar de producirlos por medio de empresas estatales. Pero los objetivos sociales del sector público han chocado con los móviles económicos del sector privado desde los comienzos de las experiencias del Gobierno con los programas de medicamentos esenciales a principios de los años sesenta. Ello coincidió con el surgimiento y la expansión relativamente rápidos de la producción y la distribución farmacéutica nacional en el sector privado.

Hoy en día, debido al control gubernamental sobre los precios de venta en las farmacias particulares, los precios de muchos medicamentos de patente (tanto de venta bajo receta como de venta libre) no son muy superiores a los de los productos genéricos que se venden al sector público. Pero el resultado más significativo de los controles de precios, especialmente a raíz de su coincidencia con la reducción del poder adquisitivo, fue una sensible disminución de la producción e importación de medicamentos a partir de 1980. La proporción de los medicamentos esenciales dentro del total de las ventas continúa siendo pequeña, tanto en términos de volumen como de gastos. Por otra parte, los programas de medicamentos esenciales están bajo la dirección del Ministerio, pero los principales usuarios de los suministros disponibles han sido el IPSS, las fuerzas armadas y la policía. En las instalaciones de atención de salud del Ministerio, los medicamentos esenciales y otros suministros generalmente escasean porque el presupuesto actual destina apenas 5% de los ingresos a la compra de medicamentos.

El resultado es una contradicción de política. La atención de la salud de la mayoría de los peruanos es una responsabilidad del sector público, pero la producción y distribución de medicamentos constituyen actividades mayormente privadas, sujetas a controles gubernamentales muy limitantes. Esta situación contribuye significativamente a explicar la ineficacia de la atención de salud que presta el sector público. Y aunque se carece de datos acerca de la distribución de los medicamentos, es muy claro que el Ministerio padece una seria escasez de estos para su programa de atención primaria. Es posible que la población residente fuera de los principales centros urbanos tenga acceso a farmacias particulares; pero al no tener acceso a médicos para que les receten o, inclusive, a farmacéuticos calificados para que les aconsejen, muchos peruanos carecen de orientación apropiada para comprar medicamentos.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La disparidad existente en el Perú entre la asignación de recursos para el sector salud y la distribución de la población queda claramente ilustrada por las siguientes conclusiones del ANSSA.

□ A primera vista, puede parecer adecuado el financiamiento del Ministerio, que presta servicios a 26% de la población e incurre en 27% de los gastos. Pero las tres cuartas partes de sus recursos se gastan en servicios hospitalarios urbanos, mientras que un tercio de la población carece de acceso a cualquier tipo de atención de salud moderna.

□ Los gastos del IPSS por concepto de atención médica —34% del total de los gastos del sector, para una cobertura de 18% de la población— son muy superiores a los del Ministerio en cuanto a la asignación per cápita. La diferencia se debe principalmente a que el IPSS paga sueldos más elevados, y a que cuenta con mejores equipos y con más medicamentos; pero en modo alguno resulta claro que ello signifique la prestación de servicios más satisfactorios. De hecho, el reciente aumento de la cobertura por medio de seguros privados delata una insatisfacción creciente con los servicios que presta.

□ El sector privado, que proporciona servicios ambulatorios a entre uno y dos tercios de la población urbana, incurre en un tercio de los gastos de todo el sector salud. Sin embargo, un desequilibrio más grave en lo que respecta a la atención de salud de carácter privado es que esta administra solamente 18% de las camas hospitalarias, pero cuenta con más de la mitad de los médicos. Dado que estos tienden a trabajar en las proximidades de los hospitales, es probable que muchos de ellos proporcionen atención ambulatoria en forma privada pero recurran al sector público cuando es necesaria la hospitalización, lo que coadyu-

va a aumentar la carga financiera del sector público.

Las anteriores conclusiones sirven de base a las siguientes recomendaciones:

□ Tanto el Ministerio como el IPSS deben mejorar significativamente la calidad de la atención que prestan en todos los servicios existentes, antes de ampliar considerablemente su cobertura. Los recursos financieros del sector público son insuficientes para lograr ambos objetivos a corto plazo. Pero el nuevo Gobierno resolvió emprender la expansión de la cobertura mediante la construcción de más establecimientos de atención primaria, sin aumentar visiblemente el presupuesto del Ministerio para que este financie su funcionamiento. Ello no contribuirá a aumentar la confianza de la población. Es poco probable que una expansión considerable de la cobertura resulte eficaz mientras los servicios de salud públicos no cuenten con la confianza de la población a la cual intentan servir.

□ Más específicamente, el Ministerio debe trabajar para mejorar la calidad de la atención primaria de salud que presta. Ello exigirá tomar algunos fondos que actualmente se destinan a hospitales y redistribuirlos entre centros y postas de salud, lo cual puede lograrse en varias formas: retirando del servicio más hospitales anticuados; mejorando el mantenimiento de los edificios y equipos de los otros hospitales y de los establecimientos de atención primaria; confiando la administración de algunos hospitales a proveedores de atención del sector privado (incluidas OPCV); transfiriendo parte del personal médico que actualmente trabaja en los hospitales públicos a los establecimientos de atención primaria; y abasteciendo a todos los servicios de salud pú-

blicos de cantidades suficientes de medicamentos esenciales. Fuera de limitar las inversiones en hospitales públicos a la terminación de varios que se encuentran en construcción, en la política para el sector salud trazada por el nuevo Gobierno no hay indicios de que se preste atención a estas prioridades.

□ El programa de atención médica del IPSS debe cumplir con su reciente mandato de proporcionar atención de salud a los hijos de los trabajadores amparados, cuya cifra se estima en 2,5 millones. Dicha cobertura aliviará sensiblemente la presión que actualmente soportan los servicios del Ministerio en las zonas urbanas. Los esfuerzos que lleva a cabo el IPSS para reducir la evasión del pago de las contribuciones por parte de los empleadores, sumados a un acuerdo con el Gobierno para que este pague la totalidad de sus contribuciones como empleador, deben permitir esta expansión de la cobertura. Asimismo, el IPSS debe poner en práctica su propuesta ampliación de la cobertura en zonas rurales mediante un acuerdo con las cooperativas locales. Las declaraciones de política formuladas por el presidente del IPSS en 1985 indicaban que tales medidas iban a ser aplicadas.

□ En la planificación del sector salud no debe perderse de vista el potencial existente para la expansión de la industria privada de los seguros de salud, aún pequeña. Particularmente, debe excluirse de los servicios financiados por el Estado a quienes estén en condiciones de pagar la atención privada, o se les debe permitir el acceso a los servicios públicos pero pagando aranceles equivalentes a los que cobran los proveedores particulares. Cualquiera de estas posibilidades ayudaría a estimular la demanda de seguros particulares u otros tipos de acuerdos mediante pago previo.

□ Para lograr una mejor coordinación entre los servicios de salud públicos y privados, debe invitarse a las principales instituciones particulares (como las compañías aseguradoras, los fondos para salud de los principales empleadores, las cooperativas urbanas y rurales y las organizaciones privadas de carácter voluntario) a trabajar conjuntamente con el Ministerio y el IPSS en la planificación integral del sector salud. La cobertura del IPSS para los segmentos más prósperos de la población debe coordinarse con los seguros privados suplementarios y los fondos para salud administrados por empleadores. En el caso de los segmentos de ingresos medianos y bajos cuyos empleos no provean cobertura del IPSS, el derecho a recurrir a los servicios hospitalarios del Ministerio debe depender de la remisión proporcionada por las cooperativas o las OPCV.

El ANSSA se distinguió de otros análisis del sector salud en dos aspectos principales. En primer lugar, en términos de proceso, la amplia participación del país anfitrión no solamente facilitó el acceso a la información sino que también aseguró que el estudio fuera aceptado como un esfuerzo nacional en lugar de ser rechazado como una empresa foránea. En realidad, la participación en pie de igualdad del país anfitrión, instituciones internacionales y profesionales a título individual puede ser emulada provechosamente en otros análisis del sector salud. En segundo lugar, en términos de resultados, el hecho de que el ANSSA haya centrado su atención en tres relaciones —las que existen entre el desempeño del sector salud y la situación económica general del país, entre los recursos financieros y los reales, y entre la asignación de recursos y la distribución de la población— produjo un análisis mucho más completo que el que hubiera resultado de un enfoque limitado al financiamiento. Se recomienda enfáticamente que futuros análisis amplíen su enfo-

que para considerar, además del financiamiento de la atención de salud, estas tres importantes relaciones.

REFERENCIAS

- 1 Zschock, D. K. *Health Sector Analysis of Peru: Summary and Recommendations*. Stony Brook, NY, State University of New York at Stony Brook, 1986. HSA-Peru—The Health Sector Analysis of Peru. Summary Report.
- 2 Gómez, L. C. *Health Status of the Peruvian Population*. Stony Brook, NY, State University of New York at Stony Brook, 1986. HSA-Peru—A Health Sector Analysis of Peru. Technical Report.
- 3 Gertler, P., Locay, L. y Sanderson, W. *The Demand for Health Care in Peru: Lima and the Urban Sierra, 1984*. Stony Brook, NY, State University of New York at Stony Brook, 1986. HSA-Peru—A Health Sector Analysis of Peru. Technical Report.
- 4 Davidson, J. R. *Health and Community Participation in Peru*. Stony Brook, NY, State University of New York at Stony Brook, 1986. HSA-Peru—A Health Sector Analysis of Peru. Technical Report.
- 5 Castillo, E. R. *Health Care Facilities in Peru*. Stony Brook, NY, State University of New York at Stony Brook, 1986. HSA-Peru—A Health Sector Analysis of Peru. Technical Report.
- 6 Locay, L. *Medical Doctors in Peru*. Stony Brook, NY, State University of New York at Stony Brook, 1986. HSA-Peru—A Health Sector Analysis of Peru. Technical Report.
- 7 Gereffi, G. *Pharmaceuticals in Peru*. Stony Brook, NY, State University of New York at Stony Brook, 1986. HSA-Peru—A Health Sector Analysis of Peru. Technical Report.
- 8 Mesa Lago, C. *Coverage and Costs of Medical Care under Social Security in Peru*. Stony Brook, NY, State University of New York at Stony Brook, 1986. HSA-Peru—A Health Sector Analysis of Peru. Technical Report.
- 9 Zschock, D. K. *Health Care Financing in Peru*. Stony Brook, NY, State University of New York at Stony Brook, 1986. HSA-Peru—A Health Sector Analysis of Peru. Technical Report.
- 10 Cumper, G. *Health Sector Financing: Estimating Health Expenditure in Developing Countries*. Londres, Evaluation and Planning Centre for Health Care, London School of Hygiene and Tropical Medicine, 1986.
- 11 Banco Mundial. *Financing Health Services in Developing Countries. An Agenda for Reform*. Washington, DC, 1987.
- 12 Organización Panamericana de la Salud. *Las condiciones de salud en las Américas, 1981-1984*. Washington, DC, 1986. Publicación Científica 500, 2 vols.
- 13 Zschock, D. K. Medical care under social insurance in Latin America. *Lat Am Res Rev* 21(1):99-122, 1986.
- 14 Group Health Association of America. *Managed Prepaid Health Care in Latin America and the Caribbean: A Critical Assessment*. Washington, DC, 1985.

SUMMARY

HEALTH SECTOR DISPARITIES IN PERU

The Health Sector Analysis of Perú (HSAP), a very complete study carried out in Peru during 1985 and 1986, tested the premise that the guidelines currently governing the allocation of resources are inappropriate for achieving the Government's

goal of making primary health care and basic hospital services accessible to all Peruvians by 1990. A review of the major results shows that disparities between resource allocation and population distribution seriously threaten the attainment of this goal. A series of recommendations are made with a view to correcting this situation. In addition, comments are made on particular features of the design, planning, and execution of the study, which show the value of HSAP as a model for future research of this type.