

Simposio: Alcance y Procesos de las Reformas de los Sistemas de Salud en América Latina

El Proceso de la Reforma en Perú

Hernán Sanabria
Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública
Facultad de Medicina de San Fernando, UNMSM.
Lima, Perú.

INDICADORES DE SALUD Y DESARROLLO

Antes de ingresar al tema de la reforma y conexos, presentaremos algunos datos e indicadores relevantes del país. Perú es una república independiente, democrática, situada en la región noroccidental de América Latina. Se estima una población total para el año 1999 de 25 millones, con una amplia base dentro de la pirámide poblacional correspondiente al grupo etáreo con menos de 15 años. La densidad poblacional es de 18 habitantes por Km² con un 45% en situación de pobreza. La esperanza de vida al nacer es de 67.8 años con un índice de crecimiento del 1.7% y una tasa bruta de natalidad descendió de 35 nacimientos por 1.000 en 1980 a 26 por 1.000 en 1996. La tasa global de fecundidad en 1991 fue de 4,0 hijos por mujer. La capital es Lima con una población de aproximadamente 7.5 millones de habitantes en 1997. El índice de desarrollo humano medido por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo es de 0.624 para un máximo de uno, con 7.7 años de estudio en promedio y una tasa de alfabetización de 90%, sin embargo hay diferencias entre hombres (7.1%) y mujeres (18.3%) y esta diferencia se hace mayor en las zonas rurales. El Producto Bruto Interno es de US \$800. El 67% de la población cuenta con agua potable, 46% con saneamiento y 64% con luz eléctrica. En cuanto a indicadores de salud, un 55% de partos es atendido por profesionales; las coberturas de vacunación en 1995 fueron del 96% para la BCG, 92.9 para la poliomielitis, 94.8 para la triple (Pertusis, Tétano y Difteria), 98.9 para el sarampión; asimismo, después de la epidemia de cólera de 1991 que superó los 350.000 casos, en 1995 se registró 25,000 casos nuevos de cólera; asimismo, en 1997, hubo 220.000 casos nuevos de malaria y aproximadamente 48,000 casos nuevos de tu-

berculosis. Para diciembre de 1998 ya se habían registrado 8000 casos de SIDA en el Ministerio de Salud. En la década de los 90 se han registrado epidemias de dengue, peste y fiebre amarilla; en 1998 se ha producido epidemias de Enfermedad de Carrión y fiebre amarilla en lugares que nunca antes se había observado, asimismo, si bien las tasas oficiales de tuberculosis están disminuyendo, los casos de multidrogoresistencia van en aumento. En los últimos años malaria se ha constituido en el primer problema de control. De otro lado, datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática refieren que la tasa bruta de natalidad es de 4.9%, la tasa bruta de mortalidad de 6.4% y la tasa de mortalidad en menores de 1 año de 45 por mil. Esta última tasa de mortalidad infantil se ha venido reduciendo progresivamente en los últimos 20 años. La mortalidad materna en 1996 fue de 265 por mil nacidos vivos.

ORGANIZACION DEL SECTOR SALUD

El sector salud está conformado por instituciones que pertenecen al sector público (Ministerio de Salud, Instituto Peruano de Seguridad Social - ex IPSS ahora ESSALUD-, Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales, Beneficencia), otras instituciones correspondientes a seguros y prestadores privados y, finalmente por instituciones que no tienen fines de lucro. Los servicios son cubiertos por el Ministerio de Salud en un 74%, ESSALUD en un 22%, las instituciones militares en un 2% y el sector privado con 0.9% aproximadamente. Según el Censo de Infraestructura Física y Recursos del Sector Salud, en 1995 el país contaba con 7.304 establecimientos de salud, de los cuales 5.931 (81%) pertenecían al MINSAL; de estos, 134 eran hospitales, 1.028 centros de salud y 4.762 puestos de salud. Hubo un incremento global de 63,4% (61,1% para los establecimientos de primer nivel de atención) en relación a los 4.630 establecimientos de salud que existían en 1992; este aumento se debió al amplio programa de inversiones que se realiza en el país, principalmente mediante el programa de Salud Básica para Todos y del Programa de Fortalecimiento de los Servicios de Salud.

De otro lado, en 1995 había una cama por 767 habitantes. Sin embargo hay zonas del país con una cama por 1.680 habitantes y en otras de una por 220 habitantes. En Lima existe una cama por 66 habitantes y en el resto de país una por 1.250. Entre 1992 y 1996 la disponibilidad de médicos aumentó de 7,6 a 9,8 por 10.000 habitantes, el personal de enfermería de 5,2 a 6,2 por 10.000 y los odontó-

logos de 0,7 a 1,1 por 10.000 habitantes. Sin embargo, la distribución es iniequitativa como sucede con Huancavelica (departamento con mayor pobreza) que tiene 2,8 médicos por 10.000 habitantes en tanto que en Lima y Callao la cifra llega aproximadamente a 20.

Finalmente, en relación al grado de organización que tienen algunos sistemas en la actualidad, todavía parece ser insuficiente; por ejemplo, en el Ministerio hasta hace poco aún no se había implantado programas regulares de conservación y mantenimiento preventivo, y en ESSALUD, éstos se encuentran centralizados. La información sobre producción de servicios y de tipo epidemiológico es todavía incompleta, y asimismo, no siempre es oportuna y su difusión es limitada.

RESEÑA ANTES DE LA REFORMA

Un análisis realizado en 1980 dió cuenta de la inexistencia oficial de un sistema nacional de salud -SNS- en el Perú, concluyendo que sería necesaria la creación de un SNS, con lo que se lograría la planificación nacional ordenada así como la unidad programática, normativa y administrativa de todos los organismos del sector salud. La creación del sistema permitiría adecuar los recursos con las necesidades y dar prioridad a la atención de aquellos problemas que más afecten a la población peruana. El SNS debería tener los recursos financieros indispensables para el cumplimiento de sus fines, los cuales no deberían ser menores al 8% del presupuesto nacional. Este análisis también solicitaba incorporar los lineamientos de la política de población aprobada por el gobierno de ese entonces para contribuir a la cohesión de la familia y a la progresiva adecuación del tamaño de la población peruana con posibilidades y recursos para su desarrollo. Asimismo, fortalecer, reacondicionar y reorganizar la red hospitalaria nacional y estructurarla de modo tal que cada ámbito regional incorpore a los servicios preventivo asistenciales a los menos especializados. Con esto se esperaba conformar un sistema piramidal de cobertura, con una amplia base en las zonas periféricas y rurales y un vértice en las ciudades y capitales de provincias o departamentos; esto permitiría varios niveles de prestación de servicios desde los más elementales (en postas o centros de salud) en la base de la pirámide hasta los más complejos (hospitales) en el vértice. Sin embargo, al término de la década de los ochenta la situación de los servicios de salud en el país y, principalmente los del sector público, fue definida como de colapso funcional. Existía una grave insuficien-

cia de recursos tanto financieros como humanos y tecnológicos y consecuentemente, abandono y discontinuidad de los servicios de atención de la salud con un claro perjuicio para la colectividad. Los analistas plantearon que el punto más bajo de la crisis se dió entre 1988 y 1992, al término del gobierno aprista del ex Presidente Alan García e inicios del actual Presidente Alberto Fujimori. En este sentido, ante la omisión del estado y el colapso operativo de los servicios públicos, el sector salud desde 1993 inició una gran transformación pasiva del sistema sanitario peruano, una reforma sanitaria silenciosa, en que la política real no surgió tanto de dispositivos legales sino como resultante del conflicto y encuentro espontáneo de los actores sanitarios, podría decirse, una reforma sin Reforma. Desde entonces, el sector va teniendo progresivamente un enfoque global de las grandes tendencias, se observa un repliegue de la administración burocrática tradicional y la emergencia de un nuevo interés por la cultura institucional, por el desarrollo y motivación de los recursos humanos, por la participación de múltiples actores sociales. Es en este contexto que el MINSA formula sus lineamientos de política del sector salud 1995-2000, los mismos que permiten avizorar hacia donde iría la Reforma.

LINEAMIENTOS DE POLÍTICA DEL SECTOR SALUD 1995-2000 COMO INICIO DE LA REFORMA

En concreto, a continuación se describen los lineamientos de política del sector salud 1995-2000.

- Garantizar el acceso universal a los servicios de salud pública y atención individual, priorizando los sectores más pobres y vulnerables.

El MINSA establecerá el marco regulatorio para el accionar de los prestadores y demás agentes del sector salud con el fin de aumentar progresivamente la equidad en la provisión de servicios, eficacia de las intervenciones, eficiencia en el uso de los recursos, calidad de los servicios brindados y mayor cobertura de los mismos. Se promoverá la salud del conjunto de la población priorizando los sectores más pobres y vulnerables para acceder a un conjunto básico de paquetes de prestaciones de salud, siendo responsabilidad del Estado Peruano el financiamiento de la atención individual de los sectores más desprotegidos y la provisión de servicios de salud pública.

- Modernizar el sector salud: incorporar al sector a la revolución científico-tecnológica, de gerencia, sistemas de información, desarrollo institucional y renovar los enfoques en salud.

Promover en el sector salud una renovación conceptual, científica y tecnológica y una incorporación del progreso humanístico, científico y tecnológico en el campo de la salud, que vaya más allá de la concepción de modernización restringida a la renovación de tecnología de ayuda diagnóstica y permee los campos de la formulación y formación de políticas, la cultura institucional en salud, las concepciones y métodos de participación social, la gestión y administración y los eslabonamientos entre instituciones, entre otros aspectos.

- Reestructurar el sector en las funciones de financiamiento, prestación y fiscalización para desarrollar competitividad a fin de mejorar la accesibilidad y calidad.

La reestructuración sectorial promoverá la mayor eficacia y eficiencia de los servicios de salud, permitiendo extender la cobertura y aumento de la calidad de los servicios de salud, promoviendo la competencia entre las unidades productoras de servicios y desarrollo progresivo del financiamiento a través de la demanda.

- Prevenir y controlar los problemas prioritarios de salud y promoción de condiciones y modos de vida saludables a través de acciones sectoriales y multisectoriales.

Poner énfasis en la prevención de las enfermedades que tienen una mayor repercusión en el estado de salud de la población de menores recursos económicos o que constituyen los grupos más vulnerables, en particular la del medio rural, urbano-marginal, gestantes, madres lactantes y menores de 5 años.

Para un pleno desarrollo humano y a fin de dar soporte al desarrollo económico y social del país, el sector salud deberá impulsar y coordinar eficazmente la acción multisectorial por el bienestar de la población. De la misma manera, se promoverán cambios de aquellos estilos de vida perjudiciales para la salud individual y colectiva y se estimularán actividades de promoción de la salud que fomenten actitudes y prácticas saludables.

En resumen, los lineamientos de la política sanitaria 1995-2000 se establecieron basados en cambios y principios como la primacía de la persona humana sobre las instituciones, equidad y derecho en salud, reformulación de la relación estado y sociedad civil, descentralización y participación social bajo la premisa que salud es tarea de todos, revolución en las ciencias de la administración y el paso a la gerencia de calidad total y la planificación estratégica; asimismo, la revalorización de los recursos humanos, la cultura institucional y la innovación científico tecnológica permanente.

POLITICA DE LA REFORMA DEL SECTOR SALUD

Los cambios dentro de los programas de estabilización y reordenamiento del aparato estatal en los primeros años del Gobierno del Presidente Fujimori, así como la reincorporación del país al sistema financiero internacional, permitieron incrementar la asignación de fondos del tesoro público y obtener recursos económicos adicionales para el sector salud. Con estos mayores recursos se ejecutaron nuevos proyectos de inversión, se mejoraron los establecimientos de atención básica de salud y su equipamiento y asimismo, se amplió la cobertura de prestaciones de salud. Sin embargo, el sector salud era escenario de reformas pero aún sin Reforma hasta 1995. A partir de este año, se inicia un proceso de reestructuración global del aparato estatal, tendientes a promover la eficiencia en la función pública; teniendo como marco los lineamientos de política de salud 1995-2000 así como la reestructuración de las funciones públicas dadas para la reforma del Estado, el Ministerio de Salud presentó su política para la reforma del sector como sigue:

- Mejorar la equidad en la atención de salud optimizando la asignación, programación y empleo de recursos a través de la reestructuración financiera.
- Desarrollar el sistema de identificación de usuarios y el paquete básico como instrumentos de focalización del gasto en salud.
- Desarrollar la capacidad de gobierno de acuerdo con el nuevo entorno en el sector público a nivel central y local, así como la función de regulación del mercado de servicios de salud.
- Mejorar la administración, gestión y calidad de los servicios públicos de salud mediante la organización en redes de los establecimientos públicos de salud del primer y segundo nivel de atención.

- Implementar un programa de modernización de la gestión de los hospitales públicos nacionales y regionales, así como de los institutos especializados.

Se señala que el MINSA se concentrará en la formulación de políticas, planeamiento estratégico, regulación y control sanitario; se crearán organismos con funciones especializadas para la administración financiera de los recursos y para las redes de establecimientos públicos de servicios de atención básica de salud, los que contarán con sus propias unidades de gerencia descentralizada.

Como parte de la reforma, en 1997 se crea la Ley No 26842, Ley General de Salud, que asigna al Estado la responsabilidad irrenunciable de proveer servicios de salud pública y de promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones a la población en términos de seguridad, oportunidad y calidad. Define la provisión de servicios de salud como de interés público, cualquiera sea la institución que los provea. Además, el Estado debe vigilar, cautelar y atender los problemas de desnutrición, salud mental y salud ambiental, así como los de salud del discapacitado, del niño, del adolescente, de la madre y del anciano en situación de abandono social. El financiamiento del estado se orientará preferentemente a las acciones de salud pública y a subsidiar total o parcialmente la atención médica a las poblaciones de menores recursos que no gocen de la cobertura de otro régimen de prestaciones de salud pública o privada. Finalmente, la Ley expresa la voluntad del Estado por promover el aseguramiento universal y progresivo de la población.

Igualmente, se creó la Ley No 26790, Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud, cuyos artículos iniciales enuncian un nuevo sistema de cobertura que busca abarcar a toda la población conformado por un régimen contributivo constituido por el seguro social de salud, en ese entonces a cargo del Instituto Peruano de Seguridad Social o IPSS - ahora a cargo de ESSALUD - y complementado por las Entidades Prestadoras de Salud - EPS -. En este sentido la Ley flexibiliza el monopolio público en la provisión de la atención médica de los asegurados de ESSALUD con el objetivo de mejorar la calidad y cobertura de los servicios de salud. La Ley busca desarrollar el mercado de servicios de salud para aumentar la cobertura de la población de menores ingresos, mejorar la calidad de los servicios y estimular la eficiencia en la asignación de recursos. Cabe señalar que el régimen no contributivo está a cargo del Ministe-

rio de Salud-MINSA-, cuya responsabilidad es otorgar prestaciones de salud individual para la población sin capacidad para acceder al régimen contributivo, es decir, la de menores recursos; igualmente le corresponde las prestaciones de salud pública a toda la población.

Como punto de partida se ha diferenciado las actividades sectoriales en dos grandes categorías: la salud pública y la salud individual. En cuanto a la salud pública, ésta es de responsabilidad del estado. Debe ser financiada con recursos provenientes del tesoro público fundamentalmente. Se plantea conformar una organización plana de pocos órganos que permita integrar mejor las políticas sectoriales, flexible que se adecue rápidamente a nuevas situaciones, que permita recomponer equipos de acuerdo a los problemas, que se busque resolver sin recurrir a la creación de un número excesivo de órganos inferiores y de jerarquías administrativas de organización tradicionalmente piramidal. Así, como parte de la Reforma se ha creado las Redes de Servicios de Salud -sistemas autónomos para la provisión de servicios de salud de primer y segundo nivel - por parte del MINSA; su implementación piloto se inició en las provincias de Moyobamba y San Martín. Estos sistemas se basan en la complementariedad de los servicios provistos por los puestos de salud y hospitales de una determinada área geográfica; respecto a su financiamiento, en principio el Estado transfiere a la Red el equivalente a un pago per capita por la cantidad de población bajo su jurisdicción, pero especifica las acciones a implementar bajo el esquema de *compromisos de gestión*. En cuanto a la salud individual, entendida como la capacidad y posibilidad del individuo para acceder a servicios directos y recuperación de la salud, se distingue 2 regímenes: el primero, el régimen de subsidio y el segundo, el régimen contributivo. El objetivo fundamental en este caso es lograr el acceso universal a servicios de salud individual, mediante la complementariedad de estos dos regímenes de atención. El régimen subsidiado es responsabilidad principal del estado, a través del MINSA; está dirigido a la población que se encuentra en situación de extrema pobreza y en pobreza relativa y que carece de los medios económicos para afiliarse a sistemas de previsión para la salud en base a contribuciones propias. En esta población es donde se debe focalizar directamente el subsidio público para elevar su calidad de vida y condiciones de salud. Como complemento a la mayor inversión y focalización del gasto que se está haciendo, se está diseñando mecanismos para focalizar aún más el subsidio entre los más pobres e incrementar la eficiencia en el uso de los recursos del MINSA, financiando la demanda en lu-

gar de la oferta en servicios. Durante 1998 se hizo aplicaciones iniciales de estos conceptos en cinco subregiones y cinco hospitales del país. Otra alternativa de presupuesto en establecimientos de salud es el Costo por Diagnóstico; éste consiste en clasificar las enfermedades más frecuentes y estimar el costo del tratamiento estándar asociado a cada enfermedad para luego asignar el presupuesto según el número de pacientes atendido por cada enfermedad. De otro lado está el régimen contributivo, compuesto por todos los sistemas de previsión para la salud que se sostienen y financian en base a la contribución o aporte de los afiliados. Este régimen está consiituído en el Perú por ESSALUD , que tiene a su cargo el seguro social de salud y, complementado por las entidades prestadoras de salud -EPS-; en este régimen de contribución se ha previsto dos modalidades de afiliación: *la regular*, para aquellos trabajadores dependientes con un ingreso regular y, *la potestativa* para aquellos trabajadores que no tienen un ingreso regular o no tienen un trabajo en relación de dependencia. Sin embargo, en los últimos años se ha implementado fórmulas nuevas como es el Seguro Escolar y más recientemente el Seguro Materno Infantil.

ANALISIS DEL PROCESO DE REFORMA

La Reforma sin Reforma

A partir de 1993 se pasó a una etapa de lenta recomposición sin un rumbo general, pero que llegó a revirar la tendencia de retroceso y descomposición de los años anteriores. Se habla entonces de una etapa de reforma sanitaria silenciosa, que se desarrolla como un proceso de reconfiguración desregulada del sistema sanitario peruano. En los primeros 5 años de gobierno del Presidente Fujimori, los analistas plantean que se ha vivido hasta 9 grandes cambios bajo la modalidad de reforma no sistemática o por acumulación, en otras palabras, reforma sin Reforma. Esto cambios son:

1. La reconversión paulatina de los hospitales del Ministerio de Salud -MINSA- en entidades semi privadas.
2. La multiplicación de presiones cruzadas sobre la demanda en salud y su resegmentación continúa conforme los cambios en la oferta de servicios .
3. La reforma subsectorial del ex Instituto Peruano de Seguridad Social (considerada por muchos como una modernización a marcha forzada).

4. La reconstitución del sector gran privado en salud con los seguros privados y sus nuevas modalidades operativas.
5. La emergencia del nuevo subsector privado sin fines de lucro, con la acción de la iglesia, algunas municipalidades y de los organismos no gubernamentales -ONG-.
6. El cambio en los proceso del trabajo médico y el tránsito último de la crisis de empleo a la ocupación plena.
7. La dualización de la atención médica y el refugio de los sectores desprotegidos en la automedicación y medicina tradicional.
8. La ampliación del financiamiento y de la cooperación externa a partir de 1993.
9. La repotenciación de la red periférica de salud y el despliegue de múltiples iniciativas parciales (Salud Básica para Todos, otros proyectos y programas).

En este período entre 1990-1995, hubo 2 grandes iniciativas de reforma del sector por parte del Minsiterio de Salud, las mismas que se tradujeron en el denominado Sistema Nacional Integrado y Regionalizado en Salud, propuesto por el Señor Ministro de Estado, Dr. Carlos Vidal Layseca, iniciativa que fue bloqueada. La otra iniciativa fue el Decreto Ley 718 en 1991 que crea el Sistema Privado de Salud (OSS) del Dr. Jaime Freundt-Thorne, el mismo que tampoco prosperó; los analistas estiman que hubo un 60% de similitud con el modelo de las ISAPRES chilenas. Entonces el sector se siguió quedando sin Reforma, pero esto no fue impedimento para el desarrollo de múltiples iniciativas parciales de avance tales como los Comités Locales de Administración Compartida (CLAS), Programas de Focalización - Salud Básica para Todos, reestructuración institucional, sistema de información, proyectos y programas de cooperación externa etc. De estos, la iniciativa que probablemente más ha prosperado son los CLAS, son organizaciones formadas por usuarios de los servicios y representantes de la comunidad que se encargan de la administración de los establecimientos de salud, pero bajo la normatividad del MINSA dentro del Programa Salud Básica para Todos.

La Reforma con Reforma

Primeramente se debe aceptar que la reforma en el Perú tiene justificación. Se tiene una elevada morbimortalidad, la cobertura de salud con calidad no supera el 50% de la población y aproximadamente hay 5 millones de peruanos que no tienen acceso a una atención institucionalizada. Hay un grave centralismo en la atención de salud,

desorganización de los servicios con duplicidades y escasez de recursos. Políticamente el gobierno tiene como meta la reducción de la extrema pobreza, por lo que la reforma de la salud se inscribe dentro de la política actual. Se acepta que la sociedad peruana requiere mejorar su calidad de vida y bienestar de los peruanos y finalmente, que los propios actores del sector salud no están satisfechos con su propio trabajo. Para muchos analistas, el proceso de reforma del Perú no se encuentra enmarcado dentro de un plan global de desarrollo humano y asimismo, que ésta no obedece a un modelo por consenso sino mas bien a modelos importados de países vecinos; por ejemplo la Ley 26790 es un calco del modelo colombiano en un 80%, incluyendo el mismo nombre “ Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud ”.

No obstante haberse conseguido importantes avances acumulativos en el campo sanitario desde inicios de la presente década (particularmente a partir de 1995) en cada uno de los distintos componentes que lo conforman, éstos avances no son suficientes para resolver los problemas que aún enfrenta el país en el campo de la salud. La propuesta de reforma del sector salud nace porque hay un importante grupo poblacional - casi equivalente al total de la población afiliada al ex Instituto Peruano de Seguridad Social, que pudiendo contribuir a un sistema de previsión para la salud, no lo hace. Asimismo, se sabe que hay un porcentaje, que si bien ha venido disminuyendo, es aún cercano al 20% de la población que no tiene acceso regular a los servicios de salud individual. El proceso de reforma incorpora conceptos nuevos como competencia y transparencia, reingeniería del proceso de producción de servicios, comprensión integral sobre el comportamiento de las variables que componen el sector, una nueva visión de éste y una clara identificación de campos de innovación.

Para algunos analistas, la orientación de la Reforma que se viene dando en el país busca reducir básicamente los gastos sociales; para otros, se estaría buscando desarrollar el régimen privado vía EPS a expensas de la Seguridad Social y su Ley 26790. Se espera un financiamiento múltiple inicialmente en el corto y mediano plazo (una sola fuente no es capaz de afrontar todas las prestaciones necesarias y reducir la inequidad) con miras a un financiamiento único a través de la Seguridad Social.

En líneas generales, la Ley General de Salud reafirma los derechos del individuo en el campo de la salud, redefine las relaciones entre

los individuos, y de éstos con el estado, y da las bases para una necesaria complementación y sana competencia entre los principales efectores de salud. A continuación se describe 3 puntos dentro del proceso de análisis de la reforma: en qué está avanzando?, qué está pendiente de hacer y cuál es el impacto que se espera de la Reforma.

¿En que está Avanzado el Proceso de Reforma?

Una primera parte es que se reconoce que los ejes de la reforma y modernización corresponden al subsector público, representado por el MINSA a quien le corresponde como uno de sus objetivos de su política social, la extensión de la cobertura de servicios de salud a la población de mayor pobreza que no tiene acceso regular a estos servicios ni a los sistemas de contribución. Se menciona también que por su complejidad la modernización supone un esfuerzo de enormes proporciones, por lo que el MINSA viene realizando cambios en forma selectiva y progresiva: reestructuración del MINSA y validando propuestas en determinadas áreas de cinco regiones y hospitales seleccionados.

Los programas implementados en el sector desde principios de esta década han dado como resultado una ampliación de la infraestructura de atención de primer nivel y una mejor utilización de los servicios, incorporando la participación de la población en la gestión de los establecimientos, lo cual ha significado cierta mejora en los indicadores de salud pública. Se ha incrementado el acceso a las atenciones de salud, han decrecido las tasas de mortalidad y desnutrición infantil y los promedios nacionales muestran mayor disponibilidad de personal médico. A nivel nacional para el período 1994-1997 se había dado una expansión de la infraestructura de atención primaria en 61% y un incremento de las consultas médicas en 55%. A 1996 se había inmunizado al 96% de los niños menores de un año con todas las vacunas y entre 1991 y 1996 se redujo la incidencia de desnutrición y mortalidad infantil de 35 a 26 por ciento y de 60 a 43 por mil respectivamente. La reorganización dentro del proceso de reforma ha involucrado la participación de la comunidad en el ámbito de administración de salud a nivel local a través del Programa de Administración Compartida de Farmacias (PACFARM) y los Comités Locales de Administración Compartida en Salud (CLAS). Al primer trimestre de 1998 había 548 CLAS que administraban el 10 por ciento de los establecimientos de salud del país. A 1998 se encon-

traban en espera de su reconocimiento 150 CLAS y 250 en etapa de formación. Las CLAS han servido como referente para el establecimiento de las redes de servicios de salud, dada la experiencia ganada en administración local.

Particularizando la Red, que por cierto son de mayor tamaño que las CLAS, su establecimiento busca añadir los beneficios de las economías de escala y de una gerencia más compleja. La propuesta es una iniciativa interesante, sin embargo, se podría fomentar una nueva burocracia si se mantiene el sistema de autoridades regionales de salud; bajo la propuesta de financiamiento la Red continuaría recibiendo la asignación presupuestal independientemente de cómo brinde sus servicios o el nivel de satisfacción de los usuarios. De otro lado, no está claro si los CLAS son parte de la Red; si así fuera, podría implicar la pérdida de la autonomía alcanzada para la programación y administración de actividades. Al respecto, los analistas en políticas sociales refieren que una alternativa para superar el impase sería establecer formas voluntarias de asociación que lleven a la Red a demostrar que pueden otorgar ventajas como la asistencia técnica, menores precios o el mejoramiento de procesos de gestión.

¿Qué está Pendiente en el Proceso de Reforma?

A pesar del avance, todavía se presentan inequidades en los indicadores de salud y en el acceso a servicios de atención en las zonas más pobres, particularmente en áreas rurales de la sierra y selva. Por ejemplo, la mortalidad en niños menores de un año para las zonas urbanas en 1996 fue de 35 por 1,000, mientras que en las rurales fue de 71 por 1,000. En estas últimas zonas existe una menor disponibilidad de personal de salud y menores posibilidades de acceso a la atención debido a su costo y a la falta de pertinencia cultural de los servicios. El proceso de reforma actualmente en discusión plantea modificar la forma en que se asignan los recursos pasando del subsidio a la oferta de servicios a un esquema de subsidio a la demanda. Este enfoque basado en las características de la demanda (la posibilidad de pagos de los pacientes, probabilidad de contraer enfermedades) tiene como objetivo hacer una asignación eficiente de los recursos y brindar una atención de calidad. Se señalan como actividades prioritarias aquellas dirigidas a la identificación de los grupos beneficiarios, la creación de redes de servicios de salud en el ámbito hospitalario y administrativo, la disponibilidad de efectivos sistemas de información y de control de enfermedades epidemiológi-

cas. Asimismo, está pendiente avanzar en la reforma del marco institucional (relaciones entre el Ministerio de salud, ESSALUD y el sector privado) y el mejoramiento de los hospitales públicos: por ejemplo, en la actualidad el 13 por ciento de la población asegurada - ESSALUD- hace uso de los servicios de salud pública. Finalmente, el MINSA está trabajando un modelo de descentralización a través de las municipalidades a partir del discurso presidencial del 28 de julio último, Fiestas Patrias de 1999. Finalmente y en base a la realidad nacional se espera que el gobierno haga un mayor gasto social en salud., que si bien se ha recuperado del 1% a fines de los 80's e inicios de los 90's a poco más del 2% del Producto Bruto Interno, está por debajo del 4% a comienzos de la década de los 80's. sin duda que para lograr la equidad en salud, la universalización del derecho a la salud de los peruanos tiene que hacerse un mayor esfuerzo nacional en el financiamiento público.

¿Qué Impacto se Espera de la Reforma?

Importa en primer lugar, lograr la equidad, vale decir, dejar atrás las desigualdades de la realidad sanitaria del Perú actual; en la práctica significa atender a ese alto porcentaje de peruanos que no es atendido y que constituye satisfacer la demanda de la atención (demanda insatisfecha para algunos analistas del 60%): este punto también está relacionado con una ampliación de la cobertura y por tanto un mayor gasto público en salud.; además, la equidad debe ir de la mano con la calidad de la atención en los servicios de salud. Otra visión del impacto esperado es revertir lo que no anda bien; si existe una elevada morbilidad pues se tendrá que reducirla, en general de los indicadores de salud: si existe baja cobertura, se deberá extender la atención gradualmente a toda la población: si existe centralismo, se espera descentralizar; si hay desorganización se espera organización de los servicios de salud: si no se dispone de recursos hay que generarlos desde un financiamiento multilateral hacia un financiamiento único. En resumen el impacto debe llegar a reflejar una mejora en el bienestar y la calidad de vida de la población del Perú.

Con lo expuesto, se espera que todos tengamos una visión panorámica de la situación en que se encuentra el proceso de reforma del sistema nacional de salud en el Perú. Una vez más, muchas gracias al Comité Organizador de las 3ras JIMA por esta invitación a mi persona como miembro de la Sociedad para el Desarrollo de la Salud de la Amazonía -Filial Perú.