
**PERFIL DEL SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD DE
PERU**

(1a. ed. 17 de marzo de 1999)

(Revisado, 24 de noviembre de 1999)

(2a. ed. 3 de mayo de 2001)*

PROGRAMA DE ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD
DIVISIÓN DE DESARROLLO DE SISTEMAS Y SERVICIOS DE SALUD
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

RESUMEN EJECUTIVO

La República del Perú cuenta con un gobierno unitario, representativo y descentralizado, organizado de acuerdo al principio de separación de poderes. El país está dividido en 24 departamentos, 188 provincias y 1.793 distritos. De acuerdo a su Constitución tiene un gobierno descentralizado, los municipios (provinciales y distritales) disponen de cierta autonomía política, económica y administrativa para realizar planes de desarrollo en la ejecución de los asuntos de su competencia, y se dispone de la Ley Marco de Descentralización. Graves dificultades políticas tanto previas como posteriores al cambio de gobierno de julio del año 2000, dieron lugar a que el Congreso removiera en noviembre del 2000 al presidente anterior e instaurara un Gobierno Constitucional de Transición. Las elecciones generales se realizaron el 8 de abril del 2001 y el cambio de gobierno tendrá lugar a fines de julio.

El Sistema de Servicios de Salud es fragmentado y en él participan dos subsectores: el público y el no público. El primero de ellos contaba en 1999 con 6.687 establecimientos de salud (89% del total nacional) y está conformado por el Ministerio de Salud (MINSA) con 6.208 establecimientos, el Seguro Social de Salud EsSalud (ex IPSS) con 321 establecimientos y las Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional con 158 establecimientos de salud. Ese mismo año el subsector no público contaba con el 11% restante de los establecimientos de salud. Según la Encuesta Nacional de Niveles de Vida de 1997 sólo el 23,5% de la población contaba con seguro médico, predominantemente con la seguridad social. En el año 2000, del 100% de personas que declararon síntomas de enfermedad/accidente y consideraban necesario consultar, el 31 % no logró acceder a los servicios de salud, fundamentalmente por falta de recursos económicos y el 8% sólo lo hizo a servicios no institucionales como son la consulta en farmacia y la visita al curandero. De esa manera, solo el 69% accedió a consulta brindada por un profesional de la salud. Desde el punto de vista funcional el MINSA desempeña el papel rector dentro del Sector y se encarga de emitir los lineamientos de política así como las normas y procedimientos técnicos para regular la actividad sectorial. La coordinación entre las instituciones del sector es limitada, debido a la carencia de instancias permanentes de concertación. El Gobierno de Transición instaló un Comité Consultivo con el objeto de asesorar al Ministro de Salud en aspectos críticos de Política Sectorial. Las instituciones del sector organizan sus servicios por niveles de atención; sin embargo, los mecanismos de referencia y contrarreferencia aún son deficientes. El modelo de atención incluye acciones de salud individual y colectiva, las cuales se encuentran en revisión con el fin de adaptarlas a los requerimientos del nuevo marco legal determinado por la Ley General de Salud (LGS) y la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud (LMSS) promulgadas en 1997.

En 1998, el financiamiento del Sistema provino de las siguientes fuentes: gobierno, 25%; hogares, 38%; empresas, 35% y fondos externos, 2%. Ese año el gasto global en salud fue equivalente al 4% del PBI y el gasto per cápita en salud fue de US\$ 99.

La Reforma del Sector de la Salud (RS) puesta en marcha por el gobierno anterior, contaba con principios orientadores basados en los "Lineamientos de Política Sectorial 1995 – 2000" y en un nuevo marco legal. La agenda de trabajo mantuvo diversos énfasis: la recuperación de la capacidad resolutive del primer nivel de atención mediante el incremento del gasto público social; la reforma de la seguridad social abriendo el primer nivel de atención a la prestación privada; el desarrollo de programas que garantizan la atención a grupos vulnerables focalizados como el seguro escolar y el seguro materno infantil (todavía en etapa piloto) y cierta participación comunitaria en la gestión de establecimientos de primer nivel de atención mediante los Comités Locales de Administración en Salud (CLAS). Aunque el tema de la reestructuración institucional fue planteado en la agenda, este no prosperó. Pese a los problemas que presenta en su conjunto el sistema de salud, durante los últimos seis años hubo un incremento de la cobertura institucional de atención del 32,2% (1994), al 43,5% (1997) y al 49,3% (2000) del total de personas con síntomas de enfermedad y/o accidente. De esta cobertura institucional, el MINSA aumentó su participación del 16,3% (1994) al 25% (1997) y al 29,5 (2000) de los enfermos gracias al incremento de los recursos asignados al primer nivel de atención.

1. CONTEXTO

1.1. Contexto político: La República del Perú de acuerdo a su Constitución (artículo 43) tiene un gobierno unitario, representativo y descentralizado, organizado de acuerdo al principio de separación de poderes. El Poder Legislativo tiene una sola cámara encargada de expedir las leyes. El Poder Ejecutivo, a cargo del Jefe de Estado, tiene la misión de ejecutar las leyes y ejercer el derecho de iniciativa en la formulación de las mismas. El Poder Judicial administra e imparte justicia con arreglo a la Constitución y a las leyes. El país está dividido en 24 departamentos, 188 provincias y 1.793 distritos. Aunque según la Constitución el Perú tiene un gobierno descentralizado, los municipios (provinciales y distritales) apenas cuentan con autonomía política, económica y administrativa para la ejecución de los asuntos de su competencia. Graves dificultades políticas tanto previas como posteriores al cambio de gobierno de julio del año 2000, dieron lugar a que el Congreso removiera en noviembre del 2000 al presidente anterior e instaurara un Gobierno Constitucional de Transición hasta el 28 de julio del 2001.

Desde que el gobierno desactivó en 1993 al Instituto Nacional de Planificación se produjo un vacío en la planificación nacional y sectorial. Paulatinamente el Ministerio de Economía y Finanzas fue asumiendo algunas funciones de planificación desde los últimos años de la década pasada. En el año 2000 a partir de la Ley de Prudencia y Transparencia Fiscal se desarrolló el Marco Macroeconómico Multianual y se emitieron directivas para la realización de Planes Estratégicos Sectoriales e Institucionales. La política de desarrollo social es definida por un Consejo Interministerial de Asuntos Sociales (Ministerios de la Presidencia, Educación, Salud y de Promoción de la Mujer y Desarrollo Humano). El Ministerio de Salud (MINSa), es el órgano rector del sector de la salud y entre sus funciones se encuentra la formulación de la política sectorial. La acción sectorial se enmarca en el proceso de reforma del Estado que se viene aplicando desde 1995. Su objetivo es reestructurar las funciones generales y específicas del Estado y definir la concertación público-privada e interinstitucional de los diversos agentes en el sector salud. Los principales problemas políticos y sociales que influyen en la situación de salud o en el desempeño de los servicios de salud son la pobreza, asociada fuertemente a la falta de oportunidades de empleo y bajas remuneraciones, la heterogeneidad étnica y cultural y el centralismo.

1.2. Contexto económico: El producto interno bruto real por habitante decreció durante 1998 y 1999 con una pequeña recuperación en el 2000. Hasta 1997, el crecimiento económico se sustentó en la austeridad fiscal y monetaria, la reestructuración del gasto público, la reinserción en la economía internacional y los incentivos a la inversión privada, estimulados por la reducción significativa de la violencia en el país y la desregulación del mercado. A partir de 1998, la actividad económica se contrajo fuertemente debido a problemas internos de carácter social y político a los que se agregó la irrupción de factores externos tales como bruscas salidas de capitales asociadas a las crisis financieras internacionales, el fenómeno del Niño y variaciones en los precios de los principales productos de exportación. El balance negativo de la

segunda mitad de la década ha sido común a los países de la Comunidad Andina de Naciones (CAN) mientras que los países del MERCOSUR registraron un incremento del 4%.

ALGUNOS INDICADORES ECONOMICOS

Indicador	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
PIB per cápita. en US\$ ^(*)	1922	1858	1768	2152	2505	2527	2659	2551	2271	2180
Población Económicamente Activa, en miles	ND									
Inflación ^(*)	139,2	56,7	39,5	15,4	10,2	11,8	6,5	6,0	3,7	3,7
Gasto Público Total en % del PIB ^(**)	28,6	31,3	29,2	30,4	31,0	29,0	26,2	25,9	27,2	ND
Gasto Público Social en % del PIB ^(***)	ND	ND	3,6	4,0	6,0	6,0	5,7	6,5	7,1	7,9
Gasto Total en Salud en % del PIB ^(****)	ND	ND	ND	ND	4,4	4,2	4,0	4,4	ND	ND

^(*)Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). ^(**)Incluye Gasto Corriente y de Capital del Gobierno General. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). ^(***)Incluye gasto en educación, salud, programas de extrema pobreza y otros gastos sociales. ^(****)Cuentas Nacionales de Salud en Perú Preliminar. Base de datos. MINSa-OPS. ND = no disponible.

Fuentes: Elaborado sobre la base de: a) Cuanto SA. Anuario Estadístico. Perú en Números 2000. Cuadros 18.5; 17.2; 30.18; 30.37, b) MINSa-OPS. Cuentas Nacionales de Salud de Perú. 1997-1998. Preliminar. Base de datos. Lima, 2001.

El PIB per cápita del año 2000, estimado en US\$2.180, fue similar en términos reales al de 1985 y menor en 10% al de 1980. Según la estructura del PIB del nuevo año base (1994) la actividad económica descansa fuertemente en los servicios. El sector primario (agricultura, pesca y minería) representó el 14%; la manufactura el 21%; la construcción el 6%; electricidad y agua el 2%; el comercio el 15%; el transporte y las comunicaciones el 8%; el gobierno el 6% y otros servicios el 28% restante. La disminución del gasto público como porcentaje del PIB fue debida a la reorientación del Estado, mientras que el gasto público social mantuvo una tendencia creciente, duplicando el gasto de la primera mitad de la década: del 3,9% en 1993 (US\$91,3 per cápita) al 7,9% del PBI en el año 2000 (US\$180,2 per cápita). No se conoce la proporción que representa el financiamiento externo sobre el total del presupuesto de ingresos del sector público.

1.3. Contexto Demográfico y Epidemiológico:

La población total estimada para la mitad del año 2001 es de 26,090,330 habitantes, 33% de la cual es menor de 15 años y 5% es mayor de 64 años. La población se encuentra concentrada en las grandes ciudades de la costa, especialmente en Lima donde viven cerca de la tercera parte de los habitantes. La tasa de crecimiento anual siguió disminuyendo, estimándose para el año 2000 en 1,7 %, producto de la disminución de la fecundidad global, de la natalidad y de la mortalidad en la década pasada.

La tasa global de fecundidad (TGF) muestra, sin embargo, diferenciales de 2,3 para el área urbana y 4,6 para la rural. Existe una amplia diferencia según el nivel educativo de la mujer, con TGFs de 6,9, 5,0, 3,0 y 2,1 para mujeres sin instrucción, con instrucción primaria, con instrucción secundaria y con instrucción superior, respectivamente.¹ Asimismo, los valores departamentales muestran una expectativa de vida de 72 a 77 años para Lima, Callao y algunos departamentos de la Costa, mientras los departamentos del Trapecio Andino muestran 57 a 63 años. Para el año 2000, se estima una tasa bruta de mortalidad general de 6,3 por mil habitantes, cifra que ha venido decayendo desde 12,8 en los años 70s y 9,0 en los 80s.

Comparación de Indicadores Demográficos Seleccionados, 1990-2000

	1990	2000
Población urbana (%)	70,3	72,3
Crecimiento anual de la población (%)	1,9	1,7
Tasa bruta de natalidad (x 1000 hab)	29,0	23,7
Tasa global de fecundidad (hijos por mujer)	3,7	2,9
Esperanza de vida al nacer (años)	65,6	69,1
Tasa bruta de mortalidad (x 1000 hab)	7,2	6,3
Mortalidad infantil (x 1000 nv)	61,6	39,0
Mortalidad materna (x 100.000 nv)	nd	265*

*Corresponde a 1996.

Fuentes: INEI. Perú: Estimaciones y Proyecciones de la Población por Años Calendario y Edades Simples 1970-2025. Lima: INEI; 1995. INEI. Estado de la Población Peruana 2000. Lima: INEI; 2000.

Las estimaciones oficiales de la tasa de mortalidad infantil (TMI) indican que estaría en 39 por mil nacidos vivos² mientras que resultados preliminares de la Encuesta de Demografía y Salud Familiar 2000 (ENDES 2000) indican que estaría en 33,1 por mil nv. para el mismo año. Hay grandes diferencias entre regiones del país, con valores por debajo de 20 por mil en Lima y Callao, y por encima de 60 en Apurímac, Ayacucho, Cuzco, Huancavelica y Puno. En general, la TMI en las áreas rurales duplica a la TMI en las áreas urbanas. Según ENDES 1996, la mortalidad infantil en los niños es mayor que en las niñas y los diferenciales de mortalidad se incrementan con la menor edad de la madre y el menor período intergenésico. De otro lado, los niños de madres sin educación presentan un riesgo de morir 3 veces mayor al de los niños de madres con educación superior.

El análisis de las causas de muerte en el Perú está afectado por el subregistro de las defunciones, el cual se calcula en 43% para 1998; además, de las muertes registradas sólo el 79% fueron certificadas por médico. Cabe destacar que las enfermedades del aparato respiratorio, particularmente la neumonía y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), siguen siendo la primera causa de mortalidad general y que cada año se incrementa el número de defunciones por neoplasias y problemas cardiovasculares. Las muertes por causas violentas se han incrementado entre 1990 y 1998 a expensas de las debidas a accidentes de tránsito. Entre los niños menores de 1 año, las afecciones propias del período neonatal, la infección respiratoria aguda (IRA) y la enfermedad diarreica aguda (EDA) o infección intestinal, constituyeron en 1998 el 39%, 21% y 6% de las causas de muerte, respectivamente. De otro lado, en los niños de 1 a 4 años, la IRA, EDA y las causas externas constituyeron juntas el 56% de las causas de muerte.³ Las EDAs, IRAs, meningitis, malaria, septicemia, enfermedades inmunoprevenibles y deficiencias de la nutrición, representan el 42% de las causas de muerte para los niños menores de 5 años. Este peso relativo presenta rangos que van de 50-60% para Puno, Piura y Huancavelica, a 25-30% para Moquegua, Lima y Callao. La mortalidad materna no ha descendido significativamente en los últimos 36 años, mostrando tasas (TMM) de 400, 318 y 265 x 100.000 nacidos vivos en 1960, 1980 y 1996.⁵ Esto ha

determinado que se considere a la reducción de la mortalidad materna como una prioridad nacional. Se estima que anualmente mueren alrededor de 1.670 mujeres como consecuencia de las complicaciones del embarazo, parto y puerperio, siendo el 15% de ellas a gestantes jóvenes. Sin embargo, el registro rutinario del Ministerio de Salud sólo ha reportado 492, 366 y 378 defunciones en los años 1996, 1997 y 1998, respectivamente.⁷ El promedio nacional de la TMM enmascara grandes diferencias entre regiones, estratos socio-económicos y grupos de población. En 1996, la TMM en Huancavelica fue mayor a 400 por 100,000 n.v., mientras que en Lima fue menor de 40. Las áreas rurales duplicaron los valores de las áreas urbanas. En las mujeres sin educación la TMM fue de 489 y en las que tienen educación superior fue 49. La TMM en las adolescentes de 15 a 19 años fue de 362, cifra muy superior al promedio nacional. El riesgo de morir entre las mujeres de 15 a 44 años es 35,4 veces más alto en el Estrato V (población con más necesidades básicas insatisfechas [NBI]) que en el Estrato I (población con menos NBI). La mayoría de muertes maternas son debidas a causas directas y evitables como hemorragias (44,8%), complicaciones del puerperio (10,9%) y complicaciones del aborto (12,3%). Se estima que anualmente 270.000 embarazos no deseados terminan en aborto, lo que equivale al 30% del total de embarazos.

En materia de morbilidad, las enfermedades transmisibles siguen siendo una prioridad nacional. En 1998 entre la población de 12 a 64 años la prevalencia de consumo en el último año fue de 44,5% para tabaco, 79,6% para alcohol, 0,7% para marihuana, 0,6% para pasta básica de cocaína y 0,1% para cocaína.⁴

1.4. Contexto Social:

El Informe sobre el Desarrollo Humano 2000⁵ indica que en el año 1998, el Índice de Desarrollo Humano (IDH) del país fue de 0.737 ocupando el 80^o lugar en la escala mundial. En el Índice de Desarrollo de Género (IDG), Perú ocupó el 71^o lugar. Estos valores fueron similares a los del año 1997. A fines del año 2000, de los 11,9 millones que conforman la PEA, el 10,2% estaba desempleado, el 50,8% subempleado y sólo el 39% adecuadamente empleado⁶. La focalización del gasto fue el objetivo central de la política social para el año 2000, siendo su meta la reducción de la pobreza extrema en un 50% respecto a 1991. En dicho año, la pobreza extrema abarcó al 26,8% de la población, mientras que en el año 2000 abarcó al 14,8%, lo que equivale a una reducción del 45%. No obstante, la condición de pobreza se ha mantenido: disminuyó del 57,4 % al 50,7 % entre 1991 y 1997; y aumentó al 54,1% en el año 2000. La pobreza mantiene su predominio rural en cifras relativas aunque en cifras absolutas es más urbana; la pobreza extrema continua concentrándose en el área rural.⁷ No obstante el incremento del gasto social y la mejora en algunos indicadores sociales que ha sido descrita, se destacan las debilidades institucionales que impidieron mejorar los logros: problemas de coordinación intersectorial y duplicidad de acciones; ausencia de capacidad de rectoría en sectores sociales; deficiente focalización, problemas de regresividad en la ejecución del gasto y reducida transparencia, falta de planificación estatal, problemas de calidad en la gestión de los programas sociales, postergación de un proceso real de descentralización, debilidad funcional de la Comisión Interministerial de Asuntos Sociales (CIAS) y carencia de una Política Social

articulada con una Política Económica de Desarrollo⁸. Entre 1994 y 1997 la concentración del ingreso, medida a través del índice de Gini, se incrementó de 0,469 a 0,484 y la razón de ingreso entre el quintil superior y el inferior pasó del 10,7 al 13,9 en 1997⁹.

Los principales problemas sociales y políticos que condicionan la situación de salud están vinculados a la pobreza, altamente asociada a la carencia de empleo adecuado; y a la amplia variedad étnica-cultural e incompleta integración y dispersión poblacional, especialmente de comunidades andinas y amazónicas. Aunque no existen datos precisos de cómo se distribuye la población entre las diferentes etnias, según la Encuesta Nacional de Niveles de Vida 2000, el 16,5% de la población no reportó al español como lengua materna, si no a lenguas nativas andinas (14%) como el quecha y aymara; y en mucha menor medida (2,5%) a lenguas amazónicas¹⁰. En 1996 el 10.6% de la población era analfabeta; el analfabetismo en el medio rural fue 5 veces mayor que en el medio urbano (23.7% y 4.5%). Entre 1993 y 1996 el analfabetismo femenino disminuyó del 18.3 al 15.2 %; el nivel de instrucción secundaria se incrementó del 31.4 al 40.7 %; y el porcentaje con instrucción superior creció del 10.8 al 18.7.

2. SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD

2.1 Organización General: Los servicios de salud del país están agrupados en dos subsectores, el público y el no público. El primero lo forman el MINSA, EsSalud, y los servicios de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional. El subsector público dispone del 51% del total de hospitales, concentra al 69% de los centros de salud y el 99% de los puestos de salud, ubicados en zonas rurales dispersas y zonas marginales urbanas. El MINSA es la institución con mayor número de establecimientos y mayor presencia nacional.

Establecimientos por Subsector e Institución, 1999

Institución	Tipo de Establecimiento			Total
	Hospitales	Centros de Salud	Puestos de salud	
Subsector Público				
MINSA	139	1.115	4.954	6.208
ESSALUD	91	38	192	321
Fuerzas Armadas y Policiales	20	81	57	158
Subtotal	250	1.234	5.203	6.687
Subsector No Público*				
Privado	224	440	16	680
Otros	12	104	18	134
Subtotal	236	544	34	814
Total del Sector	486	1.778	5.237	7.501

Fuentes: a) MINSA (PE). 2do. Censo de Infraestructura Sanitaria y Recursos del Sector Salud, 1996. Lima: Oficina de Estadística e Informática; 1996. b) ESSALUD. Estadísticas de Prestaciones de Salud 1999. Lima: Gerencia Central de Finanzas. En preparación; 2000. c) MINSA. Infraestructura Sanitaria de Salud 1999. Lima: OGEI. En preparación; 2000.

* La información del subsector no público corresponde a 1996.

El MINSA atiende en forma predominante a población pobre que no cuenta con Seguro Social en Salud (EsSalud). EsSalud atiende a trabajadores del sector formal y sus establecimientos están principalmente en áreas urbanas. Los servicios de las Fuerzas Armadas y Policiales sólo atienden a sus trabajadores y

familiares directos. El subsector privado concentra sus recursos en las principales ciudades y está formado por clínicas, consultorios y en menor medida por ONGs. El nivel central de las instituciones del sector emite lineamientos de política, normas y procedimientos técnicos. La coordinación entre las instituciones no ha sido regular debido a la ausencia de instancias permanentes de concertación. A inicios del 2001 se estableció un Comité Consultivo en Salud con el objeto de asesorar al Ministro de Salud en aspectos críticos de Política Sectorial.

La estructura central del MINSA cuenta con un órgano de alta dirección (Ministro y Viceministro), órganos de control y asesoría (Planificación, Asesoría Jurídica, Epidemiología y Oficina de Financiamiento, Inversiones y Cooperación Externa), de apoyo (Administración, y Estadística e Informática) y de línea (Salud a las Personas; Salud Ambiental y Medicamentos, Insumos y Drogas). Existen además dos tipos de órganos desconcentrados: los Institutos Especializados (Salud Mental, Rehabilitación, Salud del Niño, Enfermedades Neoplásicas, Ciencias Neurológicas, Oftalmología y Materno Perinatal) y las Direcciones Regionales o Departamentales de Salud (DISA). Estas últimas tienen a su cargo por delegación funciones de autoridad y control sanitario, así como la provisión de servicios en forma zonificada a través de unidades administrativas cuyo nombre varía de una región a otra. Como organismos públicos descentralizados existen: el Instituto Nacional de Salud, la Escuela Nacional de Salud Pública, el Instituto Nacional de Medicina Tradicional, el Instituto Nacional de Protección del Medio Ambiente y la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud. Las instituciones del subsector público organizan sus servicios por niveles de complejidad. Sin embargo, su funcionamiento tiene problemas: el primer nivel no constituye siempre la entrada al sistema de atención; no existen adecuados mecanismos de referencia entre los diferentes niveles; los establecimientos no comparten recursos ni se articulan para trabajar como redes, y existe desequilibrio en la asignación de recursos entre los niveles de atención. Además, la fragmentación de la información dificulta la toma de decisiones oportuna e integrada. Los fondos provenientes de los hogares y empleadores para seguros de salud representaban en 1998 el 6% del total del financiamiento y el 40% del gasto privado con fines de lucro¹¹.

En síntesis, en el Perú existen varios subsistemas de atención de salud, con escasa coordinación funcional en los niveles nacional y subnacionales y por otra parte, existe un segmento importante de la población que aún no tiene acceso regular a ninguno de ellos. Las redes públicas de atención están fundamentadas en la articulación local y provincial que llevan a cabo los puestos de salud, el centro de salud y el hospital de apoyo respectivo. La integración con otros prestadores, tanto privados como de la seguridad social, en el territorio es mínima, lo mismo que la integración de esas redes locales y provinciales con los prestadores de servicios de salud de mayor complejidad. Los prestadores privados se concentran en la capital del país y capitales de departamento y no se organizan en forma explícita bajo la modalidad de red de servicios. Con relación al sector privado, no se dispone de información sobre cuáles son las principales entidades aseguradoras y/o prestadoras de servicios sin y con ánimo de lucro, sobre su naturaleza jurídica

ni sus principales fuentes de financiamiento. Tampoco se dispone de información sobre los medios humanos y tecnológicos propios para la prestación de los servicios ni cómo le compran servicios de salud

2.2 Recursos del Sistema

Recursos Humanos: Entre 1992 y 1996 se observó un incremento en las diferentes categorías de personal, expresado por 10,000 habitantes, el cual varió entre el 40 y 100%. En el caso de los odontólogos y radiólogos, por ejemplo, la variación estuvo entre 80 y 100% y aún así todavía hay demanda insatisfecha para estos últimos. En el año 2000, un total de 23 médicos cursaban el tercer año de especialidad en radiología, mientras que 39 médicos lo hacían en el primer año. Los médicos, enfermeras y farmacéuticos aumentaron en 41, 36 y 50%, respectivamente. Aunque se han puesto en práctica medidas para hacer más equitativa la distribución de personal, éstas aún son insuficientes. Por razones financieras la actualización de la información para el año 2000, a través del III Censo de Infraestructura Sanitaria y Recursos Humanos del Sector Salud, fue pospuesta.

RECURSOS HUMANOS EN EL SECTOR DE LA SALUD 1992-1999

TIPO DE RECURSO	Años							
	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Razón de médicos por 10,000 habs.	7.3	ND	ND	ND	10.3	ND	ND	ND
Razón de enfermeras(os) por 10,000 habs.	4.9	ND	ND	ND	6.7	ND	ND	ND
Razón de odontólogos por 10,000 habs.	0.6	ND	ND	ND	1.1	ND	ND	ND
Razón de técnicos medios de Laboratorio por 10,000 habs.	0.9	ND	ND	ND	1.1	ND	ND	ND
Razón de farmacéuticos por 10,000 habs.	0.2	ND	ND	ND	0.3	ND	ND	ND
Razón de radiólogos por 10,000 habs.	0.1	ND	ND	ND	0.2	ND	ND	ND
No. de egresados de posgrado en Salud Pública	ND							

Fuentes: Primer Censo de Infraestructura Sanitaria y Recursos Humanos. Oficina de Estadística e Informática, Ministerio de Salud, Perú, 1992. Segundo Censo de Infraestructura Sanitaria y Recursos Humanos del Sector Salud, Oficina de Estadística e Informática, Ministerio de Salud, Perú, 1996.

No se cuenta con información sobre el número de egresados de posgrado en Salud Pública. Se puede señalar que en el año 2000 había 21 programas de maestría, de los que 5 fueron creados en el quinquenio pasado, y un reciente programa de doctorado. En 1996, el II Censo de Infraestructura reportó 956 profesionales con la “especialidad de Salud Pública” trabajando en el sector. Entre 1992 y 1996 la razón de médicos generales vs. médicos especialistas se ha mantenido en 0,36 para el conjunto del sistema.

En 1996 el Colegio Médico del Perú reportó 27.692 médicos activos, en contraste con el II Censo de Infraestructura Física y RRHH que indicó que había 24.708. La diferencia podría explicarse por no estar considerados en el Censo aquellos médicos dedicados exclusivamente a la docencia y a la práctica privada independiente. Sin embargo, también podrían estar subregistrados los médicos desempleados. El

Colegio de Enfermeros hace referencia a un fenómeno migratorio no cuantificado de enfermeras en la última década, especialmente hacia Italia, España, EEUU y Chile.

Recursos Humanos de las principales instituciones del Sector Público 1999

Institución	Total	Tipo de Recurso					
		Médicos	Enfermeras	Enfermeras Auxiliares	Otros trabajadores	Personal administrativo	Servicios generales
MINSA*	84.662	11.157	9.862	ND	ND	11.261	9.886
EsSALUD**	31.631	5.237	5,259	ND	ND	10,235	ND
T o t a l	115.293	16.394	15.121			21.496	ND

Fuente: *MINSA Oficina de Estadística e Informática, Lima, Enero, 2001. ** EsSalud, Gerencia Central de Recursos Humanos, Lima, 1999

Al inicio de la década de los 90, las remuneraciones de los médicos que laboraban en el MINSA fueron equiparadas con las de EsSalud (entonces IPSS), mediante un dispositivo legal que fue cumplido parcialmente. En 1996, en el MINSA el sueldo mensual de un médico de reciente ingreso era de US \$ 683 y en el año 2000 ascendía a US \$ 600 . En esos mismos años, el sueldo de una enfermera era de US \$ 272 y US \$ 240 respectivamente. En EsSalud se mide periódicamente la productividad de los servicios (más no del desempeño individual) de acuerdo a metas fijadas por la institución, existiendo un pago (entre 0 y 22% del salario) que se recibe por este concepto, determinado a juicio del jefe del servicio. El número de atenciones en establecimientos de primer nivel en el año 2000 fue de 2 a 3 atenciones por hora médica (el índice está calculado sobre el total de horas médicas contratadas y corresponde al Programa Salud Básica para Todos). Este índice expresa una mejora respecto a lo observado en los primeros años del Programa (1996), que era alrededor de 1,5 consultas por hora médica.

Medicamentos y otros productos sanitarios: El Perú no cuenta con una política nacional de medicamentos. No obstante, la Ley General de Salud (1997) incluye un capítulo sobre productos farmacéuticos y recursos terapéuticos naturales, el cual contempla aspectos relacionados con el registro sanitario, y la fabricación, importación, comercialización, calidad y el uso de los medicamentos.

A partir de 1991, se ha constatado un incremento en el número de productos registrados como consecuencia de dispositivos legales que facilitaron la obtención del registro sanitario. Así, el número total de medicamentos registrados se incrementó desde unos 4.950 productos en 1990 a 11.241 en 1999, correspondiendo el 65% de este último total a productos de importación. Por otra parte, sólo alrededor del 22% de los medicamentos registrados en 1999 se comercializaban en el mercado nacional. En cuanto a los medicamentos genéricos registrados se puede afirmar que, con excepción del año 1991 en que se observó un 80% de genéricos registrados, gracias al impulso del gobierno a través de dispositivos legales, su participación en el conjunto de productos registrados no varió mucho durante la década de los 90¹².

En el país no existe control de precios desde fines del año 1990. De acuerdo al Intercontinental Marketing Service (IMS) de Febrero de 1999 y a la Revista KAIROS de Diciembre de 1999, los cinco productos de mayor venta (y sus correspondientes precios promedio) durante el año de 1999 fueron: una asociación de

diclofenaco+paracetamol (US\$0.37xtab), naproxeno sód. (US\$0.49xtab.500mg), un producto con componentes de la Vit.B. y ácido orótico (US\$0.56 x tab), amoxicilina (US\$0.41xtab 500mg) y una crema dérmica que asocia el clotrimazol con dexametasona y gentamicina (US\$3.86xtubo 10g).

Disponibilidad y Gasto de Medicamentos, 1991-1999

Indicador	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Nº Total de productos farmacéuticos registrados (*)	1694	1289	2203	1519	959	1669	2066
Porcentaje de medicamentos de marca (*)	67.2	76.1	70.0	73.1	72.5	64.0	64.8
Porcentaje de medicamentos genéricos(*)	32.8	23.9	30.0	26.9	27.5	36.0	35.2
Gasto total en medicamentos (precio de venta al público)	ND	ND	811.1	724.1	799.2	793.5	ND
Gasto per cápita en medicamentos (precio de venta al público (en US\$))	ND	ND	34,5	30.0	32.8	32.0	ND
Porcentaje del gasto ejecutado por el MS destinado a medicamentos	ND	ND	10.0	10.4	10.6	10.8	ND
Porcentaje del gasto de la Seguridad Social (EsSalud) destinado a medicamentos	ND	ND	15.4	16.7	16.5	17.5	ND

Fuente: Elaborado en base: Dirección general de Medicamentos, Insumos y Drogas (DIGEMID). MINSA; y MINSA-OPS. Cuentas Nacionales de Salud de Perú. 1997-1998. Preliminar. Base de datos. Lima, 2001.

Existe una Lista Nacional de Medicamentos Esenciales revisada y aprobada en 1998 y aunque no se ha establecido una frecuencia fija de revisión, existía a Enero de 2001 una propuesta de nueva lista que espera ser oficializada. La lista de 1998 contiene 330 diferentes principios activos, siendo su uso obligatorio en las adquisiciones de medicamentos en los servicios asistenciales del Ministerio de Salud. El Seguro Social (EsSalud) tiene su propia lista (corresponde en un 75% a la del MINSA), de uso obligatorio tanto para las adquisiciones como para las prescripciones médicas. Pese a no disponerse de datos confiables sobre accesibilidad de la población a los medicamentos esenciales, en un reciente estudio (1999),¹³ se ha estimado que sólo alrededor de un 65% de los pacientes atendidos en los establecimientos del Ministerio de Salud pudo adquirir en forma completa los medicamentos esenciales que les fueron prescritos. El 35% restante, no pudo acceder a esos medicamentos debido principalmente a falta de capacidad adquisitiva. Desde 1994, existe un Programa descentralizado de abastecimiento de medicinas (PACFARM) a nivel de Direcciones Departamentales de Salud para los establecimientos del primer nivel del MINSA, que funciona con base en fondos rotatorios. El MINSA provee gratuitamente medicamentos para los Programas Nacionales dirigidos a problemas prioritarios como IRA, EDA, TBC, Malaria y PAI. Adicionalmente se proveen medicamentos para el Programa del Seguro Escolar Gratuito creado en 1997 y para el Programa del Seguro Materno-Infantil en implementación. De otro lado, el Seguro Social de Salud (EsSalud) y las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) financian los medicamentos a los derechohabientes. Existe una Política Nacional de Sangre explícita y desde 1998 se establecieron Guías para la donación de

sangre. El Programa Nacional de Hemoterapia y Bancos de Sangre del MINSA reporta que para 1999 el total de unidades de sangre donadas ascendió a 332.800, de las cuales 1,7% correspondieron a donantes remunerados. El 80,1% de las donaciones se hicieron por parte de familiares o por reposición. Tanto en los hospitales como en los centros y puestos de salud del subsector público se aplican protocolos de tratamiento para las principales enfermedades prevalentes en el país. La presencia del farmacéutico aunque es legalmente exigida en hospitales y en farmacias privadas, se cumple parcialmente.

Equipamiento y Tecnologías: Existen 1,17 camas por cada 1000 hab.: el subsector público dispone de 0,93 y el subsector privado de 0,24. El sector tiene 781 laboratorios clínicos, 100 bancos de sangre y 2462 equipos de radiodiagnóstico¹⁴.

Disponibilidad de equipamiento en el sector salud por cada 1,000 habs. 1996 y 1999

Sector	Tipo de Recurso			
	Camas Censables	Laboratorios Clínicos	Bancos de sangre (1999)	Equipo de radiodiagnóstico*
Subsector Público				
MINSA	16,983	517	48	778
ESSALUD	5,435	98	20	308
Fuerzas Armadas y Policiales	1,947	20	04	147
Subtotal	24,365	635	72	1233
Subsector no Público				
Privado	5,851	130	28	1219
Otros	504	16		10
Subtotal	6,355	146	28	1229
TOTAL	30,720	781	100	2462

Fuentes: MINSA: "II Censo de Infraestructura Sanitaria y Recursos del Sector Salud", Lima, 1996. *Incluye equipos de radiología y ultrasonografía. MINSA: Programa Nacional de Hemoterapia y Bancos de Sangre.

Disponibilidad de Equipamiento en el Sector Salud por nivel de atención, 1996*

Sector	Tipo de Recurso					
	Salas de parto		Laboratorio Clínico		Equipos de Radiodiagnóstico	
	1er. Nivel	2do. Nivel	1er. Nivel	2do. nivel	1er. Nivel	2do. Nivel
Subsector Público						
MINSA	1.021	ND	104	413	209	569
ESSALUD	ND	ND	49	49	35	273
Fuerzas Armadas y Policiales	ND	ND	11	9	108	39
Subtotal			164	471	352	881
Subsector no Público						
Privado	ND	ND	70	60	817	402
Otros	ND	ND	12	4	10	-
Subtotal			82	64	827	402
TOTAL	ND	ND	246	535	1179	1283

Fuente: MINSA: "II Censo de Infraestructura Sanitaria y Recursos del Sector Salud", Lima, 1996. *Datos más recientes disponibles

Datos del MINSA de febrero de 1999, mostraron que el 15% de 8,315 equipos de nivel de complejidad mayor, adquiridos y entregados a los establecimientos de su red de servicios entre los años 1995 – 1998, ya se encontraban inoperativos. Según estimados para el año 2002, el 42% del mismo grupo de equipos se encontraría inoperativo, teniendo una antigüedad máxima entre 4 y 7 años. Los estudios concluyeron

calificando como crítica la situación del mantenimiento de equipos en el MINSA, resaltando que el presupuesto destinado para mantenimiento era en promedio US\$ 1.14 (en un rango de 0.69 a 1.88) por día cama en los hospitales evaluados, estando el estimado requerido en un rango que varía de US \$ 4.73 a 11.59 de costo diario de mantenimiento por cama de hospital.¹⁵ Actualmente se está fortaleciendo la capacidad de gestión de tecnología en equipos y dispositivos médicos del Ministerio de Salud. No se dispone de información sobre cuál es la distribución de unidades y/o equipos de alta tecnología por demarcaciones territoriales, y entre los subsectores público y privado.

2.3 Funciones del Sistema de Salud

Rectoría : Por disposición de la Ley General de Salud, el MINSA es la máxima autoridad sanitaria, tiene a su cargo la rectoría del Sector y es responsable de la dirección y gestión de la política nacional de salud, así como de supervisar su cumplimiento, de conformidad con la política general del Gobierno. La función normativa está reservada al MINSA, en tanto que los órganos desconcentrados tienen delegadas las funciones de regulación sanitaria, prevención y control, así como otras específicas a su campo de actividad. La misma Ley establece que el Estado es responsable de proveer los servicios de salud pública a toda la población y que la salud individual es una responsabilidad compartida por el individuo, la sociedad y el Estado. Corresponde a éste último subsidiar parcial o totalmente la atención médica de las personas con menores recursos y a aquellos que no cuentan con seguro de salud público o privado. Los servicios básicos de Salud Pública incluyen principalmente: inmunizaciones, acciones de saneamiento básico y ambiental, información, educación y comunicación en salud, control de enfermedades transmisibles, control de alimentos e insumos para la salud, vigilancia epidemiológica y salud mental. La Ley General de Salud faculta al MINSA para efectuar la evaluación, control y auditoría periódicas a los establecimientos y servicios de salud, cualquiera que sea su naturaleza o modalidad de gestión. Esta función no se desempeña regularmente por la escasez de recursos en las Direcciones Departamentales de Salud. La supervisión y control a los establecimientos del MINSA es sobre todo de orden presupuestal - contable. En el caso de EsSalud, el MINSA no desarrolla acciones de supervisión y control, excepto en el campo de Acreditación de Establecimientos de Salud. Las aseguradoras privadas de salud son supervisadas por la Superintendencia de Banca y Seguros. A partir de 1993, se empezó a desarrollar el sistema de información del Ministerio de Salud (HIS/MIS) con la expectativa de que fuera un sistema único de registro de actividades ambulatorias y extramurales. No obstante, a inicios del 2001, coexistían una diversidad de sistemas de información no integrados entre sí. La información sobre la programación y ejecución presupuestal a nivel nacional no está disponible debido a que la ejecución de la Direcciones de Salud no ubicadas en el departamento de Lima depende del Ministerio de la Presidencia. Su consolidación se demora y requiere esfuerzos adicionales de concertación interinstitucional. En los últimos años la elaboración de las Cuentas Nacionales en Salud correspondientes a 1995, 1996, 1997 y 1998 ha permitido disponer de información sectorial para dichos años aunque debe señalarse que la información sobre los

proveedores privados proviene de una muestra y no de su universo. La información sobre la oferta física en salud, se actualiza cada 4 años a través del Censo Nacional de Infraestructura Sanitaria y Recursos del Sector Salud. Periódicamente se realizan encuestas de hogares que permiten estudiar la demanda y utilización de servicios de salud.

A pesar de que el Recurso Humano ha sido identificados como estratégicos en el sector, el MINSA no ha ejercido rectoría suficiente en la determinación de la cantidad, composición por categoría ni calidad de su formación. Adicionalmente, no existe suficiente articulación entre las instituciones formadoras y las entidades prestadoras de servicios de salud, para adecuar la formación profesional y técnica a las necesidades, lo cual se traduce en sobrecostos por reentrenamiento e ineficiencia del sistema en su conjunto. La Escuela Nacional de Salud Pública, órgano rector del MINSA en Recursos Humanos en Salud, se encontraba a inicios del 2001 en reestructuración. A través de una Comisión los diferentes programas y proyectos del MINSA coordinan la capacitación la cual aún es fragmentada. No se cuenta con un Sistema Nacional de Garantía de Calidad como tal, aunque en el MINSA opera desde 1998 una Unidad de Acreditación de Establecimientos de Salud que aplica la normatividad vigente para el proceso de acreditación en todos los subsectores, haciendo énfasis en estándares de infraestructura. A comienzos del 2001, cinco instituciones hospitalarias (1 pública y 4 privadas) han sido acreditadas y más de 150 instituciones hospitalarias están en el proceso de autoevaluación, paso previo a la acreditación. Desde 1976, existe una Comisión Nacional del Residentado Médico (CONAREME) que regula la formación de especialistas médicos en el país. En julio 1999 se promulgó la ley que institucionaliza la acreditación de Facultades de Medicina. En el caso de las profesiones de la salud, predomina un modelo de autorregulación de las mismas a través de los Colegios Profesionales. El Colegio Médico inició en 1999 el proceso de recertificación de profesionales médicos a través del Programa de Educación Continua. El Ministerio de Salud, tanto a nivel central como a través de sus órganos desconcentrados, lleva a cabo un proceso de coordinación intersectorial, especialmente con los sectores de Educación, Agua y Saneamiento, Nutrición y Promoción del Desarrollo de la Mujer y Desarrollo Humano. No se dispone de datos específicos sobre como se vinculan estas acciones y/o programas con las instituciones prestadoras de servicios de los subsectores público y privado. No existen en el país agencias dedicadas a la evaluación de las tecnologías en salud. La elaboración de guías de práctica clínica no están reguladas por alguna política explícita, y se elaboran de acuerdo a criterios definidos en cada institución. No se dispone de información sobre si las autoridades sanitarias, y en concreto el Ministerio de Salud, disponen de sistemas de información sobre situación de salud, financiamiento, aseguramiento y provisión de servicios confiables y oportunos y sobre si ella se utiliza en forma efectiva para la toma de decisiones.

Financiamiento y Gasto.

Según cifras preliminares del Estudio de Cuentas Nacionales en Salud 1997-1998, en 1998 el Perú destinó alrededor del 4,4% de su PBI a la salud. Esto equivale a US\$99 per cápita. No obstante, es posible

que el financiamiento privado se haya subestimado. En latinoamérica, los países con similar producto nacional utilizan un mayor porcentaje de su PBI en salud¹⁶, lo que sitúa al Perú por debajo del promedio.

Distribución del Financiamiento en Salud, Perú 1995-1998

Fuentes de Financiamiento	1995	1998
Total (Millones de US\$)	2.446	2.652
Hogares	43,3	38,5
Gobierno	26,7	24,8
Empleadores	27,7	34,1
Externo	1,5	1,8
Donaciones	0,8	0,7
Total	100%	100%

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

Distribución del Gasto Total en Salud, Perú 1995-1998

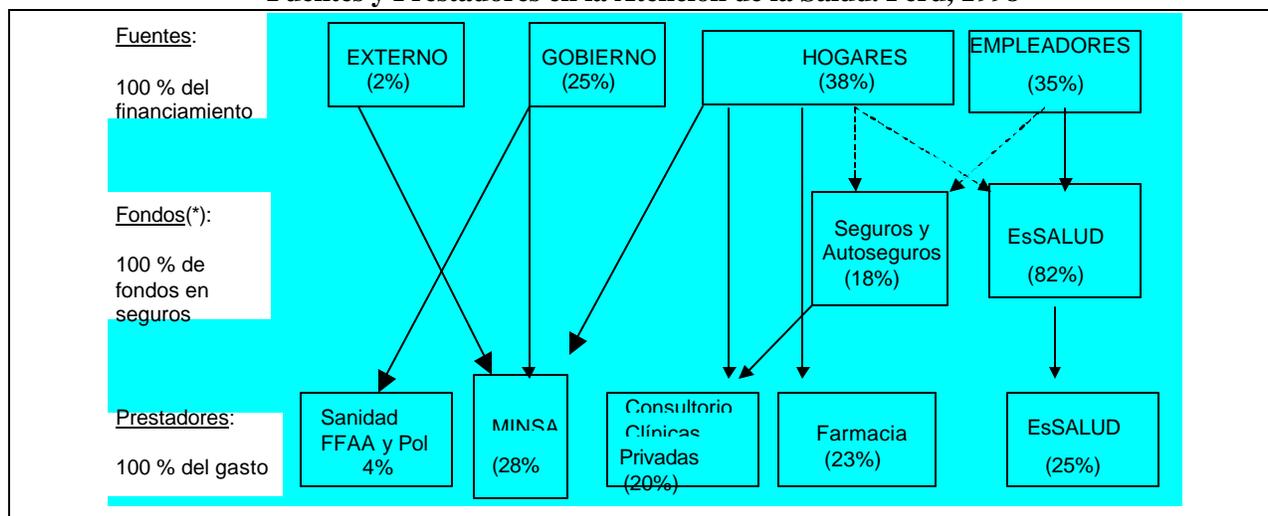
Gasto según Prestadores	1995	1998
Ministerio de Salud	26,1	27,9
Otros públicos (*)	0,8	0,4
Sanidad Policial y Fuerzas Armadas	5,1	3,8
EsSalud	23,8	25,1
Privado Lucrativo	16,0	18,6
Privado No Lucrativo	1,5	1,7
Farmacia	26,6	22,5
Total	100%	100%

Fuente: MINSA-OPS. Cuentas Nacionales de Salud de Perú. 1997-1998. Preliminar. Base de datos. Lima, 2001. (*) Mayormente Municipios.

Las principales fuentes de financiamiento son los hogares, los aportes de los empleadores para sus trabajadores estables declarados, y el gobierno a través del tesoro público. La disminución en la participación de los hogares en el financiamiento entre 1995 y 1998 se debió a la eliminación del aporte del 3% del trabajador (hogares) a la cotización del 9% sobre la remuneración de la seguridad social en salud. Ello supuso un incremento del aporte del empleador que pasó del 6 al 9%.

Los recursos del Gobierno son canalizados tanto a la sede central del MINSA, como a las Direcciones Departamentales de Salud del mismo a través de los Gobiernos Transitorios Regionales, lo que suele traer problemas de descoordinación. Los recursos de los hogares se destinan preferentemente a la compra en farmacias, muchas veces sin intermediación de los servicios de salud, así como al pago de tarifas por la atención privada y por la pública. Pocos hogares cotizan directamente un seguro potestativo a EsSalud, o adquieren directamente pólizas de seguros privados. Los empleadores aportan a EsSalud para asegurar a sus trabajadores estables declarados y en menor medida, contratan seguros privados. Los fondos del aseguramiento en salud incluyen los recursos captados por el Seguro Social (EsSalud) y los seguros privados. 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 RS, lo que le otorga valor estratégico. Esta característica puede convertirse en el futuro en un punto vulnerable si no logra ser sustentado por fondos del tesoro público.

Fuentes y Prestadores en la Atención de la Salud. Perú, 1998



Fuente: Elaborado en base a: MINSA-OPS. Cuentas Nacionales de Salud de Perú. 1997-1998. Preliminar. Base de datos. Lima, 2001. Las flechas con líneas punteadas indican flujos menores. (*) 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 este 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 representa la compra directa en farmacia, un gasto no intermediado por el proveedor. La composición del gasto en salud indica que el 83% se destina a la prestación de servicios de salud (recursos humanos, servicios e insumos) de los cuales el 28% se dedica a medicamentos, el 8% a la administración y regulación pública y el 5% a la inversión.

Composición del Gasto en Salud 1998

Descripción	MINSA Nac.	EsSalud	Total Sector
Prestación de Servicios de Salud (*)	60,2	66,2	55,6
Medicamentos	6,6	10,5	27,8
Administración y Regulación Pública	22,5	6,3	7,9
Administración de Planes Seguridad Social	-	9,7	2,4
Otros servicios relacionados a salud (**)	2,1	-	1,7
Inversión	8,6	5,2	4,7
Total	100%	100%	100%

Fuente: MINSA-OPS. Cuentas Nacionales de Salud de Perú. 1997-1998. Preliminar. Base de datos. Lima, 2001. (*) Comprende Servicios Finales e Intermedios de Salud. (**) Comprende educación en salud, formación de recursos humanos, certificaciones, inspecciones, licencias, control de animales y venta de residuos.

Desde 1993, el gasto público del MINSA ha tenido una tendencia creciente, aunque ella se estancó en los últimos años debido a la crisis fiscal resultante de la crisis política y de la recesión económica. En 1999, el gasto nacional global del MINSA fue financiado en 80% por el tesoro público, en 16% por los ingresos provenientes del cobro de tarifas a los usuarios, en 2% por el endeudamiento externo y en el 2% restante por donaciones. Estudios sobre la composición del gasto por niveles de atención, sugieren que alrededor del 40% del subsidio público en salud del MINSA (definido como el gasto ejecutado menos los pagos de usuarios por tarifas y el gasto de la administración central del MINSA), se destina al nivel hospitalario, mientras que el 60% restante va al primer nivel de atención (centros y puestos de salud)¹⁷. La distribución

del subsidio público en salud del MINSA por quintiles de ingreso de la población ha mostrado un claro patrón regresivo en el gasto hospitalario, principalmente en el medio rural, así como un significativo patrón progresivo en el gasto en centros y puestos de salud urbanos¹⁸. Hasta 1996, el presupuesto se asignaba por tendencia histórica y sin relación con la producción y logro de metas. A partir de 1997, se empezó a vincular la asignación de recursos según resultados esperados. En el área económica y financiera, se realizan estudios para buscar la concordancia entre la programación presupuestaria y el logro de objetivos y metas, así como para mejorar la identificación de beneficiarios y la formulación de políticas de cobro. A inicios del 2001 comenzó una experiencia piloto de cambio en los mecanismos de pago en un hospital al norte del país.

Fuentes de Financiamiento del Ministerio de Salud a nivel Nacional, 1995-1999 (en miles deUS\$)

	1995	1996	1997	1998	1999
Tesoro Público ("Recursos Ordinarios"):	566.083	598.477	605.045	615.191	581.852
Fondos Propios ("Recursos Directamente Recaudados")	79.452	92.220	106.186	115.458	113.965
Endeudamiento Externo ("Recursos de Credito Externo")	20.014	38.041	25.243	24.639	14.834
"Donaciones y Transferencias"	360	198	5855	14306	13.119
Total	665.909	728.936	742.330	769.594	723.770
% Gasto Total MINSA Nacional en Gasto del Gobierno Central	5,3	5,0	5,0	5,4	5,4
% Gasto Total MINSA Nacional en el PIB ¹	1,2	4,2	1,3	1,3	1,3

Fuentes: MINSA Base de datos; Ministerio de Economía y Finanzas, Dirección Nacional de Presupuesto Público; Base de Datos de los Organismos Públicos Descentralizados (SEPS, ENSAP, INS, INMETRA, INAPMAS); Instituto Nacional de Estadística e Informática.

Aseguramiento Sanitario. Existen tres tipos de afiliación a seguros de salud: la Seguridad Social (EsSalud), la sanidad de las FFAA y Policía Nacional, y los seguros privados. En cuanto a EsSalud, los empleadores cotizan el equivalente al 9% del salario mensual de sus trabajadores y el número de aportantes depende de la evolución del sector formal de la economía. Adicionalmente a los trabajadores dependientes que en diciembre del año 2000 constituían el 95% de los asegurados aportantes activos, la Seguridad Social ha buscado desde la década de los 70 expandir el seguro a trabajadores que no se encuentran en relación de dependencia con escasos resultados. El seguro de las Fuerzas Armadas cubre exclusivamente a sus trabajadores y familiares directos y se financia con fondos del tesoro público. Los seguros privados en salud suelen ser contratados por las familias y, en menor medida, directamente por los empleadores. Las principales diferencias entre las prestaciones ofrecidas por el MINSA y el Seguro Social radican en la gratuidad de las atenciones y medicamentos requeridos para los asegurados en ésta, mientras que las personas que acuden al MINSA pagan tarifas por la atención (consultas, hospitalización, pruebas diagnósticas, etc) y por los medicamentos, con excepción de algunos programas de salud (tuberculosis, seguro escolar, seguro materno-infantil en áreas piloto) que incluyen atención y medicamentos gratuitos, ya que no existe un conjunto o plan básico de prestaciones sanitarias al cual

tengan derecho todos los ciudadanos. El Seguro Social ha mantenido unificadas las prestaciones para todos sus afiliados independientemente del nivel de ingreso/aportación y de régimen (hay asegurados regulares y asegurados de regímenes especiales) hasta inicios del 2000. Desde entonces ha desarrollado planes de salud con diverso grado de cobertura para los asegurados de Regímenes Especiales que son los asegurados independientes (denominados facultativos) y sus familias. La creciente informalización de la economía, la flexibilización laboral aun en el sector público y el escaso incremento de las remuneraciones reales llevaron a una fuerte disminución del aseguramiento en salud: del 37,7% en 1994 al 23,5 en 1997. El paulatino incremento de las primas de los seguros privados influyó también sobre este fenómeno. En 1997, del total de asegurados, el 86,5% estaba afiliado al EsSalud y el 6,8% sólo disponía de aseguramiento privado. Adicionalmente, un 2,5% contaba con doble aseguramiento (EsSalud y seguro privado)¹⁹. En dicho año, el rango de variación del aseguramiento fue de 35.9% para la población de Lima Metropolitana y 6.2% para la población del medio rural

Aseguramiento en Salud, 1997

Condición de Aseguramiento	Total	Lima-Metropolitana	Resto Urbano	Rural
No Asegurado	76,5%	64,1%	69,4%	93,8%
Asegurado	23,5% (100,0%)	35,9% (100,0%)	30,6% (100,0%)	6,2% (100,0%)
-ESSALUD-	(84,0)	(77,5)	(88,4)	(92,1)
-ESSALUD y Seguro Privado	(2,5)	(4,8)	(0,6)	(1,3)
-Sólo Seguro Privado	(6,8)	(9,1)	(4,6)	(5,8)
- Privado Individual	((5,0))	((7,1))	((2,9))	((4,9))
- Privado Empresa	((1,8))	((2,0))	((1,7))	((0,9))
Sanidades Policial/Militar	(6,8)	(8,5)	(6,4)	(0,7)

Fuente: Petrerá M, Cordero L, El Aseguramiento Público en salud y la Elección del Proveedor. En Pobreza y Economía Social. Cúanto SA.

Con información preliminar de las Cuentas Nacionales en Salud 1997-98, se observa que en 1998, los fondos provenientes de los hogares y empleadores para seguros de salud representaban 1,4% del PIB, el 36% del total del financiamiento en salud y el 40% del gasto privado en salud con fines de lucro. De este monto, EsSalud manejaba el 82% y el aseguramiento privado el 18% restante²⁰.

Provisión de servicios

Servicios de salud poblacional: En 1999 la cobertura nacional del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI) fue 95,8% para vacuna antipolio; 98,9% para DPT; 92,5% para antisarampionosa y 96,9% para BCG, en niños menores de 1 año.²¹ Asimismo, resultados preliminares de la ENDES 2000 indican que la atención prenatal por personal capacitado alcanzó al 82,5% de embarazos y el 57,3% de los partos fueron atendidos por profesionales de salud capacitados. Además, el 50,3% de las mujeres unidas en el 2000 usaban métodos modernos de anticoncepción.

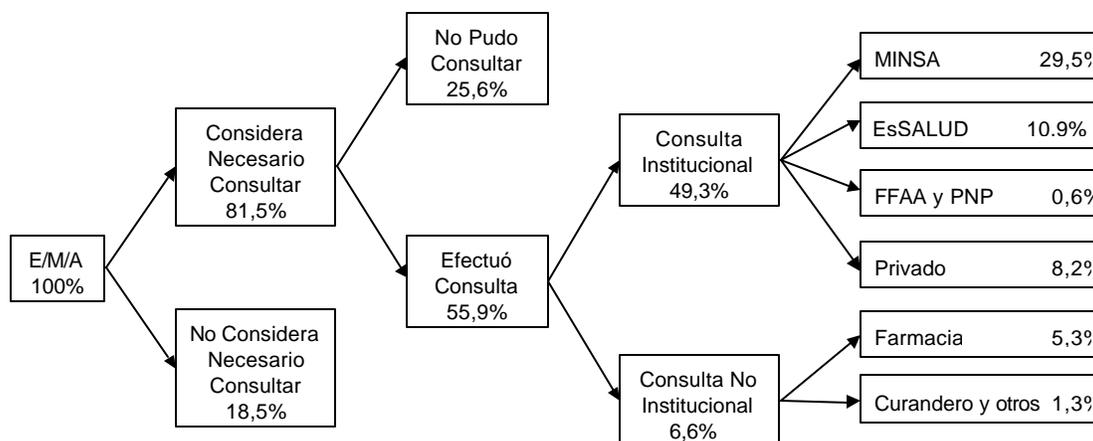
Los servicios de salud están reorientando su prestación con criterios de promoción de la salud, incorporando aspectos preventivo-promocionales, adecuación sociocultural y participación de la comunidad. Además, alrededor de 30 municipios provinciales y distritales han conformado redes locales

de comunidades saludables tanto en el norte (Tumbes y Piura), sur (Arequipa) y centro del país (Lima y Callao). Estas redes están trabajando de manera prioritaria en cuatro áreas: maternidad saludable y segura, prevención y control de la violencia familiar, atención del adulto mayor y entornos saludables especialmente en salud del ambiente. La promoción de la salud ha sido incorporada en las líneas de acción del sector educativo a través del Programa Nacional de Municipios Escolares (5.000 a nivel Nacional) que constituyen espacios formativos, de participación, organización y opinión de niños y adolescentes. Una de las estrategias de programa es el desarrollo de Escuelas Promotoras de la Salud incorporando para ello los ejes de Promoción y Prevención en Salud en el ambiente escolar y familiar.

Servicios de salud individual: En el año 2000, el 25,2% de la población declaró enfermedad o malestar en salud o accidente en las últimas cuatro semanas previas a la encuesta. De este grupo, el 81,5% consideró necesaria la consulta. Entre los que la consideraron necesaria, el 25,6% no pudo acceder a la misma, siendo la falta de recursos económicos la principal razón de exclusión. Del 55,9% que efectuó consulta, el 6,6% la hizo con personal no profesional, preferentemente donde el expendedor de farmacia. Sólo el 49,3% de los que manifestaron problemas de salud tuvieron atención profesional. De este grupo, los establecimientos del MINSA captaron al 29,5% ; EsSalud al 10,9%; el sector privado al 8,2% y la Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional al 0,6% restante. Una comparación con los niveles de utilización estudiados para 1994 y 1997 ²² indica que el incremento de la cobertura institucional fue fuertemente propiciada por el MINSA, cuya participación aumentó del 16,3% (1994) al 25% (1997) y 29,5 (2000) del total de personas con síntomas de enfermedad/accidente, gracias al incremento del primer nivel de atención en centros y puestos de salud, concordante con el mayor gasto focalizado en el Programa de Salud Básica para Todos.

Debido a la fragmentación del sistema de salud y a la falta de oportunidad y centralización de los datos, no se dispone de información consolidada nacional sobre producción de servicios y morbilidad según las diferentes redes de servicios. En el caso de la mortalidad, existe un mejor nivel de registro, flujo y análisis de la información para la toma de decisiones a nivel nacional. Entre 1987 y 1997 no sucedió un cambio sustancial en el patrón de las principales causas de mortalidad. La Tuberculosis y Septicemia dejaron de ubicarse entre las primeras 10 causas de mortalidad y las Enfermedades Infecciosas Intestinales pasaron del segundo al séptimo lugar. De otro lado, la Enfermedad Cerebrovascular subió al tercer lugar pese a haber disminuido ligeramente su tasa, y las Infecciones Respiratorias Agudas mantuvieron su primer lugar, con una amplia ventaja sobre la segunda causa para cualquiera de los períodos. Existe preeminencia de las enfermedades transmisibles, aunque las enfermedades del aparato urinario fueron también importantes, de la misma manera que la Hipoxia, Asfixia del Feto y el Recién Nacido. Asimismo, las Deficiencias de la Nutrición y Anemias se mantuvieron entre las primeras causas de mortalidad.

Niveles de Utilización de Servicios de Salud 2.000



Fuente: MINSA-SEPS-OPS. Equidad en la Atención de Salud en Perú 1997

Calidad técnica: Debido a que no se ha establecido un Sistema Nacional de Garantía de Calidad, no se ha dispuesto el reporte de información sobre el porcentaje de hospitales con programas de calidad y comités de ética establecidos y funcionando, ni sobre el porcentaje de cesáreas sobre el total de partos, el índice de infecciones hospitalarias, el porcentaje de hospitales con comités de infecciones establecidos y funcionando, el porcentaje de autopsias sobre el total de fallecidos, el porcentaje de muertes infantiles y las maternas auditadas.

Calidad percibida: El estudio sobre Equidad en la Atención de Salud ²³ explora la satisfacción percibida por ámbito (rural, urbano, Lima Metropolitana), sexo y tipo de proveedor para cada quintil de ingreso, encontrado que: a) en todos los quintiles, la satisfacción es mayor en el proveedor privado y la diferencia con los otros proveedores se acentúa a medida se eleva el ingreso, b) en los prestadores públicos, la atención en el primer nivel (Centro/Puesto de Salud) es la más satisfactoria en todos los quintiles, lo que concuerda con el incremento de gasto gubernamental en este nivel, c) la satisfacción en los establecimientos del EsSalud es la de menor calificación en todos los estratos de ingreso, lo que contrasta con la mayor valoración (respecto al MINSA) que presentaban estos establecimientos en encuestas anteriores, d) los niveles de satisfacción de la población rural, tienden a ser menores que los urbanos y los de Lima Metropolitana, y, e) el sexo es importante para explicar cierta preferencia relativa de las mujeres por el hospital respecto al primer nivel.

3. SEGUIMIENTO Y EVALUACION DE LA REFORMA

3.1. Seguimiento del proceso.

Seguimiento de la dinámica: Desde 1995, el gobierno anterior había realizado ajustes en la Administración Pública como parte del Proceso de Reforma del Estado, a fin de reducir gradualmente su participación en la administración de bienes y servicios y reforzar su rol rector y regulador, lo que ha

dado origen a procesos de modernización de diversos sectores entre ellos el del Sector Salud. Por lo tanto, el proceso de reforma sectorial en salud fue parte de un proceso administrado centralmente por las autoridades del Ministerio de Salud, en lugar de pasar por un proceso de negociación con los diversos actores sectoriales. Si bien los lineamientos generales del proceso tuvieron una amplia difusión (Documento Lineamientos de Política de Salud 1995-2000), su agenda y planes de acción, así como sus posibles criterios y mecanismos de evaluación, se mantuvieron en reserva. El financiamiento de las experiencias de campo y la implementación del proceso se dio a través de los proyectos nacionales con la Banca Internacional de Desarrollo (BID-Banco Mundial), del Tesoro Público y de la cooperación técnica internacional. Dadas las circunstancias políticas de interrupción súbita del gobierno elegido en mayo del 2000, la designación de un Gobierno de Transición en noviembre del mismo año y la convocatoria a elecciones generales en abril del 2001, el proceso de reforma del estado y por ende de reforma sectorial en salud se convierte en un tema de la próxima gestión nacional y sectorial.

Seguimiento de los contenidos:

Marco jurídico: El marco jurídico del Sector ha sido modificado por dos leyes: La Ley de Modernización de la Seguridad Social (LMSS, mayo 1997) y la Ley General de Salud (LGSS, junio 1997). La LGS es la ley marco para el sector. La LMSS 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 cobertura de servicios, abriendo la posibilidad que el 25% de la cotización pueda ser trasladado a proveedores privados. La equidad no es definida como un principio explícito en la LGS, aunque si se indica que "es responsabilidad del estado promover las condiciones que garanticen una adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población en términos socialmente aceptables, de seguridad, oportunidad y calidad". No se observan cambios jurídicos que favorezcan la intersectorialidad en salud, con excepción de la creación de Comisiones Multisectoriales en temas como alimentación y nutrición, prevención de la violencia familiar, educación y salud.

Derecho a los cuidados de salud y al aseguramiento en salud: La RS ha buscado extender la cobertura de cuidados básicos mediante mecanismos de aseguramiento, y de carácter gratuito para los pobres en la provisión de servicios. En 1994 el MINSA definió paquetes de atención básica para niños, adolescentes, mujeres en edad fértil y población adulta, los cuales se promovieron con fondos del país a través del Programa de Salud Básica para Todos. En 1997 se puso en marcha el Seguro de Salud Escolar que cubrió en todos los niveles y de manera integral (atención, medicamentos y pruebas diagnósticas) a los escolares de escuelas públicas y en 1998 se inició la aplicación piloto del Seguro de Salud Materno-Infantil para atender a las madres gestantes, parto, puerperio, y a los niños hasta los dos años de edad.

Rectoría y separación de funciones: Los principios de la reforma prevén la separación de funciones, pero todavía no ha sido puesta en funcionamiento. No se dispone de una evaluación del ejercicio de la función rectora en materia de salud.

Modalidades de descentralización: En julio de 1999, el anterior Presidente anunció la descentralización administrativa a nivel municipal de los servicios de educación y de salud y se presentaron varios proyectos de ley al Congreso de la República en ese sentido. La crisis política ha llevado a que este tema quede pospuesto para estudio del nuevo Congreso y del nuevo Gobierno.

Participación y control social: Su desarrollo ha tenido dos líneas de trabajo: Los CLAS (establecimientos administrados por autoridades del MINSA y de la comunidad) y los procesos de “rendición de cuentas”, aun en etapa de construcción. La participación social no está planteada en forma explícita como un objetivo de la Reforma Sectorial.

Financiamiento y gasto: Se ha desarrollado una política de identificación de beneficiarios para cautelar el principio de equidad y la focalización del subsidio público, según criterios de pobreza/necesidad/efectividad de la atención. Actualmente se está probando la confiabilidad de algunos métodos para identificar a los beneficiarios del subsidio. Se discuten diversos mecanismos de pago alternativos al tradicional con el fin de cambiar gradualmente un subsidio orientado a la oferta, por una asignación basada en la demanda, productividad y eficiencia. Se desarrollan y aplican diversos sistemas de costeo al interior de hospitales.

Oferta de servicios y Modelos de atención: Durante los últimos años se ha dado prioridad al financiamiento de los servicios del primer nivel de atención en la red de servicios de salud a cargo del MINSA, lo cual ha contribuido a su reorientación hacia la promoción y prevención. La priorización de la atención en el primer nivel ha sido en forma predominante por riesgo y por daño, aunque la tendencia reciente es a efectuarla por grupos de población con un enfoque de atención integral (Niño, adolescente, mujer, adulto/adulto mayor). Se busca mejorar la focalización del subsidio en salud, a través de un sistema de exoneraciones además del funcionamiento del Seguro Escolar Gratuito y de los pilotos del Seguro Materno-infantil. Se espera un proceso de unificación hacia un Seguro Público de Salud Subsidiado. Un efecto adicional derivado de la política de incentivar el desarrollo del primer nivel de atención, ha sido la reducción en el financiamiento público para los niveles 2 y 3 de atención, lo cual ha limitado el acceso de la población más pobre a los mismos. En el caso del Seguro Social, se ha propuesto un Nuevo Modelo de Atención Integral que apunta a incrementar el acceso de los beneficiarios al primer nivel de atención y poner en funcionamiento un adecuado Sistema de Referencia y Contrareferencia de pacientes. Este modelo todavía se encuentra en fase de diseño. En el sector privado las experiencias son muy diversas, encontrándose oferta de servicios en todos los niveles de atención, con predominio de aquellos de mayor complejidad.

Modelo de gestión: Además de los Acuerdos de Gestión con 5 Direcciones Departamentales de Salud, la reforma busca desarrollar un modelo de atención basado en redes de establecimientos y servicios de salud que permita la movilización de usuarios y recursos a lo largo de diversas capacidades resolutivas según la complejidad de la necesidad a ser atendida. La relación de los prestadores públicos con los privados

todavía es mínima. Algunos establecimientos públicos de salud, especialmente los hospitales, han comenzado a organizarse conforme a criterios gerenciales, como consecuencia principalmente de la insuficiencia de recursos de transferencia para su operación. No obstante, la ausencia de una política hospitalaria explícita dificulta la definición de objetivos institucionales. La Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud promueve desde su creación el desarrollo de guías de atención para los establecimientos privados, concordadas con el Ministerio de Salud y el Seguro Social de Salud.

Recursos humanos: Se evidencia que aunque algunas facultades o escuelas que forman profesionales de salud han introducido algunos cambios a fin de responder a las necesidades de la RS, estos no son significativos a nivel nacional. La flexibilización laboral ha modificado y diversificado las condiciones de trabajo, ha ampliado las causales de despido y ha generado restricciones a la sindicalización y a la negociación colectiva. En 1988-89 el 77.6% de los médicos que trabajaban en instituciones públicas y el 29% de los que lo hacían en instituciones privadas, tenían vínculo laboral vitalicio; en 1996, la proporción de médicos nombrados en el sector salud era de 50.3%. A inicios del 2001, el MINSA gestionaba una ley para pasar a condición de nombrado al personal asistencial contratado a plazo fijo, e igualar la duración de la jornada laboral de los trabajadores, independientemente del tipo de vínculo laboral. En cuanto a modificaciones en la práctica profesional en los últimos cinco años se han dado algunas experiencias interdisciplinarias como las promovidas por el Proyecto 2000 en el campo de atención materno-infantil, y la estrategia de AIEPI. En el país no han variado los mecanismos de certificación de los trabajadores de la salud excepto aquel de recertificación que el Colegio Médico del Perú tiene en marcha para los médicos generales desde 1999 y para los especialistas a partir de mayo del 2000, ambos a través de un programa de educación continua. Los trabajadores de salud no han tenido participación activa en el proceso de reforma: planteamientos de la Federación y el Colegio Médico así como de la Asociación de Médicos del Seguro Social fueron presentados pero no acogidos. Se han dado algunas modificaciones en la planificación y gestión de los recursos humanos en el subsector público través del Programa Salud Básica para Todos que cubre requerimientos de personal en establecimientos de primer nivel, tanto profesional como técnico, en zonas deprimidas. Actualmente cuenta con 12,288 trabajadores (70% contratados en forma directa y 30% a través de los CLAS), de los cuales 14% son médicos, 19% son enfermeras, 18% otro personal profesional, y 49% es personal técnico. Sólo una pequeña cantidad de ellos (unos 700) es personal de planta que recibe un incentivo económico por horario ampliado. Para el resto la modalidad de contratación es por servicios no personales, por 6 meses para el de SBPT y por un año para los CLAS, contando estos últimos con beneficios sociales. Los contratos responden a metas de productividad pre-establecidas. En el caso de los CLAS, los responsables del mismo están en capacidad de contratar personal con sus propios recursos y atender sus necesidades. Ellos mismos negocian las condiciones de la contratación. No se cuenta con una política sectorial de desarrollo de recursos humanos y tampoco con una política de incentivos para el desempeño, excepto EsSalud que tiene un aporte por

productividad pero que el personal lo interpreta más como una compensación a los bajos salarios que como un incentivo al desempeño. Referente a Capacitación, las modalidades que se están introduciendo, especialmente a través de los grandes proyectos, son diversas, tales como: capacitación en servicio con el enfoque de la educación permanente empleando la metodología de la problematización, pasantías, educación a distancia, entre otras.

Calidad y Evaluación de Tecnologías en Salud: A pesar de que existen grupos de investigadores interesados en evaluar las tecnologías en salud al interior de las instituciones de todos los subsectores, no se cuenta con organismos públicos o privados para ese efecto. Existe una corriente cada vez más fuerte para promover la formulación y uso de protocolos y guías de atención en la práctica clínica, con el fin de mejorar la calidad de atención y racionalizar el gasto. El MINSA ha diseñado y difundido protocolos y guías para la mayoría de los programas de salud.

3.2. Evaluación de resultados.

Equidad: La Reforma es parte del proceso de Reforma del Estado y estuvo precedida por un incremento del gasto público social para impulsar el Programa de Salud Básica para Todos, por lo que no es posible adjudicar los resultados logrados solo a la RS sino al conjunto de estas políticas, las cuales estuvieron además acompañadas por una reactivación económica entre 1993 y 1997.

Solo en la atención de primer nivel (puesto y centro de salud) se demuestra cierta progresividad, ya que la atención de hospitales es mas bien regresiva. Entre las razones para no realizar consulta destacan la falta de dinero, la distancia del establecimiento, la lentitud de la atención y la desconfianza en el servicio²⁴.

En rigor, aún no es posible evaluar el impacto de la Reforma sobre la equidad en la cobertura, el acceso, y el uso de los servicios de salud.

Efectividad y Calidad: Aunque se han producido algunos avances en el marco legal, en la acreditación de establecimientos y recursos humanos, en la regulación del sector privado, en la elaboración de guías de atención, en materia de auditoria médica y en evaluación de la satisfacción de los usuarios, todavía no es posible evaluar el impacto de la Reforma en este campo porque aún no está estructurado un Sistema Nacional de Garantía de Calidad.

Eficiencia:

En la asignación de recursos: Formando parte del Programa de Salud Básica Para Todos iniciado a fines de 1994, se aplicaron criterios de focalización del gasto en los establecimientos de primer nivel según niveles regionales de pobreza. Posteriormente, se ha puesto en marcha el Sistema de Programación y Presupuesto SPP en todas las regiones del país, el cual asigna los recursos financieros con base a las metas anuales del plan. También se desarrollan diversas metodologías de costeo de servicios y diagnósticos atendidos

En la gestión de recursos: Se han introducido metodologías de programación, ejecución y seguimiento presupuestal con énfasis descentralizado, y se han producido avances en la estandarización de

procedimientos de gestión y en el equipamiento de los establecimientos de salud pero la carencia de un sistema de incentivos y la complejidad administrativa, retrasan y dificultan su puesta en marcha masiva.

Sostenibilidad: Las restricciones financieras constituyen una seria amenaza para la viabilidad del proceso de reforma. El contexto económicamente recesivo iniciado en 1998 está significando importantes recortes presupuestales y pone en riesgo las expectativas formadas. Un argumento central a favor de la legitimidad de la Reforma es el importante aumento de la cobertura del primer nivel de atención del Ministerio de Salud a favor de la población mas pobre y vulnerable.

Participación y Control Social: La participación comunitaria en la organización y gestión se ha desarrollado a través de los Comités Locales de Administración Compartida (CLAS) en el 20% de los establecimientos de primer nivel. Los CLAS incorporan la participación en la gestión de los establecimientos de atención primaria de salud. Se considera que la participación civil asegura una mejor gestión y control social de los recursos²⁵. Cuando se aplica en zonas con redes sociales desarrolladas y que asimilan la propuesta, los resultados son una mejora en la productividad del recurso humano y en la calidad de la atención. Esta línea de participación comunitaria en la gestión de salud es considerada como expresión tangible del “empoderamiento” del usuario y una muestra del ejercicio real de sus derechos.

* La segunda edición del Perfil fué preparada por un grupo de ocho profesionales y decisores políticos nacionales pertenecientes al Ministerio de Salud Pública y a la OPS/OMS. La coordinación técnica del Grupo Nacional corrió a cargo de la Oficina de la OPS/OMS en Perú. La revisión externa fué encomendada a personal docente e investigador de la Universidad Católica del Perú. La responsabilidad por la revisión final, edición y traducción correspondió al Programa de Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud de la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS/OMS.

BIBLIOGRAFIA Y NOTAS

- ¹ INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, ENDES 1996. Lima: INEI; 1997.
- ² INEI. Compendio de Estadísticas Sociodemográficas 1998-1999. Lima: INEI; 1999.
- ³ MINSa. Defunciones Perú 1998. Lima: MINSa; 2000.
- ⁴ CONTRADROGAS. Encuesta Nacional sobre Prevención y Uso de Drogas. Informe General. Lima: Contradrogas; 1999
- ⁵ PNUD: "Informe sobre el Desarrollo Humano 2000", New York, 2000
- ⁵ Ministerio de Economía y Finanzas. Carta de Política Social. Borrador de Trabajo, febrero 2001
- ⁷ Encuesta Nacional de Niveles de Vida 2000. Base de Datos. Cuanto SA. Lima, 2000.
- ⁸ Ministerio de Economía y Finanzas. Carta de Política Social. Borrador de Trabajo, febrero 2001
- ⁶ Banco Mundial: "Pobreza y Desarrollo Social 1994-97". En: Diálogo sobre Experiencias y Retos en la lucha contra la Pobreza. Primer Foro 26-27, octubre 1998.
- ¹⁰ Encuesta Nacional de Niveles de Vida 2000. Base de Datos. Cuanto SA. Lima, 2000.
- ¹¹ MINSa-OPS. Cuentas Nacionales en Salud 1997-1998. Documento de Trabajo Preliminar. Base de datos. Lima, 2001.
- ¹² Ministerio de Salud, Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas, "Análisis de los productos farmacéuticos con registro sanitario vigente al mes de Diciembre de 1997", 1999
- ¹³ Ministerio de Salud, Dirección General de Medicamentos, Insumos y Drogas. Proyecto: Fortalecimiento de los Sistemas de Suministro y Calidad de Uso de los Medicamentos, Informes de la evaluación con indicadores de los sistemas de suministro de medicamentos 2000 (documento interno)
- ¹⁴ MINSa: "Segundo Censo de Infraestructura Sanitaria y Recursos del Sector Salud", Lima, 1996.
- ¹⁵ Informes de Consultoría en Equipamiento y Mantenimiento. Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud, Ministerio de Salud, 1999.
- ¹⁶ OPS: "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 No 3, Washington DC, 1995
- ¹⁷ MINSa-SEPS-OPS: "Equidad en la Atención de Salud 1997", Lima, septiembre 1999.
- Portocarrero Augusto. Distribución del subsidio Público en Salud 1997 y 1999. ASC MINSa-OPS Lima, 2001.
- ¹⁸ MINSa-SEPS-OPS: "Equidad en la Atención de Salud 1997", Lima, septiembre 1999.
- ¹⁹ Petretera M, Cordero L, El Aseguramiento Público en salud y la Elección del Proveedor. En Pobreza y Economía Social. Cuanto SA
- ²⁰ MINSa-OPS. Cuentas Nacionales en Salud 1997-1998. Documento de Trabajo Preliminar. Base de datos. Lima, 2001.
- ²² MINSa. Informe del Programa Ampliado de Inmunizaciones 1999. En preparación 2000
- ²² Utilización de la Base de Datos de las Encuestas nacionales de Niveles de Vida (ENNIV 1994, 1997, 2000).
- ²³ Se ha utilizado la base de datos proveniente de la aplicación de la Encuesta Nacional Sobre Medición de Niveles de Vida (ENNIV) correspondiente al año 1997, desarrollada y aplicada por el Instituto Cuanto SA bajo asesoría técnica del Banco Mundial La ENNIV es una muestra representativa del nivel nacional de 3.843 hogares, estratificada con los siguientes dominios de estudio: Lima Metropolitana, Callao, Costa urbana, Costa rural, Sierra urbana, Sierra rural, Selva urbana y Selva rural. Se cumplen los atributos de muestreo probabilístico, multietápico e independencia en cada dominio. MINSa-SPS-OPS: "Equidad en la Atención de Salud 1997", Dirección General de Planificación, Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud, Organización Panamericana de la Salud, Lima, setiembre 1999.
- ²⁴ MINSa-SPS-OPS: Op. Cit., septiembre 1999.
- ²³ Cortez, Rafael: "Equidad y Calidad de los Servicios de Salud: El Caso de los CLAS", Universidad del Pacífico. Lima, 1998.