

**MINISTERIO DE SALUD
REPUBLICA DEL PERU**

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD/ ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

**CARACTERIZACION DE LA EXCLUSION SOCIAL EN
SALUD EN EL PERU**

INFORME FINAL

LIMA, 31 DE JULIO DE 2003

- I. PRESENTACIÓN
- II. ANALISIS DE CONTEXTO
- III. OBJETIVOS DEL ESTUDIO
- IV. MARCO DE ANÁLISIS
 - IV.1 Dimensión externa
 - IV.1.1 Barreras económicas de acceso
 - IV.1.2 Barreras geográficas de acceso
 - IV.1.3 Barreras vinculadas al tipo de inserción laboral
 - IV.1.4 Barreras de orden étnico
 - IV.1.5 Barreras de género
 - IV.2 Dimensión interna
- V. FUENTES Y METODOS
- VI. ANALISIS DE RESULTADOS
 - VI.1 Dimensión externa
 - VI.1.1 Barreras económicas de acceso
 - VI.1.2 Barreras geográficas de acceso
 - VI.1.3 Barreras vinculadas al tipo de inserción laboral
 - VI.1.4 Barreras de orden étnico
 - VI.1.5 Barreras de género
 - IV.1.6 Servicios públicos en la vivienda
 - VI.2 Dimensión interna
 - VI.2.1 Restricciones en las garantías de acceso a los servicios
 - VI.2.2 Restricciones de estructura: dotación de infraestructura
 - VI.2.3 Restricciones de estructura: dotación de recursos humanos
 - VI.2.1 Restricciones de procesos: suministro de servicios
 - VI.2.1 Restricciones de calidad
 - VI.3 Índice compuesto de exclusión y perfil de excluidos
- VII. Percepción de los excluidos
 - VII.1 Ejes temáticos
 - VII.1.1 Entrevistas semiestructuradas
 - VII.2 Grupos focales
 - VII.3 Guías de la sesión
 - VII.4 Participantes
 - VII.5 Análisis de la información de ejes temáticos
 - VII.6 Esquemas sugeridos
- VIII. ANALISIS DE ESTRATEGIAS IMPLEMENTADAS PARA REDUCIR LA EXCLUSION SOCIAL EN SALUD
- IX. CONSIDERACIONES FINALES

PREFACIO

El presente estudio busca caracterizar la exclusión social en salud en Perú y medir su magnitud en términos de personas afectadas y áreas geográficas involucradas según diversas fuentes de exclusión consideradas, incluyendo un índice compuesto de riesgo de exclusión social en salud y utilización de metodologías cualitativas para buscar explicaciones a varios de los hallazgos de la investigación y explorar percepciones y aspiraciones de algunos grupos humanos excluidos. El estudio pretende, asimismo, analizar varias de las estrategias utilizadas durante los últimos años en el país para enfrentar ese tipo de exclusión.

Para el desarrollo del estudio, se ha adecuado a la realidad peruana el Protocolo de Investigación elaborado por la sede central de la OPS/OMS en Washington. En su elaboración han participado la Economista Rocio Mosqueira, quien tuvo a su cargo el estudio inicial con el apoyo del Economista Miguel Madueño; y los funcionarios de la Representación OPS/OMS de Perú, Dr Luis Eliseo Velásquez y la Economista Margarita Petrerá.

Creemos que esta primera fase del Proyecto de Extensión de la Protección Social en Salud (EPSS) en el Perú representó una muy buena oportunidad para introducir una nueva mirada al tema de la exclusión social en salud. De la misma manera, se ha preparado el camino para el fortalecimiento del Diálogo Social en este campo, así como para el monitoreo y evaluación de las estrategias actualmente utilizadas para reducir la exclusión social en salud y de las estrategias que surjan de ese mismo proceso de Diálogo Social.

Dra. Marie-Andrée Diouf Romisch
Representante OPS/OMS en el Perú

I. PRESENTACIÓN

Este estudio busca caracterizar la exclusión social en salud en Perú y medir su magnitud en términos de magnitud de personas afectadas, áreas geográficas involucradas e intensidad de la exclusión de la que son objeto.

Para el desarrollo del estudio, se ha adecuado a la realidad peruana el Protocolo de Investigación elaborado por la sede central de la OPS/OMS en Washington incorporándose un índice compuesto de riesgo de exclusión social en salud desagregado por región del país; y utiliza además metodologías cualitativas para buscar explicaciones a varios de los hallazgos de la investigación y explorar percepciones y aspiraciones de algunos grupos humanos excluidos.

Con este estudio se concluye la primera fase del Proyecto de Extensión de la Protección Social en Salud (EPSS) en el Perú, y se contribuye en el camino para el fortalecimiento del Diálogo Social en este campo, así como para el monitoreo y evaluación de las estrategias actualmente utilizadas para reducir la exclusión social en salud.

II. ANALISIS DE CONTEXTO

Ubicado en la costa del Pacífico de América del Sur, el Perú posee tres regiones naturales, costa, sierra y selva sumamente diferentes en términos de recursos, altitudes y climas. 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.

Con cerca de 27 millones de habitantes a inicios del 2003, el 52% de la población está asentada en la ciudad capital y el resto de valles de la costa, el 35% en los valles interandinos y zonas altas y en mucha menor medida, 13%, en los márgenes de los ríos de la amazonía. En conjunto alrededor del 72% de la población reside en áreas urbanas¹ y el 28% restante en áreas rurales.

Perú es un país de ingreso medio bajo con marcada heterogeneidad distributiva. El Producto Interno Bruto per cápita es de US \$2,000 anuales; y, mientras que el 20% de la población con ingresos más altos concentra el 51% del ingreso nacional, el 40% de la población con ingresos más bajos se queda sólo con el 13%. Acorde con ello, alrededor del 54% de la población nacional se encuentra en condición de pobreza y el 15% en pobreza extrema².

La esperanza de vida era en el 2001 de 69 años, con una dispersión provincial entre 72,4 y 50,8 años. La tasa de mortalidad materna es de 185 por 100,000 nacidos vivos, siendo una de las más altas de América Latina y la desnutrición severa en niños menores de 5 años es del 27% (año 2000)³.

Según el Estudio de Cuentas Nacionales en Salud⁴, el Perú en el año 2000 destinó en salud alrededor del 4,8% de su PBI equivalente a US\$99 per cápita, lo que

¹ Poblados mayores de 2000 habitantes.

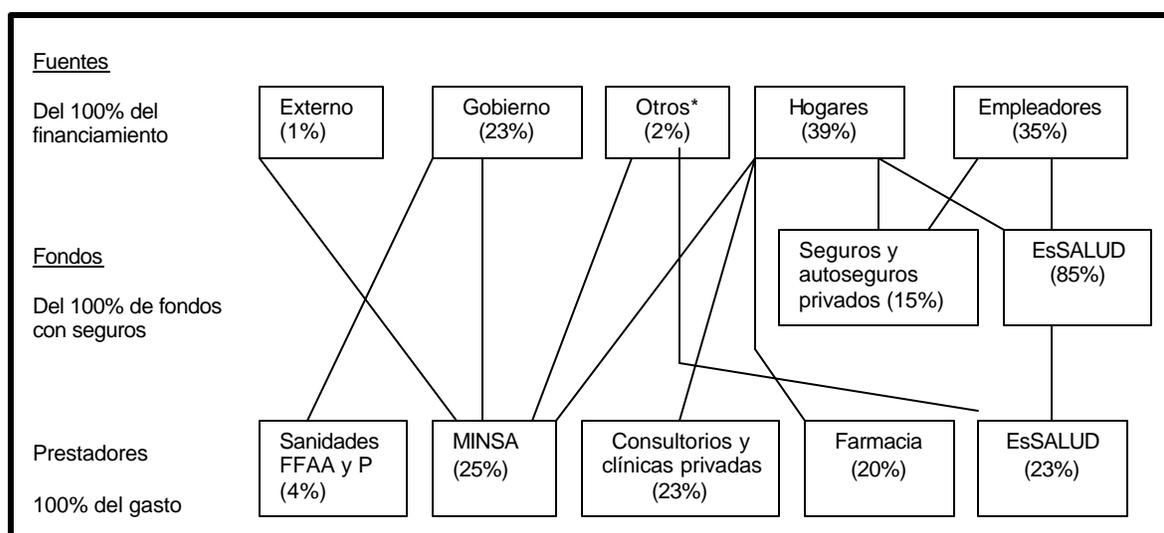
² Encuesta Nacional de Niveles de Vida 2000. Cuánto. Lima 2001.

³ Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDES 2000)

⁴ OPS-MINSA. Perú: Cuentas Nacionales en Salud 1995-2000. Lima, 2003.

resulta por debajo del promedio latinoamericano, de alrededor de 8% del PBI⁵, e insuficiente para cumplir con las expectativas de extensión de la cobertura pública⁶. Asimismo, la composición del financiamiento de la salud, tan o más importante que el monto total, se concentra en tres agentes: los hogares(39%), los empleadores (35%), y el Gobierno (23%). Teniendo en cuenta los altos niveles de pobreza de la población peruana, el rol preponderante del financiamiento de los hogares, compuesto casi en su totalidad por el pago de bolsillo, predispone a la inequidad y exclusión de los más pobres, así como a la fragmentación del financiamiento (Ver gráfica 1).

Grafica 1
Fuentes y Prestadores en la Atención de la Salud. Perú, 2000



* Ingresos obtenidos por la venta de desechos y equipos obsoletos de MINSAs y EsSalud
Fuente. OPS-MINSAs. Proyecciones de Financiamiento de la Atención de Salud 2002-2006. Lima, 2002

El Sistema de Servicios de Salud es segmentado y fragmentado y en él participan dos subsectores: el público y el no público. El primero de ellos está conformado por el Ministerio de Salud (MINSAs), el Seguro Social de Salud (EsSalud) y las

⁵ OPS. "Gasto Nacional de Salud en las Américas: Situación Actual y Tendencias". Documento de Trabajo. Políticas Públicas y de Salud, División de Salud y Desarrollo Humano. Organización Panamericana de la Salud. Washington, Febrero 2002.

⁶ OPS-MINSAs. Proyecciones de Financiamiento de la Atención de Salud 2002-2006. Lima, 2002.

Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional. 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. Las instituciones del sector organizan sus servicios por niveles de atención; sin embargo, los mecanismos de referencia y contrarreferencia aún son deficientes. Actualmente, se está diseñando un nuevo Modelo de Atención Integral de Salud.

En cuanto al aseguramiento en salud, Existen cuatro tipos de afiliación a seguros de salud: la seguridad social (EsSalud), las sanidades de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional, los seguros privados y el Seguro Integral de Salud. En EsSalud están afiliados principalmente los trabajadores (y sus familiares directos) del sector formal de la economía y se financia con aportes sobre la nómina. Las sanidades de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional brindan seguro a sus trabajadores y familiares directos, y se financian con fondos del tesoro público. Los seguros privados en salud suelen ser mayormente contratados por las familias y en menor medida directamente por los empleadores. El Seguro Integral de Salud, en vías de conformación como un seguro público, y de reciente formación en los últimos años, debería cubrir a la población pobre.

Los patrones de utilización de servicios de salud no son los mejores. 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 la consulta en farmacia y la visita al curandero. De esa manera, solo el 69% accedió a consulta brindada por un profesional de la salud⁷. En contraste, el nuevo perfil de morbilidad y mortalidad en el país presenta patrones más complejos, lo que constituye un reto importante para la salud pública y para los organismos responsables de la conducción del sistema nacional de salud. Para afrontar este reto, se requiere evidenciar los resultados en la reducción de la exclusión en salud y en el desarrollo de una mayor oferta de servicios de salud, a través de un sistema más coordinado que ofrezca servicios integrales de salud de calidad adecuada.

⁷ Encuesta Nacional de Niveles de Vida (ENNIV 2000)

Frente a este reto, las políticas enunciadas para la atención de salud en el Perú se presentan como bastante ambiciosas: la Decimotercera Política de Estado del Acuerdo Nacional establece el Acceso Universal a los Servicios de Salud y a la Seguridad Social y en los lineamientos de política de salud⁸ se contemplan políticas destinadas a enfrentar los factores de exclusión en salud. De acuerdo a esto, a mediados del 2003 el sector salud cuenta con tres importantes avances secuenciales: a) La creación del Seguro Integral de Salud (noviembre 2001) cuyo objetivo es el aseguramiento en salud de la población en condición de pobreza, mediante planes de servicios de atención integral. b) La promulgación de la Ley del Ministerio de Salud (enero 2002) que define el ámbito, competencia, finalidad y organización del Ministerio, de sus organismos públicos descentralizados y de sus órganos desconcentrados. Esta ley precisa la Rectoría Sectorial del Ministerio de Salud en el Sistema Nacional de Salud. c) La promulgación y puesta en funcionamiento del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud (agosto 2002) cuya finalidad es coordinar el proceso de aplicación de la política nacional de salud y promover su implementación concertada y descentralizada para lograr el cuidado integral de la salud y avanzar hacia la seguridad social universal en salud. El Sector Salud juega hoy un papel importante en el desarrollo del proceso de descentralización nacional.

III. OBJETIVOS DEL ESTUDIO

General

Caracterizar la exclusión social en salud en Perú. Dicha caracterización se desarrolla a través de los siguientes objetivos específicos:

- Medir la magnitud de la exclusión social en salud en términos de personas afectadas y áreas geográficas involucradas según las diversas fuentes de exclusión.
- Efectuar una indagación sobre la percepción de los actores sociales involucrados, especialmente de aquellos excluidos.

⁸ Ministerio de Salud. Lineamientos de Política Sectorial para el periodo 2002-2012 y Principios Fundamentales para el Plan Estratégico Sectorial del Quinquenio Agosto 2001 - Julio 2006". Lima, 2002.

- Sistematizar la experiencia adquirida en el país a través del análisis de estrategias implementadas para reducir la exclusión social en salud.

IV. MARCO DE ANÁLISIS

El presente estudio aplica el marco teórico del análisis de la exclusión social en salud desarrollado por OPS⁹, para caracterizar dicho fenómeno y medir su magnitud.

Cuadro 1
Dimensiones de análisis y fuentes de exclusión de la protección social en salud

Dimensión	Tipo de exclusión	Fuente de exclusión	Concepto
Externa al sistema de salud	Barreras de acceso	Económicas	Referido a la capacidad adquisitiva de los hogares/ personas para solventar los gastos requeridos para la atención de salud. Esta capacidad puede estar expresada a través del ingreso como de la tenencia de un seguro de salud
		Geográficas	Referido a las dificultades para acceder de manera oportuna y sistemática a los servicios de salud por razones de localización y distribución espacial de los establecimientos de salud
		Laborales	Referida a la incompatibilidad entre la estructura del mercado laboral y el modelo de seguridad social en salud que restringe el acceso de la población
		Étnicas	Referido a las visiones, conceptos, prácticas y hábitos culturales de grupos sociales que los haga susceptibles de discriminación en la atención de salud y/o los aleje de su utilización adecuada
		Género	Referido a las visiones, conceptos, prácticas y hábitos culturales que conducen a la discriminación en el acceso y utilización de servicios de salud por género
		Suministro de servicios públicos	Referido al suministro de agua potable, desagüe y electricidad en la vivienda.
Interna al sistema de salud	Organizacional	Garantías de acceso	Referido a la dificultad del sistema de salud para establecer formas garantizadas de acceso a los servicios de salud
		Estructura	Infraestructura de servicios de salud
	Recursos humanos de los servicios de salud		Referido a la disponibilidad de recursos humanos en relación a la población de referencia
	Procesos	Suministro de servicios esenciales	Referido a la prestación de servicios de carácter esencial y de alto impacto para la salud pública
		Calidad	Referido a la calidad como resultado de la interacción de un conjunto de factores relacionados con la prestación de servicios de salud.

9 OPS/OMS. **Protocolo de Investigación en salud. Protección Social en Salud.** Dirección de Gestión de Programas, Unidad de Desarrollo Estratégico de la Salud, Área de Sistemas de Salud. Washington D.C. 2001

Para el análisis de la exclusión de la protección social en salud, se han agrupado los factores de exclusión en dos dimensiones de análisis: la externa al sistema de salud y la interna al mismo (Cuadro 1).

La primera dimensión está referida a aquellos factores independientes al sistema de provisión de servicios salud que condicionan y configuran la demanda por los mismos, estableciendo barreras de acceso de diversa índole. De otro lado, la dimensión de análisis interno, está asociada a factores vinculados con la estructura y procesos productivos que afectan el acceso y la calidad de los servicios de salud por el lado de la oferta.

IV.1 Dimensión externa

IV.1.1 Barreras económicas de acceso

Al interior de la dimensión de análisis externo se consideran cuatro tipos de barreras de entrada que constituyen fuentes importantes de exclusión de la protección social en salud. La primera está referida **al problema de financiamiento** por parte de los individuos para atender adecuadamente sus demandas por servicios de salud.

Como ha sido indicado en el análisis de contexto, el Perú tiene alrededor del 54% de su población en condición de pobreza y esto constituye un fuerte condicionamiento para el acceso a los servicios de salud. Se encuentra que pese a su mayor exposición a los factores de riesgo, los pobres reportan menos necesidades en salud que los menos pobres y que, además, utilizan menos los servicios de salud. El Cuadro 2 muestra que en el decil más pobre sólo el 20,3% reporta problemas de salud, mientras que en el más rico el reporte asciende al 31,5%; asimismo, se aprecia una relación casi lineal y directa entre ingreso y consulta: a mayor nivel de ingreso, se realiza un mayor nivel de consulta. Obsérvese cómo mientras del 100% del decil más pobre, es decir los más pobres y que se reportan enfermos, sólo consulta el 40,5% de las personas. En el decil de mayores ingresos, los más ricos y que se reportan enfermos, consulta el 66,7% de ellos. Esta observación, reportada ya en estudios anteriores, refuerza la hipótesis que sostiene que los grupos de menor ubicación en la escala social (los más pobres), tienden a percibir menos sus problemas de salud, ya sea por tener un horizonte temporal menor, como también por problemas de autopercepción vinculados a su condición de exclusión (OPS-

MINSA, 1999). Adicionalmente, la admisión de enfermedad para el pobre y su posterior ingreso a un establecimiento de servicios de salud, implica para esta persona o familia exponerse a un riesgo financiero elevado. Por ello, también se ha sostenido que la demanda de los pobres es encubierta o autoreprimida, debido al temor de asumir un elevado costo de oportunidad (ingresos que se dejan de percibir durante el periodo de enfermedad) y económico (medicamentos, co-pagos, gastos en transporte, entre otros) (PHR Plus, 2002). Concluyendo, las personas y familias pobres, pese estar más expuestos a riesgos para su salud, desestiman en ocasiones su condición cuando enferman, demandan menos servicios de salud y su patrón de gasto en salud tiende a ser precario e interrumpido (para evitar el riesgo financiero), lo que afecta la efectividad del tratamiento.

Cuadro 2
Utilización de los Servicios de Salud según
Decil de Gasto Familiar Per Cápita 2000

Decil de Gasto Familiar Per Per	Porcentaje que reporta problemas de salud	Porcentaje que consulta (*)
1	20.3	40.5
2	21.4	51.9
3	23.7	53.0
4	22.3	50.6
5	23.3	54.8
6	24.5	56.7
7	28.2	61.6
8	28.2	54.8
9	28.1	60.1
10	31.5	66.7

(*) Referido al 100% de la población de cada decil que reporta problemas de salud
Fuente: ENNIV 2000.

De otro lado, aunque existen diversos mecanismos de protección a través del régimen de aseguramiento de la seguridad social en salud, el del Seguro Integral de Salud (SIS) y seguros privados, estos regímenes presentan grandes limitaciones para ampliar su cobertura poblacional y con excepción del SIS, para proteger a las personas más pobres. Existen diversas razones para ello. En primer lugar, el 54% de la población es pobre y por ende, en su gran mayoría, sin capacidad adquisitiva para el pago de primas. Aunque los esquemas de financiamiento del SIS están dirigidos a poblaciones objetivo específicas (menores de 18 años y madres gestantes o lactantes) en condición de pobreza, este Seguro Público está también sujeto a fuertes restricciones presupuestarias derivadas del manejo de la caja fiscal. En segundo lugar, la política de la seguridad social está limitada al ámbito laboral dependiente declarado, es decir trabajadores formales o en planilla, lo cual es incompatible con la estructura laboral peruana, que se halla

concentrada en ocupaciones independientes o con relaciones contractuales informales. En tercer lugar, existe una baja valorización del riesgo por parte de la población peruana con capacidad adquisitiva que desincentiva la adquisición de seguros privados¹⁰ y su vinculación a la Seguridad Social.

El cuadro 3 y el gráfico 1 permiten hacer las siguientes observaciones:

- a) El gasto de bolsillo en salud de los enfermos no asegurados es siempre mayor al de los asegurados. Ese gasto de los enfermos no asegurados representa aproximadamente el 5% de sus gastos totales, cifra que se eleva a 10% cuando ocurren enfermedades de mayor complejidad que requieren ser abordadas en el tercer nivel atención. Para los enfermos asegurados, el gasto de bolsillo representa alrededor del 1.6% de sus gastos totales, elevándose a 3.5% cuando sufren enfermedades de mayor complejidad. Lo anterior significa que en ausencia de seguro y de ahorros significativos, el riesgo financiero que tendría que asumir un hogar por cada miembro no asegurado que se enferme y que requiera de cuidado de salud, equivale al 25% de sus gastos mensuales en alimentos.¹¹
- b) El porcentaje de gasto de bolsillo en salud de los pobres es similar al de los no pobres. Si bien los pobres gastan en salud un porcentaje de su ingreso similar al de los no pobres (alrededor del 1.9% del total de su ingreso y se aproxima al 4% ante enfermedades de mayor complejidad) este gasto resulta ser sumamente oneroso para ellos, afectando el costo de oportunidad de sus recursos y consecuentemente amenaza su gasto en alimentos y otros bienes y servicios esenciales.

¹⁰ Finalmente, la ausencia de sistemas de identificación de beneficiarios debidamente focalizados, permite importantes filtraciones de manera tal que determinados grupos de personas no pobres prefieran optar por el pago de tarifas subsidiadas a los establecimientos públicos de salud, antes que pagar un seguro.

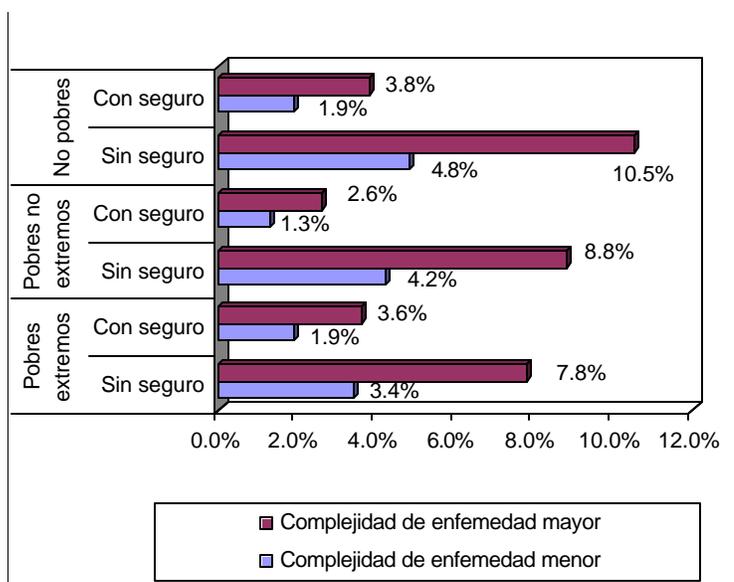
¹¹ Contrariamente a lo esperado, la propensión al gasto es progresiva con el nivel de ingresos de la población. Este resultado se sustenta en tres factores: (a) por el componente no institucional del gasto en salud realizado por la población enferma no asegurada perteneciente a los estratos pobres que se automedica, se atiende de manera no tradicional o simplemente ni realiza gastos de salud, (b) por la política tarifaria del Ministerio de Salud (MINS) basado en cobros diferenciados por estratos socioeconómicos (subsidio cruzados) y (c) por las diferencias en los precios relativos por la calidad y el tipo de establecimientos utilizado en los diferentes estratos socioeconómicos. Así, mientras los pobres extremos son más intensivos en el uso de puestos de salud o centros comunitarios, los no pobres son intensivos en la atención en los hospitales o clínicas privadas.

Cuadro 3
Perú. Gasto de Bolsillo según pobreza y condición de aseguramiento en salud
 (como porcentaje del gasto familiar per cápita)

Condición de asegurado	Nivel de Pobreza	Porcentaje del gasto familiar asignado a salud según complejidad de enfermedad *	
		Menor	Mayor
Sin seguro	Pobres extremos	3.4%	7.8%
	Pobres no extremos	4.2%	8.8%
	No pobres	4.8%	10.5%
Con seguro	Pobres extremos	1.9%	3.6%
	Pobres no extremos	1.3%	2.6%
	No pobres	1.9%	3.8%

(*) Se considera de menor complejidad las consultas a Centros, Puestos de Salud y consultorios, y de mayor complejidad a las consultas e internamientos en hospitales o clínicas
 Fuente: ENNIV 2000.

Gráfica 2
Perú. Gasto de Bolsillo según pobreza y condición de aseguramiento en salud
 (como porcentaje del gasto familiar per cápita)



Fuente: Cuadro 3

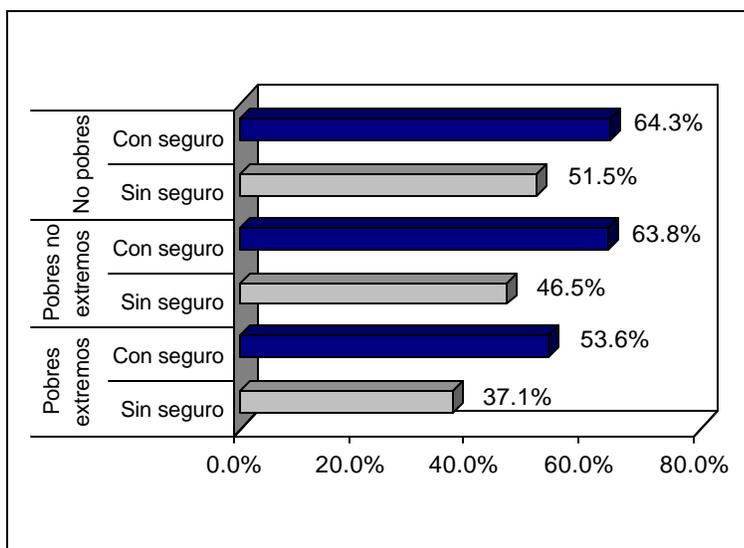
La tasa de consulta es siempre mayor en los asegurados que en los no asegurados. Esta observación se cumple para cada nivel socioeconómico (cuadro 4 y gráfico 3).

Cuadro 4
Perú. Tasa de asistencia a consulta según pobreza y condición de aseguramiento en salud

Condición de asegurado	Nivel de Pobreza	Porcentaje que consulta *
Sin seguro	Pobres extremos	37.1%
	Pobres no extremos	46.5%
	No pobres	51.5%
Con seguro	Pobres extremos	53.6%
	Pobres no extremos	63.8%
	No pobres	64.3%

(*) Referido al 100% de la población que reporta problemas de salud
 Fuente: ENNIV 2000.

Gráfica 3
Perú. Tasa de asistencia a consulta según pobreza y condición de aseguramiento en salud



Fuente: Cuadro 4

La tasa de consulta es siempre mayor en los asegurados que en los no asegurados. Esta observación se cumple para cada nivel socioeconómico (cuadro 4 y gráfico 2).

IV.1.2. Barreras geográficas de acceso

La segunda fuente de exclusión hace referencia a la imposibilidad de la población de acceder de una manera oportuna y sistemática a los servicios de salud por razones de localización y distribución espacial de los servicios de salud. En este sentido, los habitantes de poblados que se encuentran más alejados de los establecimientos de salud

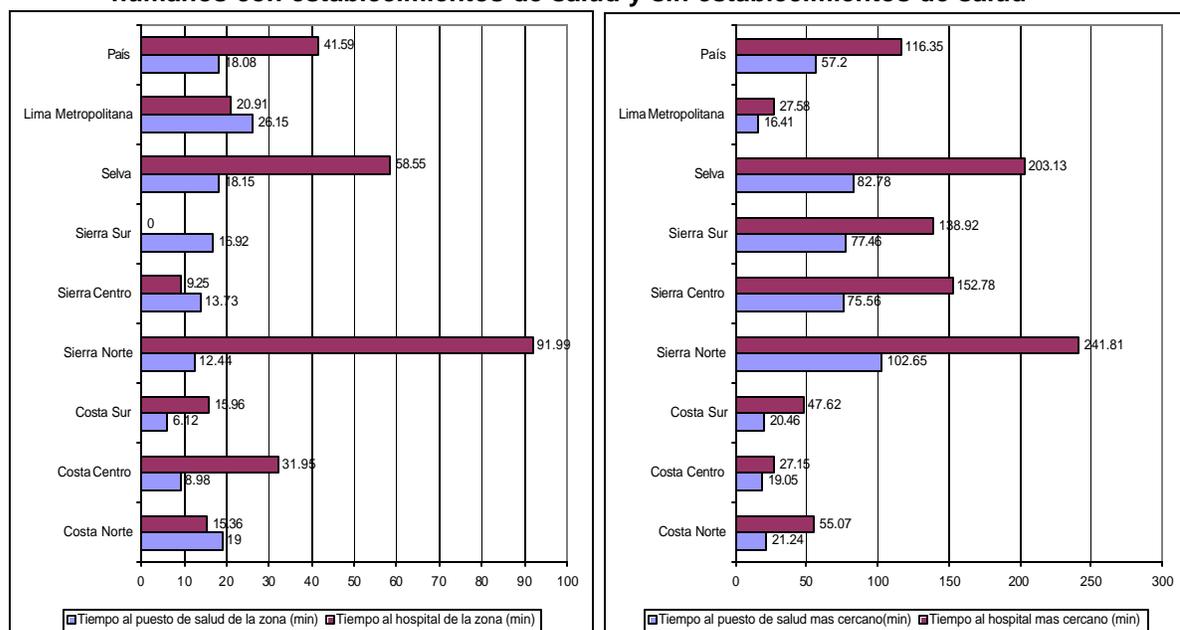
o carecen de vías de comunicación adecuadas (carreteras pavimentadas) se encuentran en mayor riesgo de exclusión. Este es el caso de las poblaciones localizadas en las áreas rurales. Al respecto, cabe señalar que en estas zonas los enfermos que se atendieron en un establecimiento de salud, reportaron un tiempo de recorrido 2 veces mayor al informado por enfermos residentes en Lima o en las zonas urbanas (Cuadro 5 y Gráfica 4)

Cuadro 5
Perú: Distancias medias a un establecimiento de salud en comunidades y asentamientos humanos

Dominio	Comunidades con establecimientos		Comunidades sin establecimientos	
	Tiempo al puesto de salud de la zona (min)	Tiempo al hospital de la zona (min)	Tiempo al puesto de salud más cercano (min)	Tiempo al hospital más cercano (min)
Costa Norte	19.00	15.36	21.24	55.07
Costa Centro	8.98	31.95	19.05	27.15
Costa Sur	6.12	15.96	20.46	47.62
Sierra Norte	12.44	91.99	102.65	241.81
Sierra Centro	13.73	9.25	75.56	152.78
Sierra Sur	16.92	n.d.	77.46	138.92
Selva	18.15	58.55	82.78	203.13
Lima Metropolitana	26.15	20.91	16.41	27.58
País	18.08	41.59	57.20	116.35

Fuente: ENAHO 2001

Gráfica 4
Perú: Distancias medias a un establecimiento de salud en comunidades y asentamientos humanos con establecimientos de salud y sin establecimientos de salud



Fuente: Cuadro 5

Asimismo, en las zonas de la sierra y selva del país que no cuentan con un establecimiento de salud, la distancia media reportada excede a la hora y media (caso de centros y puestos) y en los hospitales a 4 horas.

IV.1.3. Barreras vinculadas al tipo de inserción laboral

El mercado laboral peruano muestra que la mitad de la población económicamente activa (PEA) está constituida principalmente por trabajadores independientes, es decir, sin vínculo laboral con un empleador. Por su parte, dentro del segmento dependiente destaca que apenas un 18% reporta tener un vínculo contractual, mientras que el 21% carece de una relación formal de trabajo (cuadro 6).

Cuadro 6
Perú: Composición de la PEA y aseguramiento en salud

Categoría Laboral	PEA	Aseguramiento
Dependiente	39%	22%
Con contrato	18%	33%
Sin contrato	21%	85%
Independiente	51%	31%
Formal	n.d.	
Informal	n.d.	
Desempleado	10%	30%
Total PEA	100%	71%

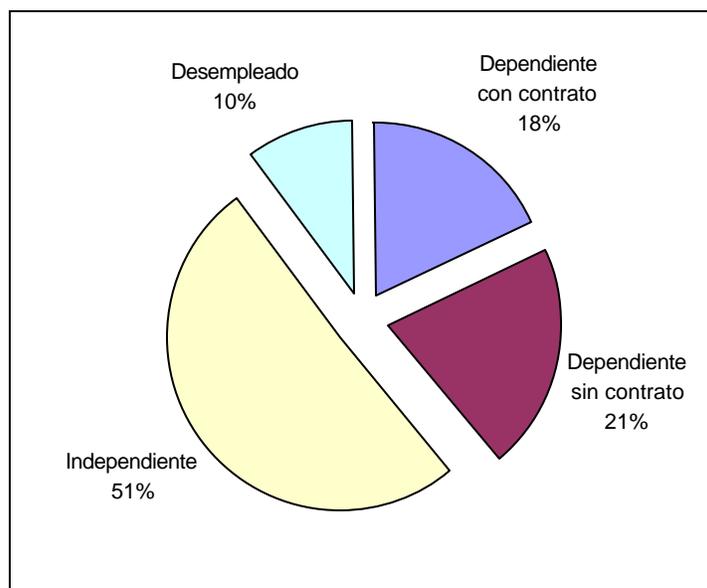
Fuente: ENNIV 2000

Esta estructura del mercado laboral y sus relaciones contractuales reflejan una reducida protección social. Esta escasa protección social respondería fundamentalmente a dos factores:

1. El modelo Bismarkiano de seguridad social vigente, financiado por contribuciones sobre la planilla o nómina tiene reducidos alcances para lograr una cobertura universal de aseguramiento, en tanto más de la mitad de los trabajadores no se encuentran asalariados en el Perú.
2. La dinámica económica vigente así como la falta de una real fiscalización del cumplimiento de las normas laborales, genera condiciones para un desenvolvimiento informal, aún de una parte importante de los trabajadores dependientes asalariados.

En consecuencia, no sorprenden los bajos niveles de aseguramiento que se observan en los segmentos dependiente e independiente del mercado laboral (Cuadro 6, Gráfica 5), registrándose, en los grupos informales, un déficit mayor al 85%.

Gráfica 5
Perú: Composición de la PEA



Fuente: Cuadro 6

No obstante lo anterior, cabe señalar que actualmente este grupo puede acceder, vía atenciones subsidiadas en los establecimientos del Ministerio de Salud (MINSa), de acuerdo a las tarifas vigentes. No existe en el país una política tarifaria definida por la Autoridad Sanitaria ni tampoco criterios precisos de identificación de beneficiarios de subsidios del Estado, con excepción de los mecanismos en implementación por parte del Seguro Integral de Salud (SIS). Estos factores desincentivan la afiliación a la Seguridad Social en Salud por parte de quienes tienen capacidad de pago. El cuadro 7 muestra la distribución de ingreso de los trabajadores evidenciando la existencia de dicha capacidad en parte de los mismos.

Sin embargo, este tipo de segmentación del mercado y el desarrollo de programas de expansión de la oferta con tarifas subsidiadas para la población pobre, ha aminorado el impacto negativo en el segmento no asalariado e informal urbano. Ello se evidencia en los

niveles altos y poco diferenciados en las tasas de reporte de enfermedad y las tasas de asistencia que registran las diferentes categorías ocupacionales (Cuadro 8).

Cuadro 7
Perú: Distribución de los trabajadores independientes según quintil de ingreso

Quintil de ingreso	Distribución porcentual
1	10%
2	9%
3	11%
4	11%
5	10%

Fuente: ENNIV 2000.

Cuadro 8
Perú: Indicadores de demanda de servicios de salud por categoría ocupacional

PEA: Categoría Laboral	Porcentaje que reporta problemas de salud	Porcentaje que consulta (*)
Dependiente	22%	53%
Con contrato	n.d.	n.d.
Sin contrato	n.d.	n.d.
Independiente	31%	46%
Formal	n.d.	n.d.
Informal	n.d.	n.d.
Desempleado	30%	53%
Total PEA	28%	49%

(*) Respecto del 100% que reporta

Fuente: ENNIV 2000.

IV.1.4 Barreras de orden étnico

De manera específica, esta barrera se refiere a los patrones de acceso debidas a la pertenencia a etnias indígenas andinas y amazónicas, definidas en este caso como grupo étnico minoritario en contraste al resto de la población. En este caso, los patrones discriminatorios en los servicios de salud, así como las prácticas o hábitos de los individuos respecto al cuidado de su salud, influyen en las decisiones de exclusión y auto-exclusión de los servicios de la salud. Una primera aproximación empírica revela que al interior de los grupos étnicos minoritarios en el Perú existe un mayor reporte de

enfermedad que en el resto de la población, ratificando su mayor exposición a factores de riesgo sociales y ambientales. A pesar del mayor reporte de enfermedad, el grupo indígena presenta una tasa de asistencia de consulta similar al resto de la población, reflejando una inequidad importante en el acceso a los servicios de salud según necesidad. En consecuencia, el factor étnico es una fuente importante de exclusión y coexiste con las otras fuentes mencionadas, principalmente la económica.

Cuadro 9
Perú: Indicadores de demanda de servicios de salud según grupos étnicos

Grupo étnico	Porcentaje que reporta problemas de salud	Porcentaje que consulta (*)
Minoritario	36.8%	52.8%
No minoritario	28.5%	54.1%
Total	29.9%	53.9%

(*) Respecto del 100% que reporta

Fuente: ENNIV 2000.

IV.1.5 Barreras de género

Se busca evaluar si existe algún grado de discriminación de género para el acceso a los servicios de salud. Se exploran indicadores referidos a la tasa de utilización de servicios de salud y la calidad percibida. En la medida en que dichos indicadores reflejen problemas de exclusión, se explorarán diferencias de género en las barreras de acceso. Se partió del conocimiento referido por el estudio (OPS-MINSA, 1999) que indica mayor reporte femenino de enfermedad en los años en edad reproductiva, así como una utilización diferenciada según grupos de edad. Con base en este hallazgo, se desarrolló la Tasa condicional de utilización de los servicios de salud y otros indicadores que a continuación se describen.

1. **Tasa condicional de utilización de los servicios de salud:** Este indicador se define como el porcentaje de población que hace uso de los servicios de salud habiéndose reportado enferma. Es decir, busca responder a la pregunta ¿Del 100% de personas que se reportaron enfermas, que porcentaje efectuó consulta a un profesional de la salud? Se utiliza la tasa condicional y no la tasa simple (personas que consultan respecto del total) porque el ciclo reproductivo femenino (entre los 15 años y 45 años) origina un patrón de

morbilidad diverso al masculino. Este indicador se explora según género y condicionantes de edad, ruralidad, aseguramiento y grupo étnico.

2. **Barreras de acceso:** Se busca evaluar si existe algún grado de diferenciación entre géneros con respecto a las barreras de pobreza, cobertura de seguro en salud, diferencias étnicas y de edad.
3. **Calidad de servicios de salud:** Este indicador se construye a partir de la percepción respecto a la calidad del servicio, la calidad en la atención por parte del médico y el tiempo de espera de aquellas personas que utilizaron los servicios de salud. Se considera que los individuos que se declaran insatisfechos en estos tres indicadores han recibido atenciones de baja calidad. Se buscará evaluar si existe un trato discriminatorio de género en los establecimientos de salud y que pudiera afectar negativamente las decisiones futuras de utilización de los servicios de salud.
3. **Decisiones de género sobre la familia.** Se busca encontrar diferencias según el género del jefe del hogar a través de las decisiones de consumo entre los diversos bienes y servicios de la canasta familiar. Se observan las diferencias debidas al género del jefe de familia en dos indicadores a) la tasa condicional de utilización de los servicios de salud; y b) el porcentaje de gasto familiar en salud. Es decir, se esperan resultados diversos si el jefe del hogar es un hombre o una mujer. Los resultados serán contrastados con las demás variables condicionantes: ruralidad, ingreso, condición étnica y tenencia de un seguro en salud.

IV.2 Dimensión interna

La dimensión interna se refiere a los factores restrictivos para el acceso de los servicios de salud desde una perspectiva de la oferta, principalmente en los aspectos organizacionales, de estructura y de procesos de los servicios de salud.

Bajo este enfoque de análisis de la exclusión, el aspecto organizacional se aborda desde la perspectiva de las garantías de acceso a los servicios de salud para la población en riesgo de exclusión. Como un ejemplo de estas garantías, se menciona el desarrollo del Seguro Integral de Salud (SIS, cuya población objetivo es la que se encuentra en condición de pobreza y exclusión.

En cuanto a la estructura del sistema de servicios salud, esta se refiere tanto a la infraestructura física disponible (camas, equipos, instalaciones físicas, entre otros.) como a la distribución, capacidades y experiencias del Recurso Humano (personal médico, de laboratorio y administrativos)

Con respecto a los procesos de atención en salud, se destacan dos fuentes de exclusión: la entrega de servicios de carácter esencial y de alto impacto para la salud pública y la calidad de los servicios de salud, tanto la calidad percibida como la calidad técnica.

V. FUENTES Y METODOS

MEDICION DE LA EXCLUSIÓN DE LA PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD.

La medición del fenómeno de la exclusión social es un proceso complejo por diversas razones. En primer lugar, es un **fenómeno heterogéneo** el cual afecta a los individuos u hogares de manera diferenciada. Así, coexisten individuos que están totalmente excluidos del sistema de salud con agentes que lo están de manera parcial: este es el caso de personas y familias que cuentan con un plan de beneficios limitados o de aquellos que por razones de oferta sólo tienen acceso a establecimientos de primer nivel hallándose impedidos de atenderse por enfermedades de mayor complejidad.

Por otro lado, es un **fenómeno multidimensional**, es decir, existen múltiples fuentes de generación de exclusión (de carácter financiero, de oferta, étnicos, geográficos, entre otras) que interactúan entre ellas, generando traslapes que dificultan la clasificación de la población. Asimismo, es importante considerar que la exclusión social es un fenómeno que trasciende el acceso y utilización de los servicios por parte de los usuarios y también involucra un conjunto complejo de instituciones, normas y valores que condicionan el funcionamiento de la red de servicios de salud

Finalmente, la exclusión social es un **fenómeno dinámico**, es decir, que afecta a la población de manera diferenciada en el tiempo requiriéndose revisiones continuas de los sistemas estadísticos de clasificación de la población según su condición de acceso a los sistemas de salud. Así, existen individuos u hogares no pobres sin seguro o con cobertura parcial que bajo ciertas condiciones estables pueden tener acceso a los servicios de salud o no ser clasificados como excluidos, pero ante eventos inesperados

(enfermedades catastróficas, desempleo, etc.) podría revertir su situación inicial, con el riesgo de no reflejarse estos cambios en las mediciones de la población excluida.

Metodología de medición

En el presente trabajo, la medición de la población excluida de la protección social se va a realizar por aproximaciones indirectas considerando a) las diversas fuentes o formas de exclusión y b) las interacciones entre los diferentes actores involucrados, usuarios e instituciones, las cuales, desempeñan un rol decisivo en la generación de la formación de exclusión en el marco de un sistema de salud fragmentado y segmentado y con capacidades débiles de rectoría, como es el caso peruano.

La medición se realizará en dos niveles. La primera es una medición parcial, la cual cuantifica a la población excluida sobre la base de las dimensiones y fuentes de exclusión definidas en la sección IV, pero de manera independiente. Para ello, se selecciona para cada fuente de exclusión un conjunto de indicadores referenciales que se aproximen a una definición particular de población excluida, los cuales se detallan más adelante.

La principal limitación del análisis unidimensional es que no considera las interacciones entre las diferentes fuentes de exclusión, lo cual puede conllevar a errores de clasificación y de medición del grado de exclusión de la población. Para corregir los sesgos de medición señalados, se plantea una metodología para la medición integral de la población excluida basada en la construcción de un ***índice compuesto de exclusión***. Dicho índice es calculado a partir del uso de las técnicas de componentes principales y de escalas óptimas (Optimal Scaling), las cuales permiten estimar ponderaciones para cada una de las fuentes e indicadores de exclusión y calcular un indicador agregado que mide el ***riesgo de exclusión*** de cada individuo.

Las ventajas de esta metodología son múltiples. En primer lugar, identifica la contribución relativa de cada factor de exclusión en el riesgo individual de exclusión, que es importante para priorizar y orientar las estrategias de extensión de la protección a ser aplicadas. En segundo lugar, ordena espacialmente a la población y la estratifica según los riesgos de exclusión e identifica las zonas geográficas más afectadas. Ello es fundamental, para definir los requerimientos financieros para ejecutar las estrategias de

extensión de la protección social en salud y establecer criterios eficientes de asignación de recursos a nivel territorial.

La estratificación se realizó utilizando el método de los conglomerados ("clusters"), el cual permite segmentar poblaciones relativamente homogéneas, en términos de riesgos. El método determina los umbrales que permite la clasificación de la población en diversas categorías de riesgo, los cuales son obtenidos mediante la minimización de la distancia euclidiana del índice compuesto al interior de los 4 grupos de riesgo definidos: (a) severo, (b) alto, (c) moderado y (d) bajo.

Indicadores seleccionados y fuentes de información

Para el análisis del fenómeno de la exclusión se han seleccionado 19 indicadores referenciales que hacen operativos cada una de las definiciones de población excluida: 8 variables de barreras de acceso, 3 de estructura y 8 variables de procesos. Su descripción se detalla en el Cuadro 10.

Se han utilizado las siguientes fuentes de información:

1. La Encuesta Nacional de Niveles de Vida (ENNIV) del año 2000;
2. La Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) - IV trimestre del 2001;
3. La Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES IV) 2000
4. Los Registros de la Oficina General de Estadística del Ministerio de Salud

Un resumen comparativo de las principales características de cada una de las encuestas es detallado en el Cuadro 11.

Cuadro 10
Indicadores de análisis según dimensiones y fuentes de exclusión de protección social

Dimensión de la exclusión	Tipo de exclusión	Fuente de exclusión	Indicador	Definición
Externa al sistema de salud	Barreras de acceso	Económica	Población en situación de pobreza Población no asegurada Población pobre no asegurada Población pobre no asegurada que no utilizan servicios de salud por razones económicas	Se está considerando tanto a la población en situación de pobreza extrema y no extrema Personas que no cuentan con un seguro contributivo ni potestativo Se considera razones económicas a insuficiencia de ingresos, tarifas elevadas.
		Geográfica	Personas que residen en lugares distantes a un establecimiento de salud Población residente en áreas rurales.	Corresponde a la población urbana cuyo tiempo de recorrido a un establecimiento de salud es superior a 30 minutos o a la población rural cuyo tiempo de recorrido excede a 1 hora
		Laboral	Personal no asalariado e informal	Incluye a la población independiente y a la dependiente sin contratos laborales
		Étnica	Población pertenecientes a minorías étnicas	Población cuya lengua materna no corresponde al castellano ni a una lengua foránea
		Género	Tasa condicional de utilización de servicios de salud Pobreza, aseguramiento en salud, edad y etnicidad Satisfacción de usuarios Gasto familiar en salud	Se trabaja cada indicador discriminando la información y el análisis según género
		Suministro de servicios públicos	Personas con carencia de servicio de agua Personas con carencia de servicio de desagüe Personas con carencia de servicio de electricidad Personas con carencia de los tres servicios básicos	Son aquellas personas que no cuentan con un servicio conectado a la red pública Son aquellas personas que no cuentan con un servicio conectado a la red pública Son aquellas personas que no cuentan con energía eléctrica Corresponde a la población que no cuenta con ninguno de los servicios básicos (luz, agua y desagüe).

Interna al sistema de salud	Organizacional	Garantía de acceso	Programas explícitos de reducción de la exclusión social en salud	Se refiere a la existencia de programas destinados a extender la protección social en salud, garantizando el acceso a servicios de salud a las poblaciones excluidas
	Estructura	Infraestructura de servicios de salud	Camas Exclusión de atención a III nivel	Déficit respecto al nivel registrado en Lima Metropolitana equivalente a 2,3 camas por 1000 habitantes Referido a la población no asegurada y que reside en provincias que no cuenta con un hospital del Ministerio de Salud para este nivel de atención
		Recursos Humanos para los servicios de salud	Médicos	Déficit respecto a un estándar de 1 médico por 1000 habitantes
	Procesos	Suministro de servicios	Partos no institucionales Interrupción de programa de vacunación Números de embarazos con controles debajo de la norma	Proporción de partos no institucionales aplicados a la población 1/ Tasa de abandono entre las vacunas BCG y de sarampión aplicados a la población total 1/ Aplicado a la población total 1/
		Calidad percibida	Población en riesgo de autoexclusión por razones de insatisfacción del servicio	Referido a la población, que no se encuentra satisfecha con la calidad del servicio de salud ni con la atención del médico y el tiempo de espera

1/ Ajustado por el tamaño de los hogares y la tasa de fecundidad de la población no asegurada.

Cuadro 11

Características de las fuentes de Información empleadas en la medición de exclusión

Características	ENNIV 2000	ENAHO 2001	ENDES 2000
Tipo de encuesta	De hogares	De Hogares	Especializado en salud materno infantil
Objetivos	Obtener información socio económica cultural relativa al nivel actual de bienestar y calidad de vida de los hogares peruanos.	Generar indicadores anuales de pobreza y bienestar de los hogares.	Brindar información actualizada acerca de la salud materna e infantil, prevalencia anticonceptiva, fecundidad, salud y mortalidad en el primer año de vida.
Entidad ejecutora	Instituto Cuanto S.A.	Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)	Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)
Tamaño Muestral	3.977 hogares y 19.962 individuos	18.000 hogares y 76.635 individuos	28.900 hogares y 27.853 entrevistas individuales
Población objetivo	Los hogares particulares y sus miembros	Los hogares particulares y sus miembros	Los hogares particulares y sus miembros. Todas las mujeres de 15 a 49 años de edad y sus hijos menores de 5 años.
Representatividad estadística	7 dominios de estudios	24 Departamentos	24 Departamentos
Período de referencia de la encuesta.	Diciembre del 2000	IV trimestre del 2001	Año 2000
Período de referencia modulo de salud.	Ultimas 4 semanas	Ultimos 4 meses	Variable
Desarrollo del módulo de salud	Desarrollado módulo de salud familiar, fecundidad, materno infantil y medidas antropométricas.	Poco desarrollado	Desarrollado y especializado. Incluye módulos de SIDA, prácticas anticonceptivas entre otras.
Desarrollo del módulo de hogares	Desarrollado	Desarrollado	Limitado. Carece un módulo de gasto para definir líneas de pobreza.
Nº de indicadores de exclusión	13 indicadores	11 indicadores	9 indicadores
Particularidades	Diseño muestral desfasado basado en el censo de 1993. Indicadores de satisfacción de usuario.	Revisión de la metodología de la línea de pobreza. Actualización del diseño muestral sobre la base del precenso incorporación de zonas peri-urbanas.	Actualización Cartográfica y el Directorio de Viviendas y Establecimientos realizado en 1999, como motivo de los Censos Nacionales del 2000.
Limitaciones	Carencia de indicadores de oferta	Carencia de indicadores de oferta	Carencia de indicadores de oferta. Carencia de indicadores de pobreza.

Estas fuentes de información no sólo va a permitir extraer los indicadores para medir la población excluida, sino también van a servir de contraste entre cada una de estas fuentes y poder establecer algún nivel de confianza a las estimaciones realizadas. Cabe señalar, que las encuestas ENNIV y ENAHO, al estar dirigidas a los hogares, sólo podrán proporcionar información relativa a las restricciones al acceso a los servicios de salud por el lado de la demanda. Para generar los indicadores de exclusión por el lado de la oferta (asociados a la estructura y procesos productivos) se utilizaron la ENDES (vacunación, partos no institucionales, controles prenatales) y la información del

Ministerio de Salud (número de establecimientos de salud, camas y médicos por habitantes), siendo la primera fuente una encuesta especializada en salud materno-infantil

Respecto a las encuestas utilizadas es importante señalar algunas diferencias significativas. La primera es que la ENAHO tiene un tamaño muestral (18 000 hogares) significativamente mayor a la de la ENNIV (3 977 hogares), otorgándole una mayor representatividad estadística a los resultados a nivel departamental. Lo anterior se refuerza con el hecho que tanto la ENAHO y la ENDES han revisado su diseño muestral sobre la base de la actualización del Directorio de Viviendas y Establecimiento realizado en 1999, mientras que la ENNIV utiliza un diseño muestral desfasado sobre la base del censo de 1993. Ello, le ha permitido a la ENAHO incorporar poblaciones peri-urbana (marginales) que no están siendo consideradas por la ENNIV, y poder tener una mejor aproximación relativa de la población excluida a un nivel de análisis unidimensional.

No obstante las bondades estadísticas de la ENAHO, el poco desarrollo de su módulo de salud limita su potencial para generar una amplia variedad de indicadores de exclusión. Así, a partir de esta encuesta se ha podido generar sólo el 50% de los indicadores referenciales seleccionados, mientras que con la ENDES y la ENNIV se ha estimado 9 y 13 indicadores, respectivamente

VI. ANÁLISIS DE RESULTADOS

VI.1 Dimensión externa

VI.1.1. Barreras económicas de acceso

Indicador de ingresos

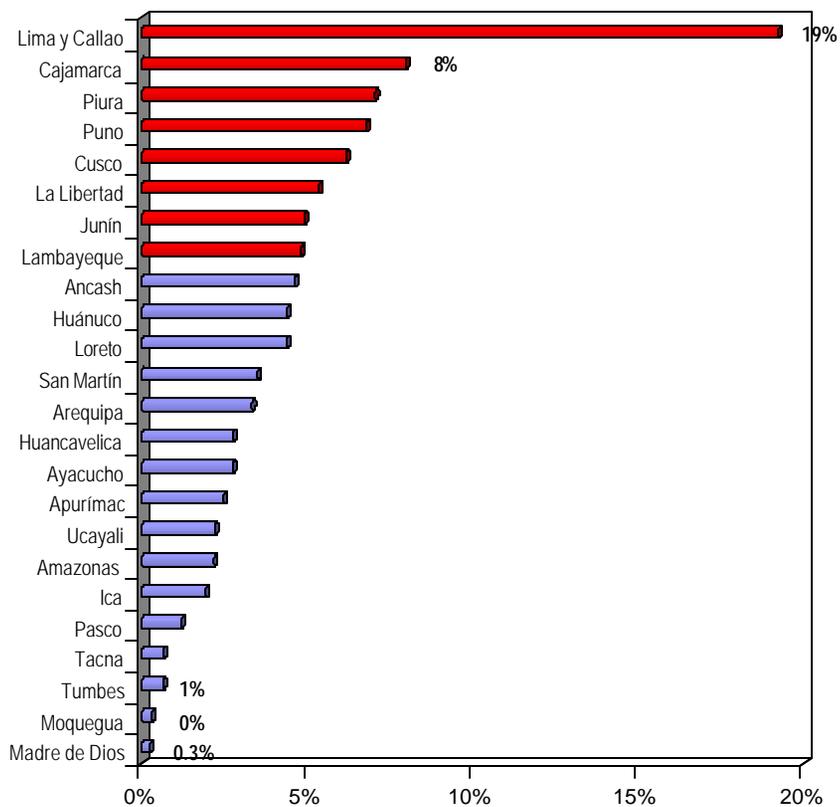
Los copagos, gastos en medicinas que no están cubiertos por la seguridad social y los gastos de enfermedades que están fuera de los planes de beneficios de los seguros, son factores que pueden condicionar el acceso a los servicios, principalmente en los segmentos de menores recursos. Lo anterior implica la existencia de un efecto sobre la demanda de servicios de salud y que en el caso de los no asegurados es mucho más fuerte y evidente. En este sentido, el bajo poder adquisitivo de la población peruana

constituye una barrera de acceso y como tal, puede ser considerado como un indicador importante de exclusión. En este estudio, el nivel crítico utilizado para clasificar a la población como excluida es el de la línea de la pobreza, es decir aquel nivel de gasto per-cápita que no permite cubrir las necesidades básicas de alimentación, educación y salud. Bajo esta definición, las personas que sean reconocidas como pobres extremos y pobres no extremos califican como excluidas.

Bajo esta segunda aproximación operativa de la población excluida, se ha estimado que la población pobre asciende a 13,8 millones según la ENNIV 2000 o 14,6 millones según la ENAHO, las cuales representan entre el 54 y 56% de la población total, respectivamente.

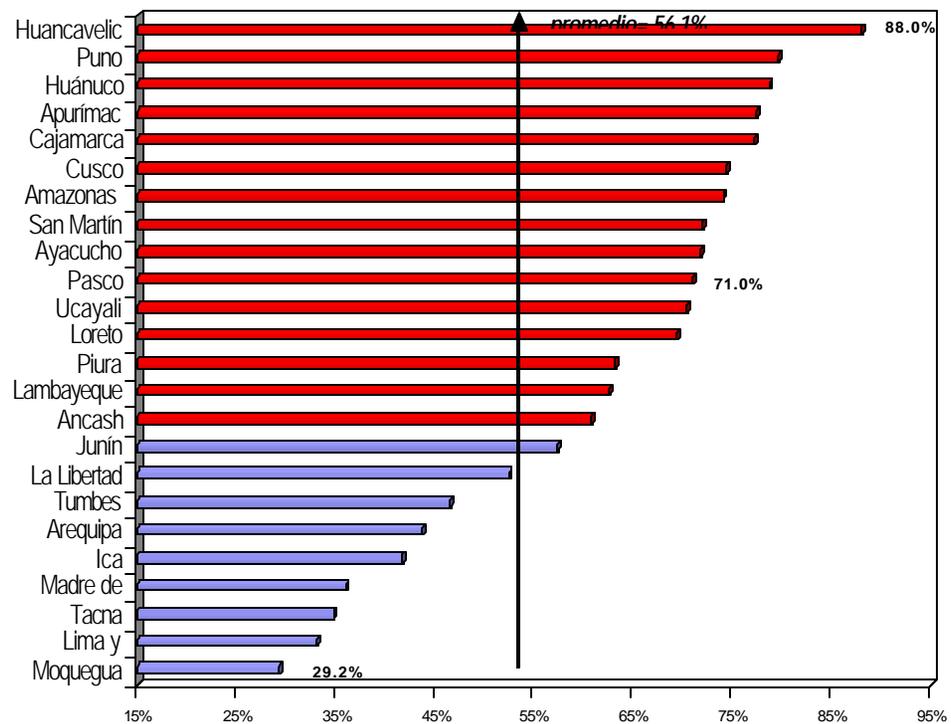
Clasificando los 24 departamentos del país según la concentración de la población excluida (niveles absolutos) se observa que, de acuerdo a la ENAHO, 6 departamentos del país albergan al 53% del total de la población pobre, ocupando Lima el primer lugar.

Gráfico 6
Distribución de la población pobre
(en porcentajes)



Fuente: ENAHO 2001

Gráfico 7
Porcentaje de población pobre



Los departamentos que le siguen en orden de importancia son Cajamarca (8%), Piura (7%), Puno (7%), Cusco (6%) y La Libertad (5%). A excepción de Piura y la Libertad que pertenecen a la costa urbana, el resto son departamentos localizados en la sierra con un componente rural y de pobreza importante. Cabe señalar, que este ordenamiento es consistente con lo reportado por la ENNIV, en la cual se muestra que Lima y los departamentos de la Sierra Rural registran los mayores niveles de población pobre.

El análisis de la severidad del fenómeno de la exclusión (análisis relativo) muestra que la pobreza es un problema crítico en 15 departamentos del país, con tasas de pobreza superior al 60% (gráfico IX): El valor máximo es de 88% (Huancavelica) y los valores mínimos son de 33% (Lima y Callao) y 29% (Moquegua.) Los departamentos que muestran tasas superiores a 80% son en orden de importancia Huancavelica, Puno, Huanuco, Apurímac, Cajamarca, Cuzco, Amazonas, San Martín y Ayacucho, los cuales se ubican principalmente en la sierra sur del país (a excepción de Cajamarca, Amazonas y San Martín).

Si bien la Constitución proclama el derecho de la población a tener igualdad de oportunidades al acceso de los servicios básicos, no se debe dejar de considerar que los recursos fiscales disponibles con que cuenta el Estado para ejecutar intervenciones públicas para extender la protección social en salud son limitados. Bajo restricciones presupuestarias, resulta poco eficiente que el Estado financie el acceso de los no asegurados con mayores recursos o que oriente recursos a financiar a los pobres que cuentan con una cobertura de seguros. Por lo tanto, la aplicación de estrategias focalizadas es una alternativa de política con que cuenta el Estado para hacer más eficiente y equitativo su gasto en salud. En este contexto, la definición de población excluida requiere acotarse al segmento pobre que no cuenta con una cobertura en salud.

Bajo esta definición restringida de la población con riesgo de exclusión, se ha estimado que la población pobre no asegurada en salud asciende a 10,2 millones según la ENNIV 2000 u 11,6 millones según la ENAHO, las cuales representan entre el 39 y 45% de la población total, respectivamente. Cabe señalar, que esta nueva definición no modifica los ordenamientos de la población, según los criterios de concentración y severidad, obtenidas bajo las definiciones previas.

En una economía segmentada como la peruana, donde existe un financiamiento público importante a través del cobro de tarifas públicas subsidiadas y diferenciadas en los establecimientos del Ministerio de Salud, éste constituye un factor que tiende a aminorar las barreras de acceso en los segmentos no asegurados de niveles medios de ingresos y eleva las oportunidades de utilización de los servicios de salud por parte de estos grupos. En este escenario, una aproximación más estricta de la magnitud de la población excluida podría ser el considerar a los pobres no asegurados que manifiestan expresamente no utilizar los servicios de salud por razones económicas.

La dimensión de la población excluida desde esta perspectiva es estimada en aproximadamente 6,5 millones según la información de la ENNIV y la ENAHO, los cuales representan el 25% de la población total.

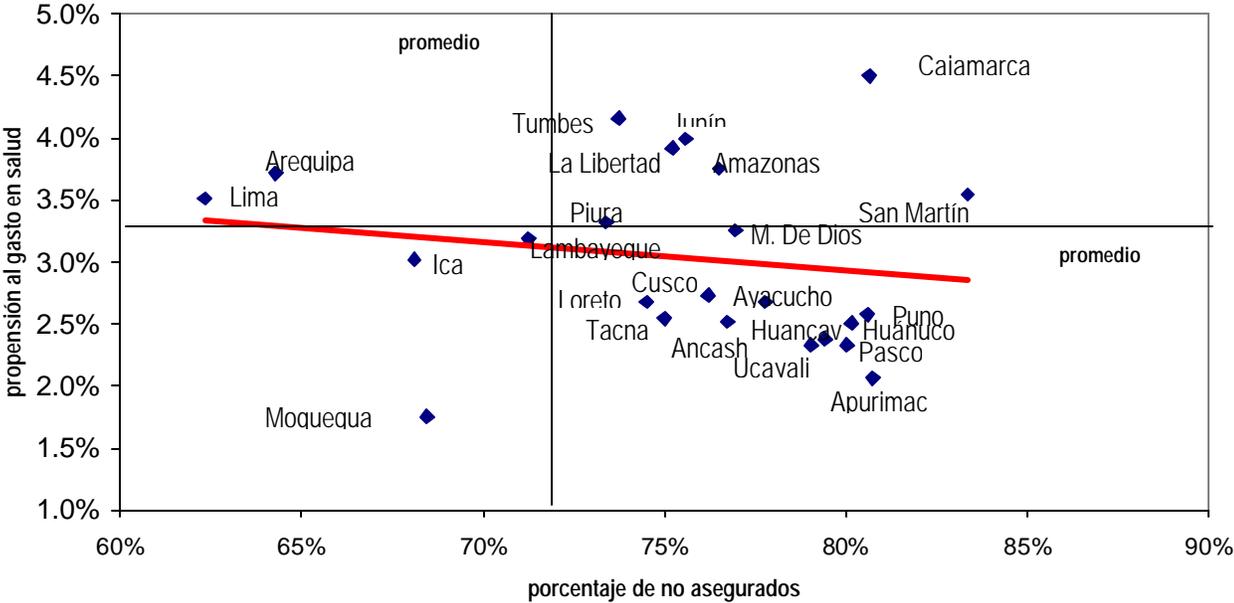
Por otro lado, la contraparte de los bajos niveles de aseguramiento son los altos gastos de bolsillo en salud. De manera teórica, se espera que la población que no cuenta con una garantía del financiamiento para su atención en salud, tenga que realizar desembolsos mayores que los que los tiene, para hacer frente a sus necesidades de atención de salud. Asimismo, y dado que existe un gasto mínimo en salud que tiene que realizarse, se esperaría que los gastos de bolsillo en salud se comporten de manera regresiva, es decir que afecten relativamente más a los segmentos no asegurados de menores recursos como proporción de sus niveles de ingresos.

Desde esta perspectiva, el gasto de bolsillo de salud es una variable utilizada en la literatura como un aproximado ("proxy") de los costos de acceso que tiene que enfrentar la población no asegurada: mayor gasto de bolsillo implicaría una mayor vulnerabilidad presupuestaria y en consecuencia reflejaría un mayor riesgo de exclusión. Para evaluar esta hipótesis se ha utilizado la información consignada en las encuestas cómo gastos de bolsillo directo, es decir los gastos realizados por las personas en adquisición de medicinas, consulta externa, gastos de laboratorio e internamiento.

De esta manera se contrastó tanto los gastos medios per cápita en US\$ y la propensión media al gasto en salud en cada departamento y según niveles de pobreza con sus respectivos porcentajes de población no asegurada.

Utilizando la información de la ENAHO, se obtuvo que el gasto medio per cápita en salud es de aproximadamente US\$ 40, lo cual representa el 4% del presupuesto familiar. Cabe resaltar, que contrariamente a lo esperado, el gráfico 8 muestra que existe una relación inversa entre los gastos de bolsillo con los niveles de no aseguramiento. En este sentido, los departamentos con menores porcentaje de población afiliada, son los que realizan los menores gastos de bolsillo. Este es el caso de los departamentos de Cusco, Ayacucho, Loreto, Huánuco, Huancavelica, Pasco, Puno, Ancash, Apurímac y Ucayali.

Gráfico 8
Relación entre gasto de bolsillo y carencia de cobertura



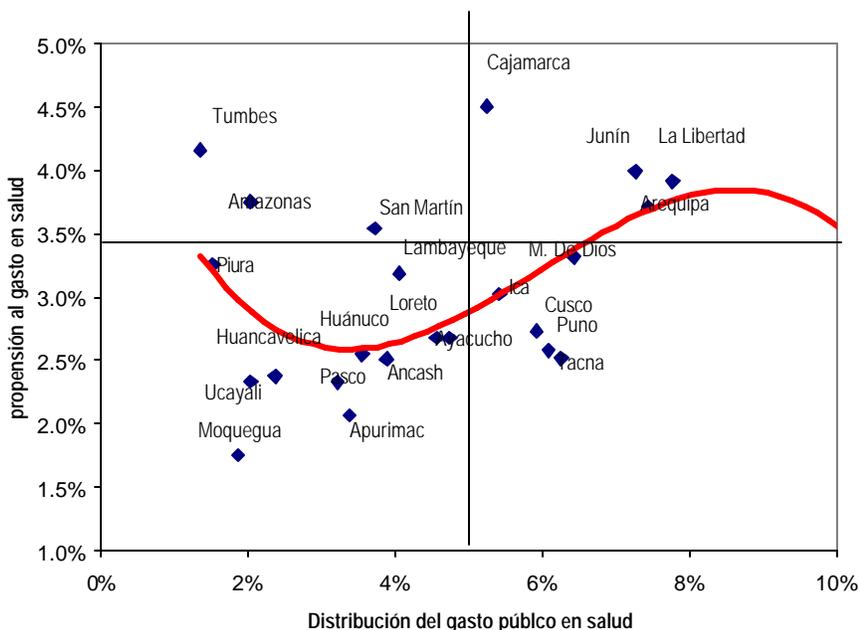
Fuente: ENAHO 2001

Este resultados se sustentan en los siguientes factores:

- (a) En el componente no institucional del gasto en salud. Este gasto es realizado por la población enferma no asegurada que se automedica, se atiende en el sistema tradicional (curanderos, otras formas de atención) realizando menores gastos en salud.
- (b) La existencia de programas públicos de salud focalizados en áreas de pobreza. Un ejemplo de ello ha sido el Programa de Salud Básica para Todos y, en menor

medida, el actual Seguro Integral de Salud. Estas estrategias compensarían los bajos niveles de cobertura a través de un mayor gasto público en salud a favor de los no asegurados (Gráfica 9)

Gráfico 9
Relación entre gasto de bolsillo y gasto público en salud
(excluyendo Lima)



- (c) Las diferencias en tipo de disponibilidad y calidad de los establecimientos de salud utilizados por los diferentes estratos socioeconómicos. Así, mientras la población no asegurada es más intensiva en el uso de puestos de salud o centros comunitarios o de los Hospitales del MINSA a tarifas subsidiadas, los asegurados son intensivos en la atención en los hospitales o clínicas privada; y
- (d) Una cuarta hipótesis está referida a la existencia de una demanda encubierta, es decir población que además de presentar un menor nivel de percepción de sus necesidades de atención de salud, reprime su demanda al mercado, tal como fuera presentado en el marco de análisis. Esta hipótesis (OPS-MINSA, 1999) se verifica al observar que en aquellos departamentos donde operan severas restricciones de reporte y de orden económico, la propensión al gasto de salud (gasto de bolsillo como porcentaje de los gastos totales) se torna decreciente al nivel de pobreza

departamental (gráfica 10) Esta relación inversa estaría reflejando dificultades para acceder a los servicios de salud, al observarse que en la mayoría de estos departamentos registran las menores tasas de asistencia a un establecimiento de salud (gráfica 11.) En este contexto, un mayor gasto público no necesariamente refleja un mayor costo de acceso, sino por el contrario revela tanto la mayor capacidad económica de la población para ejecutar gastos de salud así como condiciones más favorables de uso y de acceso a los servicios de salud.

Bajo este esquema, los departamentos con mayores riesgos de exclusión serían los que están ubicados en el cuadrante correspondiente a los de mayor pobreza y menores gasto de bolsillo en el gráfico 10. De acuerdo a esta clasificación, son 10 los departamentos identificados con mayor riesgo de exclusión. Estos departamentos están ubicados principalmente en la Sierra Sur del país: Huancavelica, Huanuco, Puno, Apurímac, Pasco, Cusco, Ayacucho Ucayali, Ancash y Loreto.

Gráfico 10
Relación entre gasto de bolsillo y pobreza

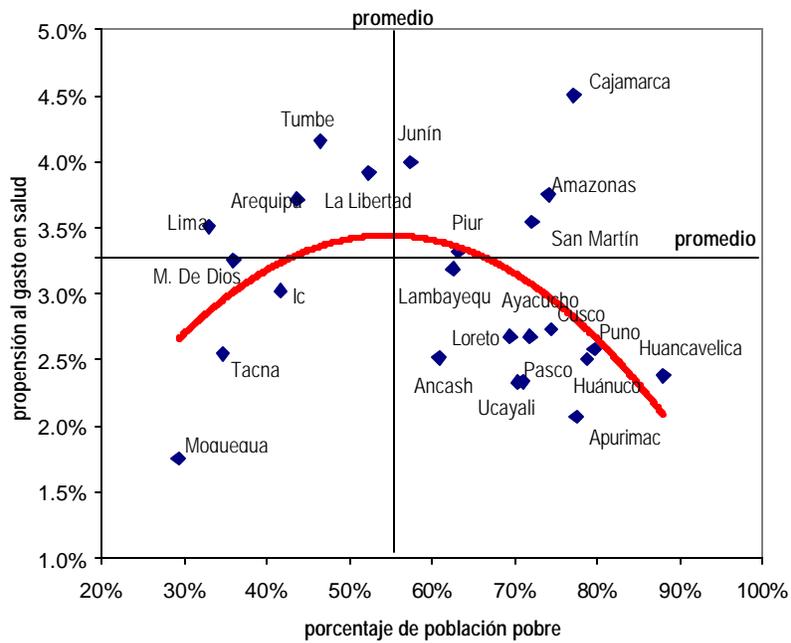
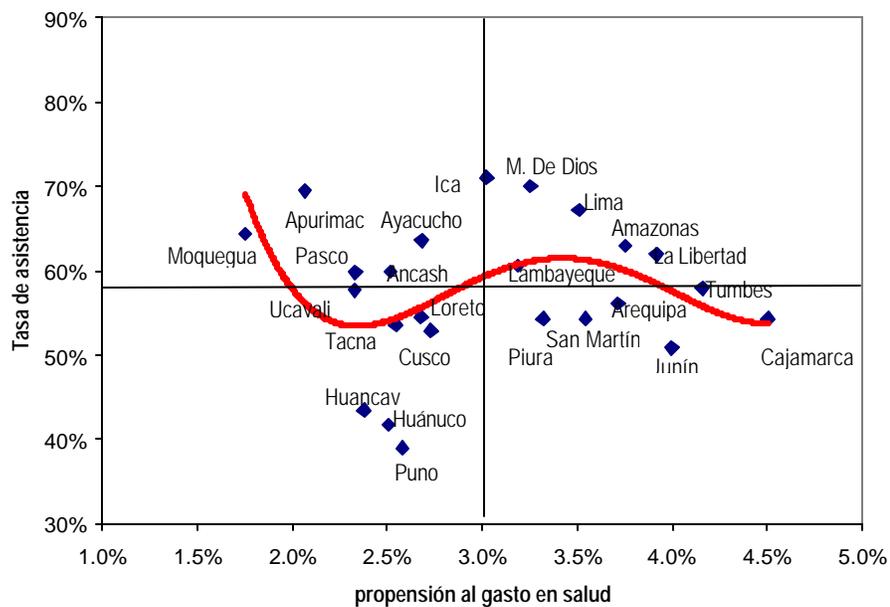


Gráfico 11
Relación entre gasto de bolsillo y tasa de asistencia



.Indicador de cobertura de aseguramiento

El sistema de salud peruano, como se ha indicado en el análisis de contexto, se caracteriza por ser segmentado. En este contexto, la población peruana puede solventar sus necesidades de atención de salud a través de los seguros privados, la seguridad social y el Seguro Integral de Salud que permite gratuidad en establecimiento MINSA en determinados grupos de edad (fundamentalmente niños y gestantes) y condición de pobreza.

Por su parte, para aquellos que no están afiliado a ninguno de los regímenes de aseguramiento mencionado, el autofinanciamiento mediante uso de ahorro o sustitución del gasto o la automedicación son opciones reales para hacer frente a un evento de enfermedad. Por ello, un primer indicador de medición de la población excluida sería el porcentaje de población que no cuenta con una cobertura de seguro de salud, debido a que los riesgos que éstos erosionen su patrimonio para atender sus necesidades de atención o no cuenten con los recursos suficientes para utilizar los servicios institucionales de salud son relativamente altos.

Bajo esta primera aproximación operativa de la población excluida, se ha estimado que la población no afiliada a un régimen de aseguramiento asciende a 19 millones según la ENAHO o a 16 millones según la ENNIV 2000, las cuales representan entre el 65 y 73% de la población total. Cabe señalar, que las diferencias encontradas entre los estimados de la ENNIV y la ENAHO responden a las diferencias en el marco muestral señaladas y que, en el caso de la ENAHO, ha implicado una actualización hacia arriba de la población total y la incorporación de un mayor porcentaje de población peri-urbana (marginal.)

Clasificando los 24 departamentos del país según la concentración de la población excluida (niveles absolutos) se observa, de acuerdo a la ENAHO, que 8 departamentos del país albergan al 64% del total de la población que carece de cobertura de seguros, ocupando Lima el primer lugar con el 28% del total de no asegurados. Este resultado no llama la atención, por cuanto este departamento tiene el mayor volumen poblacional (33% del total de la población). Los departamentos que le siguen en orden de importancia son Cajamarca (6%), Piura (6%), La Libertad (6%), Puno (5%), Junín (5%),

Cusco (5%) y Ancash (5%). A excepción de Piura y la Libertad que pertenecen a la costa urbana, el resto son departamentos localizados en la sierra con un componente rural y de pobreza importante. Cabe señalar, que este ordenamiento es consistente con lo reportado por la ENNIV, en la cual se muestra que Lima y los departamentos de la Sierra Rural registran los mayores niveles de población no asegurada (Cuadros 12 y 13).

Cuadro 12
Indicadores de exclusión de la protección social y de los servicios de salud: económicas y financieras
(en número de personas)

Dominio	Población pobre ^{1/}	Población en extrema pobreza	Población no asegurada	Población pobre no asegurada	
				Total	Que no utiliza los servicios de salud por razones económicas ^{2/}
Lima Metropolitana	3'341.876	350.782	4'257.830	1'730.729	943.758
Costa Urbana	2'416.328	382.660	2'823.780	1'648.672	1'060.111
Costa Rural	853.939	362.370	994.760	678.565	413.486
Sierra Urbana	1'431.570	213.106	1'853.019	1'647.411	963.808
Sierra Rural	3'760.972	1'736.653	4'484.186	2'956.572	1'996.412
Selva Urbana	796.606	179.682	1'036.659	592.136	386.645
Selva Rural	1'260.056	573.487	1'437.976	1'006.943	603.276
Perú	13'861.347	3'798.740	16'888.210	10'231.028	6'367.498

1/ Se está considerando tanto a la población en situación de pobreza extrema y no extrema.

2/ Se considera razones económicas a insuficiencia de ingresos, tarifas elevadas o carencia de seguro.

Fuente: ENNIV 2000

Cuadro 13
Indicadores de exclusión de la protección social y de los servicios de salud: económicas y financieras
(como porcentaje de la población del dominio)

Dominio	Población pobre ^{1/}	Población en extrema pobreza	Población no asegurada	Población pobre no asegurada	
				Total	Que no utiliza los servicios de salud por razones económicas ^{2/}
Lima Metropolitana	45.2%	4.7%	57.5%	23.4%	12.8%
Costa Urbana	53.1%	8.4%	62.0%	36.2%	23.3%
Costa Rural	64.4%	27.3%	75.0%	51.2%	31.2%
Sierra Urbana	44.3%	6.6%	57.3%	50.0%	29.8%
Sierra Rural	65.5%	30.2%	78.1%	51.5%	34.8%
Selva Urbana	51.5%	11.6%	67.0%	38.3%	25.0%
Selva Rural	69.2%	31.5%	78.9%	55.3%	33.1%
Perú	54.1%	14.8%	65.9%	39.9%	24.8%

1/ Se está considerando tanto a la población en situación de pobreza extrema y no extrema.

2/ Se considera razones económicas a insuficiencia de ingresos, tarifas elevadas o carencia de seguro.

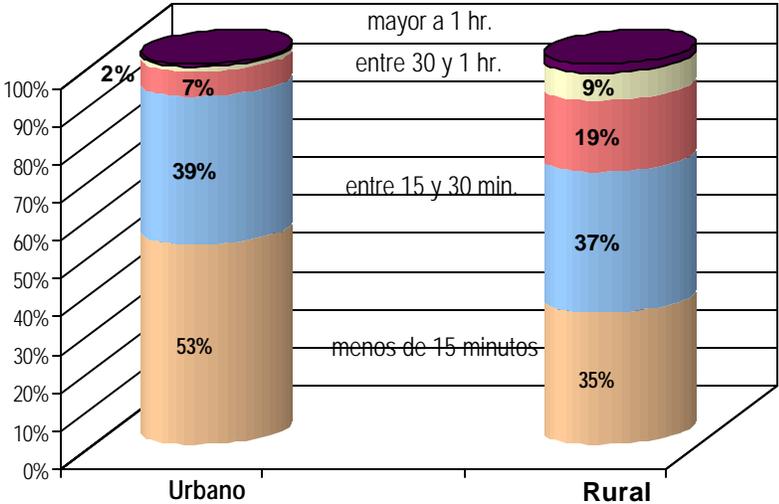
Fuente: ENNIV 2000

El análisis de la severidad del fenómeno de la exclusión (análisis relativo) muestra que la poca afiliación es un problema generalizado y crítico en todos los departamentos, existiendo escasas desviaciones en las tasas de no aseguramiento entre los departamentos: El valor máximo es de 83% (San Martín) y el valor mínimo de 62% (Lima y Callao.) Los departamentos que muestran tasas superiores a 80% son en orden de importancia San Martín, Apurímac, Cajamarca, Puno, Huanuco, Puno y Huancavelica, los cuales son departamentos de escasos recursos y altos niveles de pobreza.

III.1.2 Barreras geográficas de acceso

La distribución de los usuarios a los servicios de salud según el tiempo de recorrido a un establecimiento de salud puede ser un indicativo de la probabilidad de acceso de la población según grado de cercanía a un establecimiento de salud. En la gráfica 12, se muestra que en las áreas urbanas los menores porcentajes de asistencia se registran para tiempos superiores a los 30 minutos, mientras que en las zonas rurales las menores probabilidades se ubican en tiempos superiores a la hora.

Gráfico 12
Distribución de los usuarios según tiempo de recorrido a un establecimiento de salud y áreas geográficas



Utilizando estos parámetros, se puede definir como población excluida por barreras de acceso de carácter geográfico a aquellos que reportan un tiempo de recorrido mayor a 30 minutos si habita en una zona urbana o mayor a 1 hora para el ámbito rural. Bajo esta definición y utilizando la información proveniente de la ENNIV, la población excluida estimada asciende a 2,8 millones (equivalente a 11% de la población total), de las cuales un 46% están localizados en las áreas rurales. Asimismo, se observa que 0,8 millones se ubican en Lima Metropolitana siendo estos pobladores de áreas peri-urbanas o marginales (Cuadros 14 y 15)

Cuadro 14
Indicadores de exclusión de la protección social y de los servicios de salud: barrera de acceso

(en número de personas)

Dominio	Geográficas	Laborales	Étnicas
	Personas que residen en lugares distantes a un establecimiento de salud	Trabajadores dependiente sin contrato + independientes	Población pertenecientes a minorías étnicas
Lima Metropolitana	875.556	2'240.978	489.717
Costa Urbana	287.516	1'309.667	150.908
Costa Rural	205.408	538.969	61.159
Sierra Urbana	288.153	1'119.432	629.289
Sierra Rural	826.459	3'155.806	2'495.240
Selva Urbana	97.240	536.500	83.478
Selva Rural	282.080	870.143	312.811
Perú	2'862.411	9'771.495	4'222.602

Fuente: ENNIV 2000

Cuadro 15
Indicadores de exclusión de la protección social y de los servicios de salud: barreras de acceso

(como porcentaje de la población del dominio)

Dominio	Geográficas	Laborales †	Étnica
	Personas que residen en lugares distantes a un establecimiento de salud	Trabajadores dependiente sin contrato + independientes	Población pertenecientes a minorías étnicas
Lima Metropolitana	11.8%	49.5%	6.6%
Costa Urbana	6.3%	48.3%	3.3%
Costa Rural	15.5%	55.6%	4.6%
Sierra Urbana	8.9%	49.1%	19.5%
Sierra Rural	14.4%	69.2%	43.5%
Selva Urbana	6.3%	48.2%	5.4%
Selva Rural	15.5%	64.8%	17.2%
Perú	11.2%	55.8%	16.5%

Fuente: ENNIV 2000

Los bajos niveles observados pueden ser atribuibles a las inversiones realizadas en la última década orientada a ampliar la oferta de centros y puestos de salud, los cuales proveen sólo un servicio de atención primaria. En este sentido, las distancias estimadas podrían subestimar a la población excluida, al ocultar las dificultades de acceso a servicios de mayor complejidad (establecimiento de III nivel). Por ello, una aproximación alternativa a este concepto podría estar dada por el porcentaje de población rural, los cuales cuentan con infraestructura vial más precaria, una distribución poblacional más dispersa y una menor oferta hospitalaria.

Cuadro 16
Indicadores de exclusión: barreras de acceso geográficas
(en número de personas)

Dominio	Población Rural		% de la Población	
	ENDES	ENAHO	ENDES	ENAHO
Amazonas	312.773	72.367	72%	45%
Ancash	580.598	94.182	52%	46%
Apurímac	329.056	104.013	70%	100%
Arequipa	156.013	143.009	14%	53%
Ayacucho	310.947	149.494	55%	22%
Cajamarca	1'131.881	198.212	75%	3%
Cusco	705.017	210.571	58%	19%
Huancavelica	382.284	253.728	83%	86%
Huánuco	565.687	333.260	69%	77%
Ica	105.409	348.573	15%	62%
Junín	556.329	366.193	44%	32%
La Libertad	508.267	369.631	34%	80%
Lambayeque	300.795	377.918	27%	53%
Lima y Callao	690.927	384.502	8%	82%
Loreto	304.645	391.663	33%	85%
Madre de Dios	35.174	435.879	34%	35%
Moquegua	35.912	467.426	22%	31%
Pasco	110.993	506.089	41%	45%
Piura	546.626	515.818	33%	32%
Puno	771.316	610.480	62%	75%
San Martín	279.207	792.724	39%	86%
Tacna	35.460	845.938	12%	70%
Tumbes	30.229	1'179.781	15%	94%
Ucayali	152.259	1'207.614	33%	80%
Total País	8'937.804	10'359.065	38%	38%

Fuente ENDES 2000, ENAHO 2000.

Bajo esta aproximación operativa de la población excluida, se ha estimado que la población rural asciende a 8,9 millones según la ENDES o 10,3 millones según la ENAHO, las cuales representan el 38% de la población total en ambos casos (cuadro 16). El análisis de los niveles absolutos (concentración) muestran un ordenamiento relativamente similar entre ambas encuestas, identificando como departamentos con mayor volumen de población rural a los departamentos de Cajamarca, Puno, Cuzco, Ancash y Huanuco.

Sin embargo, a nivel del análisis de la severidad de la barrera de acceso (análisis relativo) se observa diferencias en la identificación de los departamentos con mayor porcentaje de población rural. Así, en el caso de la ENDES, los departamentos de Huancavelica, Cajamarca, Amazonas, Apurímac, Huánuco y Puno son los que registran los mayores índices de ruralidad. En contraste, la ENAHO señala a los departamentos de Madre de Dios, Puno, Loreto, Huancavelica, Apurímac, Ucayali y Cajamarca como aquellos con mayores dificultades de accesibilidad geográfica.

VI.3 Barreras vinculadas al tipo de inserción laboral

La seguridad social representa la principal fuente de financiamiento de salud en el Perú, siendo ésta el 45% del mercado de asegurados. Sin embargo, tal como se señaló anteriormente, los alcances de este régimen están limitados al ámbito laboral dependiente, dejando al descubierto a los trabajadores no asalariados, a los que mantienen relaciones contractuales informales o se hallan desempleados, los cuales, como se mostró anteriormente, carecen en su mayoría de un aseguramiento privado.

Considerando a estos grupos como población excluida de la protección social, la ENNIV estima que éstos ascienden a 9,7 millones de personas, mientras que la ENAHO registra un nivel inferior en 10% (8,8 millones de personas.) Según ambas fuentes, la población excluida representa entre el 56% y 69% del total de la PEA, respectivamente (cuadro 16 y 17).

Los departamentos que concentran los mayores niveles de población con riesgo de exclusión por barreras de acceso laboral son concordantes con lo obtenido bajo las definiciones previas. Así, de acuerdo a la ENAHO, 8 departamentos del país albergan al

66% del total de la población no asalariada, dependientes informales o desempleados, ocupando Lima el primer lugar con el 26%. Los departamentos que le siguen en orden de importancia son Cajamarca, Puno, Piura (7%), La Libertad, Cuzco, Junín y Ancash. A excepción de Piura y la Libertad que pertenecen a la costa urbana, el resto son

Cuadro 17
Indicadores de exclusión de la protección social y de los Servicios de Salud: barreras de acceso
(en número de personas)

Departamento	Geográficos		Laboral			Culturales	
	Población Rural	% de la Población	Trabajadores dependiente sin contrato + independientes ^{1/}	% de la Población	% de la PEA	Grupos minoritarios ^{2/}	% de la población
Amazonas	333.260	77%	152.568	35.2%	75.7%	14.684	3.4%
Ancash	506.089	45%	407.757	36.5%	72.2%	392.112	35.1%
Apurímac	384.502	82%	177.131	37.7%	81.2%	245.353	52.2%
Arequipa	210.571	19%	337.327	30.1%	64.3%	53.524	4.8%
Ayacucho	348.573	62%	237.954	42.4%	84.4%	252.214	45.0%
Cajamarca	1'207.614	80%	603.718	39.9%	82.3%	0	0.0%
Cusco	845.938	70%	481.579	39.6%	80.4%	588.676	48.4%
Huancavelica	391.663	85%	187.084	40.8%	83.5%	242.765	52.9%
Huanuco	610.480	75%	278.942	34.1%	76.6%	174.534	21.4%
Ica	149.494	22%	232.045	33.9%	67.8%	672	0.1%
Junín	435.879	35%	448.509	35.7%	74.4%	11.408	0.9%
La Libertad	467.426	31%	510.634	34.0%	72.4%	4.023	0.3%
Lambayeque	366.193	32%	339.870	30.0%	68.1%	0	0.0%
Lima y Callao	198.212	3%	2'290.688	27.0%	55.9%	33.750	0.4%
Loreto	792.724	86%	288.923	31.2%	70.2%	18.211	2.0%
Madre de Dios	104.013	100%	33.837	32.5%	72.9%	3.387	3.3%
Moquegua	72.367	45%	52.836	32.8%	64.7%	10.694	6.6%
Pasco	143.009	53%	79.418	29.6%	68.2%	12.574	4.7%
Piura	515.818	32%	537.457	32.8%	72.7%	0	0.0%
Puno	1'179.781	94%	586.320	46.9%	86.4%	664.033	53.2%
San Martín	377.918	53%	232.008	32.6%	72.9%	5.815	0.8%
Tacna	253.728	86%	106.477	36.3%	66.4%	10.192	3.5%
Tumbes	94.182	46%	69.512	34.2%	68.2%	0	0.0%
Ucayali	369.631	80%	135.975	29.5%	72.5%	53.421	11.6%
Total País	10'359.065	38%	8'844.250	32.8%	68.8%	3'575.064	13.3%

1/ Incluye a la población independiente y a la dependiente sin contratos laborales

2/ Aquellas personas que se consideran indígenas de la amazonía, de origen quechua o de origen aymara y/o que a su vez su lengua materna sea diferente al castellano o a una lengua foránea.

Fuente: ENAHO

departamentos localizados en la sierra con un componente rural y de pobreza importante. Cabe señalar, que este ordenamiento es consistente con lo reportado por la ENNIV, en la cual se muestra que Lima y los departamentos de la Sierra Rural registran los mayores niveles de población no asalariada, dependientes informales y desempleadas.

El análisis de la severidad del fenómeno de la exclusión (análisis relativo) muestra que exclusión por barreras de acceso laboral es un problema crítico en 15 departamentos del país, con tasas de "Trabajadores dependiente sin contrato + independientes" superior al 70%. El valor máximo es de 86% (Puno) y el valor mínimo corresponde a Lima (55%) Los departamentos que muestran tasas superiores a 75% son en orden de importancia Puno, Ayacucho, Huancavelica, Cajamarca, Apurímac, Cusco, Huanuco y Amazonas, los cuales se ubican principalmente en la sierra sur del país (a excepción de Cajamarca y Amazonas).

Cabe señalar, que la composición de esta población excluida analizada en términos de categoría ocupacional y niveles socioeconómicos, sugiere la aplicación de tres tipos de estrategias diferenciadas:

1. Establecimiento de incentivos para la formalización del empleo dependiente y su consiguiente inclusión en el régimen de seguridad social, para el caso de los trabajadores dependientes actualmente sin contrato laboral. Para ello es indispensable contar con una efectiva supervisión de las normas por parte de la autoridad de trabajo.
2. Ampliación de la cobertura del subsidio público de salud a la totalidad de la población no asegurada independiente que pertenece a los segmentos de menores recursos relativos (quintiles de gasto I, II y III) y que representan aproximadamente un 60% de esta población.
3. Establecimiento de seguros de salud, total o parcialmente, auto - financiados para la población no asegurada independiente que pertenece a los segmentos de mayores recursos relativos (quintiles de gasto IV y V) y que representan aproximadamente un 40% de esta población. Cabe señalar que actualmente este grupo cuenta con "seguro

implícito”, vía atenciones subsidiadas en los establecimientos del Ministerio de Salud (MINSa), originado por la política tarifaria vigente, que distorsiona los precios relativos y desincentiva el aseguramiento. Por lo tanto, para que la estrategia planteada sea efectiva deberá ser complementada con una revisión de la política tarifaria del MINSa para este segmento.

III.1.4 Barreras de orden étnico

Para la medición de la población auto excluida de los sistemas de salud originados en patrones o tradiciones culturales se utilizó como indicador a la población que se identificó como perteneciente a una etnia minoritaria. De manera específica, se define como etnia minoritaria aquellas personas que, según la ENAHO 2001, se consideraron indígenas de la amazonía, de origen quechua o de origen aymara y/o su lengua materna haya sido diferente al castellano.

En este escenario, la población auto-excluida por razones culturales se estimó en un nivel en 3,5 millones de personas, representando el 13% de la población total del país. Los departamentos donde están localizados estos grupos son Madre de Dios, San Martín, Loreto, Huánuco, Apurímac, Amazonas y Cuzco (ver cuadro 17).

VI.1.5 Barreras de género

Existen algunas importantes diferencias de acceso en cuanto a género, que permiten derivar los siguientes resultados.

1. Existen indicios de discriminación en contra de las niñas (menor a 14 años), con énfasis en menores de 5 años. Este resultado podría estar evidenciando que los jefes de hogares privilegian la atención del niño varón debido, entre otras razones, a que estos son considerados como capital productivo y por lo tanto, son potencialmente generadores de ingresos familiares. Este patrón resulta opuesto para el caso de las mujeres adultas, cuyos niveles de utilización relativa de servicios de salud es mayor al de los varones.

Cuadro 18
Tasa de utilización condicional^{1/} por género y grupo étnico

Edad	ENAH0				ENNIV			
	Hombre	Mujer	Diferencial porcentual	Significancia estadística	Hombre	Mujer	Diferencial porcentual	Significancia estadística
Menor a 5	73.0%	72.8%	0.3%		70.9%	65.5%	8.2%	*
Entre 6 y 14 años	65.7%	63.5%	3.5%		56.6%	52.1%	8.6%	*
Entre 15 y 25 años	45.6%	50.0%	-8.9%	*	45.7%	58.0%	-21.2%	***
Entre 26 y 35 años	49.7%	55.1%	-9.8%	*	40.8%	61.2%	-33.4%	***
Entre 36 y 45 años	51.1%	54.7%	-6.4%		45.8%	50.4%	-9.3%	*
Entre 46 y 55 años	55.3%	56.7%	-2.3%		41.7%	49.4%	-15.7%	**
Entre 56 y 65 años	57.5%	59.1%	-2.7%		46.3%	48.9%	-5.4%	*
Mayor a 65 años	63.4%	62.9%	0.8%		51.5%	52.4%	-1.8%	
Menor a 14 años	69.2%	67.8%	2.0%		63.7%	58.7%	8.5%	*
Mayor a 15 años	52.1%	55.2%	-5.6%		45.4%	53.8%	-15.6%	**
Perú	58.6%	59.4%	-1.4%		52.2%	55.3%	-5.6%	

1/ Tasa de asistencia condicional se refiere al porcentaje de población enferma que hace uso de los servicios de salud

*** Diferencias significativa al 95%

** Diferencias significativas al 90%

* Diferencias significativas al 80%

En el Cuadro 18 se observa con la ENNIV que el porcentaje de mujeres menores de 14 años que se reportan enfermas y utilizan los servicios de salud es inferior en 8.2% a la tasa de condicional de utilización registrada por los varones en similar tramo de edad. Estas diferencias se agudizan en los tramos de edad menores a 5 años, con un diferencial de 33%. Cabe resaltar, también, que las mujeres adultas, sobretodo en edad reproductiva, tienen una tasa condicional de utilización bastante mayor a la de los varones. Por su parte, la ENAH0 reporta resultados en la misma dirección que la ENNIV pero con mucha menor contundencia.

El patrón discriminatorio anteriormente referido en las mujeres menores de 14 años, se produce fundamentalmente, y con mayor significancia estadística, en los segmentos poblacionales donde operan las mayores exclusiones sociales y económicas, como es la población rural, los pobres extremos, los grupos étnicos minoritarios y los que no tienen seguro de salud. Dicho de otro modo, en condiciones de mayor exclusión como es vivir en pobreza extrema y/o habitar en el medio rural, y/o tener como idioma materno indígena (andino o selvático), y/o no tiene seguro de salud, las niñas enfermas tienen menos probabilidades de acceso a los servicios de salud que los niños que están en su

misma condición. Al igual que en el caso anterior, la ENNIV reporta mayores diferencias que la ENAHO (Cuadro 19).

Cuadro 19
Tasa de utilización condicional^{1/} por género y grupo etáreo según área geográfica, pobreza, aseguramiento y grupo étnico

Dimensión de análisis	Edad igual o menor a 14 años				Edad mayor a 14 años			
	ENNIV		ENAHO		ENNIV		ENAHO	
	H	M	H	M	H	M	H	M
Área geográfica								
Urbana	70.8%	67.4%	73.9%	72.6%	48.5%	55.6%	44.9%	59.8%
Rural	53.6	46.5	62.8%	61.4%	39.4%	49.7%	44.9%	46.4%
Pobreza								
Extrema	56.7%	43.6%	59.9%	58.1%	30.8%	37.7%	59.9%	58.1%
No extrema	61.6%	62.4%	68.1%	66.7%	41.9%	50.5%	50.9%	52.2%
No pobre	69.0%	61.3%	78.1%	77.1%	50.7%	58.4%	58.6%	63.7%
Seguro en Salud								
Sin seguro	62.6%	54.1%	64.5%	61.9%	37.5%	48.1%	44.1%	48.0%
Con seguro	64.5%	62.1%	83.5%	83.3%	60.4%	65.3%	72.5%	75.4%
Grupo étnico								
Indígena	65.3%	55.2%	62.3%	58.3%	45.0%	52.5%	44.5%	43.8%
No indígena	63.3%	59.6%	70.5%	69.8%	45.5%	54.1%	53.4%	57.1%

1/ Tasa de asistencia condicional se refiere al porcentaje de población enferma que hace uso de los servicios de salud

- La calidad percibida por los servicios de salud de parte de la mujer es menor a la del varón. Esa diferencia es estadísticamente significativa y aunque ocurre en todas las áreas geográficas, niveles de pobreza, asegurados y no asegurados, grupos étnicos minoritarios y no minoritarios, las mayores brechas de insatisfacción entre género se registran al interior de los grupos ya excluidos: población rural, estratos de mayor pobreza, población no asegurada, grupos étnicos minoritarios. (cuadro 20).

Cuadro 20
Porcentaje de población insatisfecha

(como % del total de población que utilizó los servicios de salud)

Dimensión de análisis	Hombres	Mujeres	Diferencia porcentual	Significancia estadística
Por área				
Urbano	5.8%	4.9%	18.4%	**

Rural	4.9%	7.4%	-33.8%	***
Por nivel de pobreza				
Pobres extremos	2.2%	4.8%	-53.4%	***
Pobres no extremos	3.5%	7.4%	-52.5%	***
No pobres	4.9%	5.4%	-8.9%	*
Por condición de asegurado				
Sin seguro	3.5%	5.8%	-39.8%	***
Con seguro	4.7%	6.4%	-25.5%	***
Por nivel de educación				
Sin nivel de instrucción	4.6%	8.3%	-44.9%	***
Inicial/primaria	2.7%	4.7%	-42.8%	***
Secundaria	3.9%	5.5%	-28.0%	***
Universitaria	2.3%	7.1%	-67.4%	***
Por tipo de prestador				
Minsa	6.0%	6.6%	-9.1%	*
EsSalud	9.8%	6.6%	48.5%	***
Privado	2.8%	4.1%	-31.7%	***
Por edad				
Entre 18 y 25 años	0.0%	4.4%	-100.0%	***
Entre 26 y 35 años	2.0%	7.0%	-71.5%	***
Entre 36 y 45 años	3.7%	8.3%	-55.6%	***
Entre 46 y 65 años	3.3%	5.6%	-41.1%	***
Mayor a 65 años	5.4%	6.1%	-10.5%	*
Por grupo étnico				
Minoría	5.3%	8.9%	-40.1%	***
No minoría	3.8%	5.4%	-29.1%	***
Perú	3.9%	5.6%	-31.7%	***

Fuente ENNIV 2000

*** Diferencias significativa al 95%

** Diferencias significativas al 90%

* Diferencias significativas al 80%

- No se encuentran diferencias significativas en la tasa condicional de utilización de los servicios de salud según el género del jefe del hogar. Ello ocurre aún contrastando con las demás variables condicionantes: ruralidad, ingreso, condición étnica y tenencia de un seguro en salud.
- Se observan diferencias respecto del porcentaje de gasto familiar asignado a los servicios de salud según el género del jefe del hogar. Cuando la mujer es jefe del

hogar, existen indicios de una mayor asignación dentro del presupuesto familiar en servicios de salud y alimentos en el área urbana. Ello no opera en el ámbito rural, ni en situaciones de pobreza extrema donde ocurre lo inverso.

Cuadro 21
Gasto en servicios de salud según condiciones socioeconómicas y género del jefe del hogar
 (Como porcentaje del gasto familiar)

Dimensión de análisis	Gasto de bolsillo en salud				Gastos en alimentación	
	ENNIV 2000		ENAH0 2000		ENNIV 2000	
	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	Mujeres
Perú	4.5%	3.9%	3.7%	3.7%	39.8%	37.7%
Por áreas						
Urbano	4.4%	5.2%	3.9%	3.2%	35.4%	35.7%
Rural	5.3%	4.8%	3.4%	3.1%	60.3%	59.4%
Por nivel de pobreza						
Pobres extremos	2.8%	1.9%	3.1%	2.3%	61.8%	60.8%
Pobres no extremos	3.7%	3.7%	3.5%	2.8%	50.0%	48.6%
No pobres	5.0%	4.0%	3.9%	3.5%	34.2%	32.6%
Por nivel de educación del jefe del hogar						
Sin instrucción	9.8%	4.1%	4.4%	3.4%	52.1%	51.3%
Inicial	5.8%	5.5%	4.1%	1.5%	48.3%	43.6%
Primaria	4.3%	2.9%	4.1%	3.3%	43.1%	31.7%
Secundaria	3.4%	2.1%	3.4%	2.9%	28.2%	29.7%
Universitaria	5.8%	4.3%	3.9%	3.4%	35.5%	32.2%
Por número de dependientes						
Menor o igual a 1	4.6%	4.0%	3.5%	3.3%	40.5%	37.8%
Entre 1 y 2	4.3%	3.5%	4.1%	3.1%	40.0%	35.9%
Entre 2 y 3	5.7%	4.8%	3.1%	2.4%	38.2%	43.2%
Entre 3 y 4	3.4%	2.6%	3.8%	3.2%	38.8%	41.8%
Mayor a 4	4.1%	2.3%	3.0%	3.2%	42.8%	38.8%

Como se observa en el cuadro 21, la ENNIV muestra una tendencia estadísticamente significativa de un mayor porcentaje de gasto familiar en servicios de salud en áreas urbanas cuando la mujer es jefa del hogar, así como un menor nivel de gasto en las áreas rurales. Aunque la tendencia de mayor gasto urbano no es apoyada por los datos de ENAH0, ésta si coincide con el

menor gasto en servicios de salud en el área rural cuando la mujer es jefa del hogar en contraposición al varón. Cuando aumenta el número de dependientes en el hogar ambos géneros retraen el gasto en servicios de salud, pero la mujer jefa del hogar lo hace más que el varón. Esto se evidencia tanto en la ENNIV como en la ENAHO.

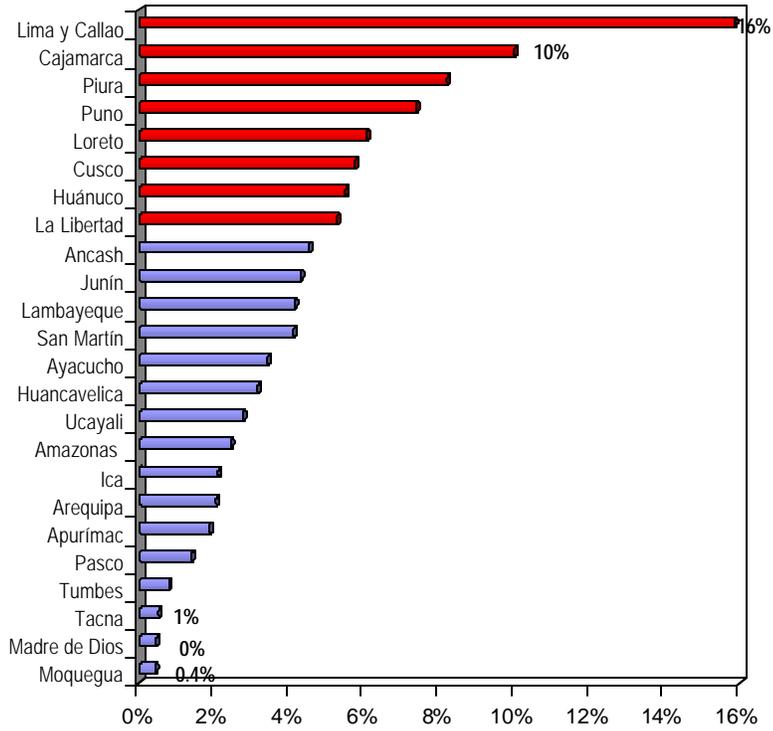
III.1.6 Barreras referidas a los servicios públicos en la vivienda

Los indicadores propuestos son los siguientes:

1. Tenencia de servicios de agua conectada a la red pública;
2. Tenencia de servicios de desagüe conectada a la red pública;
3. Tenencia de servicio de electricidad
4. Tenencia de 2 o 3 de los servicios básicos señalados.

La ENNIV reporta que 7 millones de personas carecen de dos o 3 de los servicios básicos señalados (equivalente al 29% de la población total), mientras que la ENAHO y la ENDES reportan un nivel de 11 millones de personas (43% de la población.) Tal como se mencionó anteriormente, dichas diferencias son explicadas por las distintos marcos muestrales, principalmente en lo que a población peri-urbana se refiere (gráfica 13).

Gráfica 13
Distribución de la población con carencia de 2 o más servicios
(en porcentajes)



Fuente: ENAHO

De acuerdo a la ENAHO, 7 departamentos del país albergan al 60% del total de la población deficitaria de 2 o 3 servicios básicos, ocupando Lima el primer lugar con el 16%. Los departamentos que le siguen en orden de importancia son Cajamarca, Piura, Puno, Loreto, Cusco y Huanuco.

Por otro lado, el análisis de la severidad (análisis relativo) muestra que esta situación deficitaria es un problema crítico en 11 departamentos del país, con porcentajes de población que carece de 2 o 3 servicios superiores al 60%. El valor máximo es de 77% (Huancavelica) y el valor mínimo corresponde a Arequipa (20%) Los departamentos que muestran tasas superiores a 65% son en orden de importancia Puno, Ayacucho, Huancavelica, Huánuco, Cajamarca, Loreto, Ayacucho, Ucayali, Puno y San Martín.

VI.2 Dimensión interna

VI.2.1 Garantía de Acceso a Servicios de Salud

El Seguro Integral de Salud (SIS) tiene el reto de desarrollarse como un seguro público que permita acceso eficaz y gratuidad a la población pobre en determinados grupos de edad (fundamentalmente niños y gestantes) y condición de pobreza. Este objetivo del SIS se enmarca en el cumplimiento de la Tercera Política de Estado del Acuerdo Nacional, firmado en julio del 2002. Esta política cuya finalidad es la de asegurar el “Acceso Universal a los Servicios de Salud y a la Seguridad Social”, incluye entre sus objetivos el incremento progresivo del porcentaje del presupuesto del sector salud, la promoción del acceso gratuito y masivo de la población a los servicios públicos de salud y la participación regulada y complementaria del sector privado.

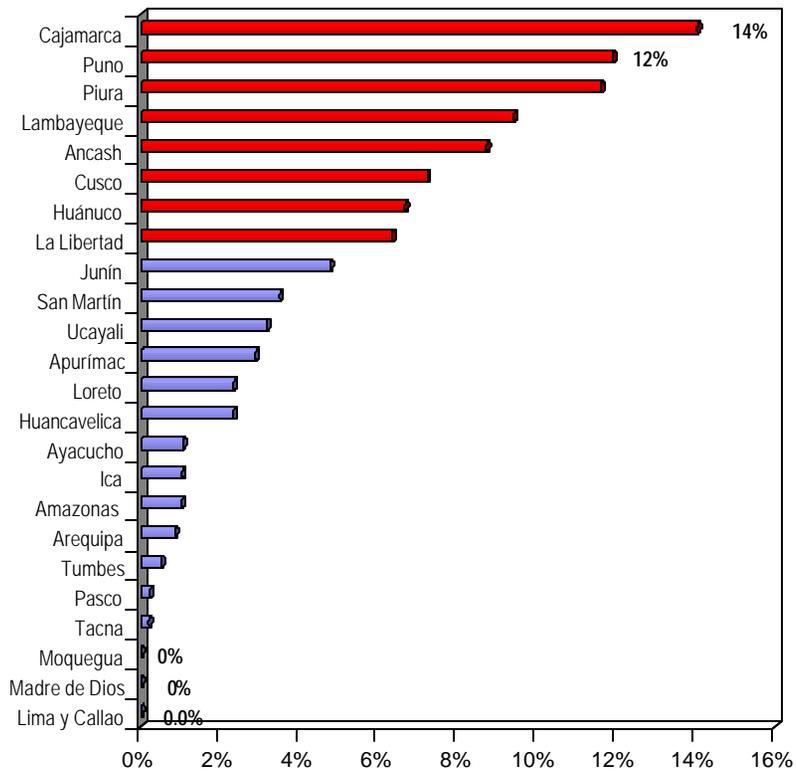
VI.2.2 Restricciones de infraestructura

Se analizan la disponibilidad de camas por habitante y la disponibilidad nacional de hospitales del Ministerio de Salud. Con relación a la variable camas por habitantes, este es un indicador de los servicios de internamiento que hace referencia sobre las capacidades del sistema para responder a la demanda de atención médica así como a los problemas de accesibilidad. Al igual que en el caso del indicador de servicios médicos, los departamentos que registren brecha negativas respecto a un nivel estándar generará

una población excluida equivalente al déficit de camas (en valores absolutos) multiplicado por el valor estándar.

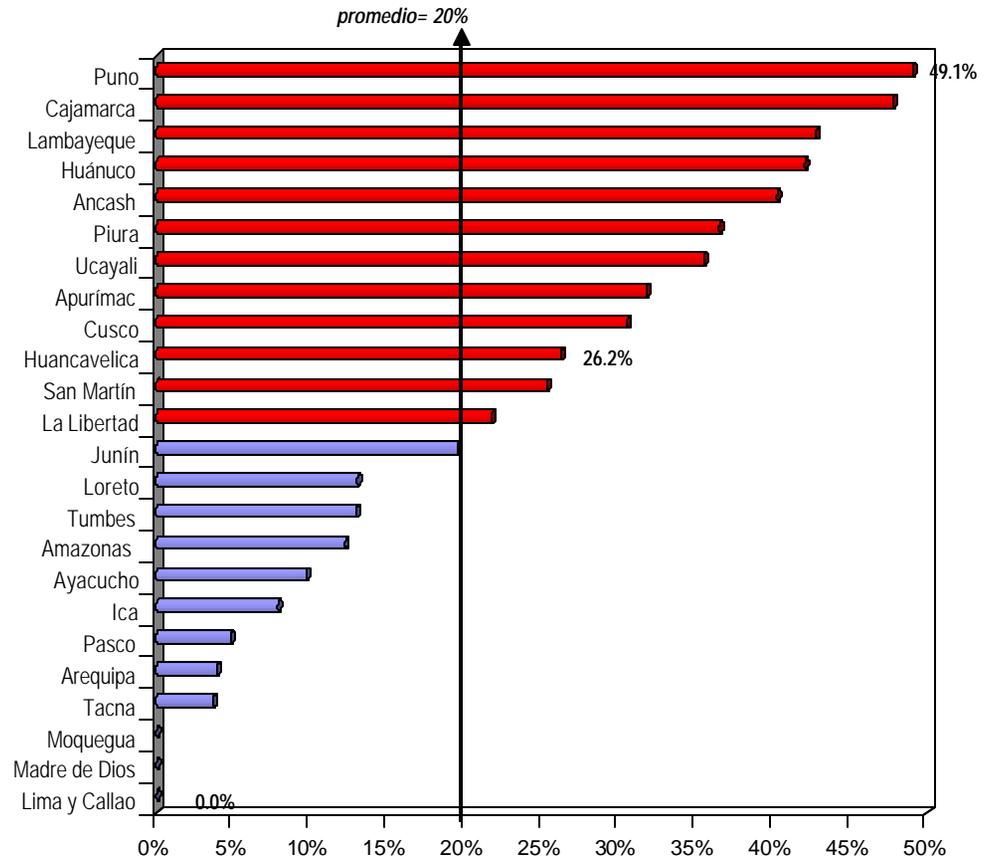
Si bien la OIT y la OPS en sus estudios sobre la dimensión de la exclusión en los países latinoamericanos utilizan un estándar equivalente a 5 camas por 1000 habitantes, en el presente estudio, en reuniones con la Alta Dirección del MINSA, se decidió por un nivel de 2 por mil habitantes (relativamente similar al registrado en Lima que es de 2,3 camas por mil habitantes.) La utilización de este nivel para el caso peruano, se sustenta en los avances tecnológicos ocurridos en las últimas décadas en el campo de la salud y que ha implicado para algunas patologías una disminución en los periodos medios de internamiento y por lo tanto, una elevación en la tasa de rotación hospitalaria.

Gráfica 14
Distribución de la población con déficit de camas
 (en porcentajes)



Fuente: Dirección General de Estadística del MINSA

Gráfica 15
Porcentaje de población con déficit de camas



Fuente: Dirección General de Estadística del MINSA

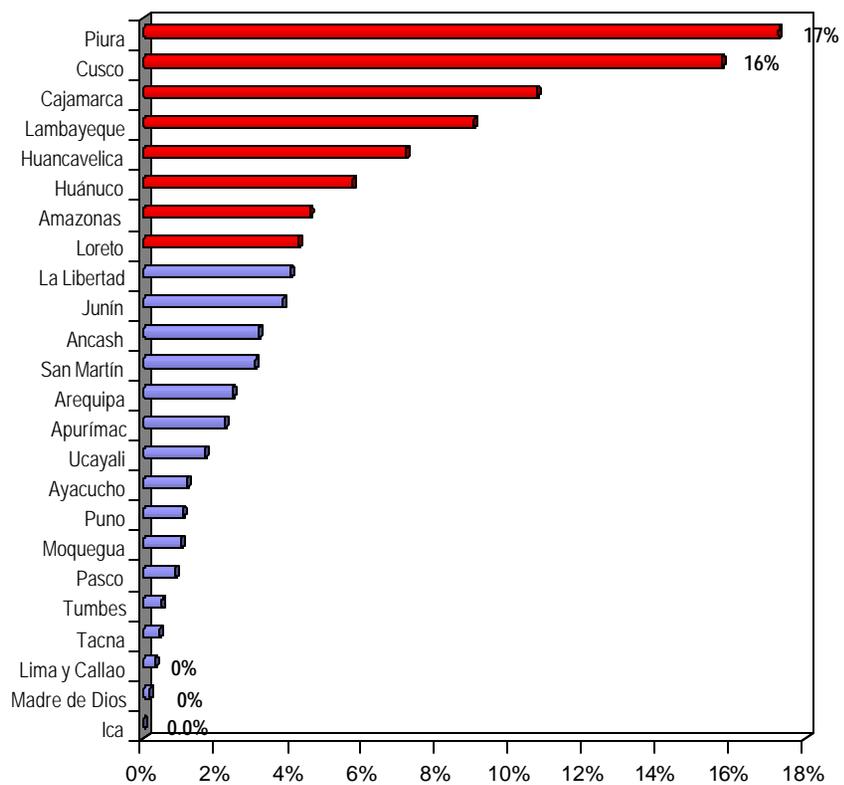
Utilizando la información proporcionada por la Oficina General de Estadística del Ministerio de Salud de la distribución de las camas por provincias, se observa que a nivel del país el número de camas por cada mil habitantes es de 1,77, nivel cercano al estándar definido. Sin embargo, al igual que en el caso anterior, se observa que los recursos físicos no están distribuidos de manera homogénea entre los departamentos (gráfica 14). Así, podemos clasificar a los departamentos en tres grandes grupos:

- a. Los deficitarios, que corresponden a los departamentos de Cajamarca, Puno, Lambayeque, Huanuco, Ancash, Ucayali, Piura y Apurímac.
- b. Los de oferta adecuada, que son Tumbes, Loreto, Amazonas, Ayacucho, Ica, Puno, Arequipa y Tacna ; y
- c. Los que registran sobreoferta, tales como los departamentos de Lima, Madre de Dios, Moquegua, Arequipa y Tacna.

Extendiendo la problemática deficitaria de los servicios de internamiento a un nivel poblacional y haciendo abstracción de los problemas de accesibilidad geográfica, se estima que la población con riesgo de exclusión por esta fuente asciende a 5,1 millones, concentrándose el 70% de este total en los departamentos de Cajamarca, Puno, Piura, Lambayeque, Ancash, Cusco y Huanuco (gráfica 15). Cabe señalar que un mejor estimado de este indicador se podría obtener de contar información de la distribución de las camas según áreas urbanas y rurales.

Analizando la distribución de establecimientos de salud, se observa que existe una mayor oferta de centros y puestos disponible en la mayoría de provincias del país, las cuales ofrecen servicios de atención primaria. Sin embargo, la oferta hospitalaria es más limitada geográficamente. Por lo tanto, esta carencia puede generar en la población que no cuenta de una protección social una nueva forma de exclusión, al no contar con posibilidad de acceso a una atención de tercer nivel en un hospital del Ministerio de Salud.

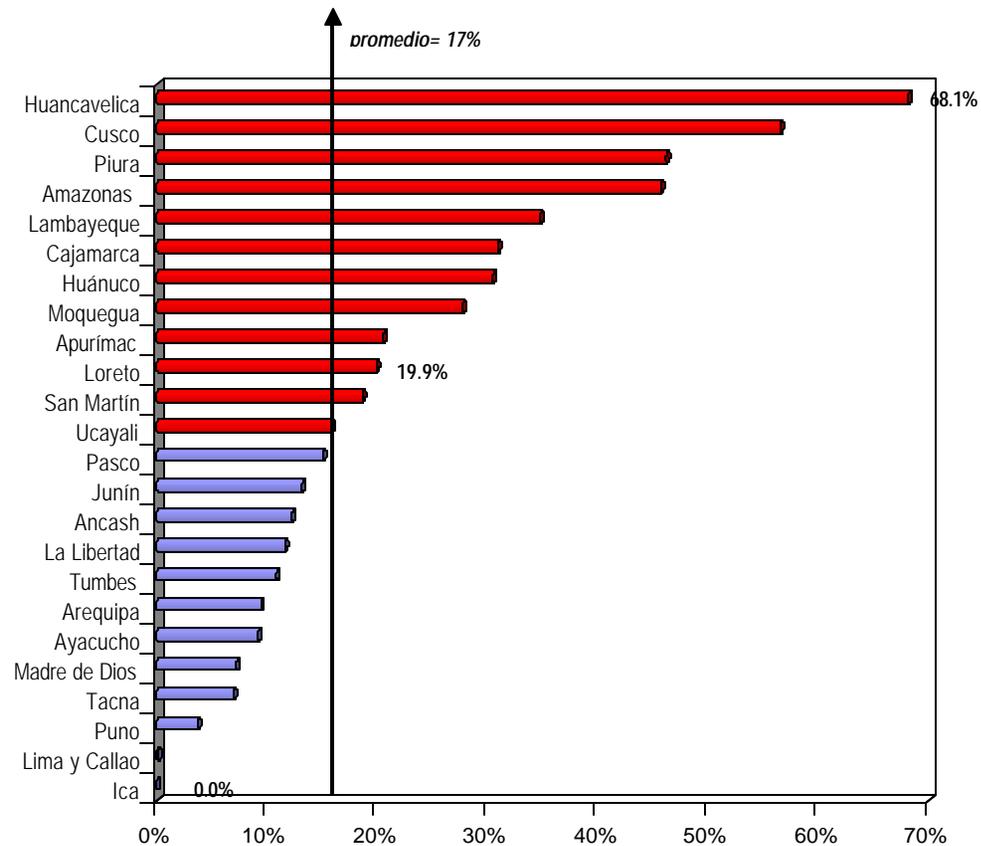
Gráfica 16
Distribución de la población excluida atención III nivel
(en porcentajes)



Fuente: Dirección General de Estadística del MINSA

Gráfica 17

Porcentaje de población excluida de la atención de III nivel



Fuente: Dirección General de Estadística del MINSA

Por lo tanto, un indicador que se aproxime a esta fuente de exclusión estaría dado por la población que no cuenta en la provincia de residencia con instalaciones hospitalarias operativas del MINSA. Cabe señalar, que este indicador es una forma alternativa de medir por el lado de la oferta la exclusión por barreras de acceso geográfico, ya que las poblaciones que registran los mayores tiempos de recorrido hacia un establecimiento de salud reflejan carencia de instalaciones sanitarias en sus zonas de residencia.

La población excluida de las atenciones de tercer nivel se estima en un nivel de 4,3 millones de personas, según las informaciones de oferta proporcionada por la Oficina General de Estadísticas del MINSA. Este nivel población excluida representa el 16,8% del total de la población, del cual un 70% está concentrada en 7 departamentos: Piura, Cusco, Cajamarca, Lambayeque, Huancavelica, Huanuco y Amazonas (gráfica 16).

El análisis de la severidad del fenómeno de la exclusión (análisis relativo) muestra que la exclusión de las atenciones de tercer nivel es un problema crítico en 4 departamentos del país, con porcentaje de exclusión superior al 45%. Estos departamentos son en orden de importancia Huancavelica, Cusco, Piura y Amazonas. Por otro lado, los departamentos que no registran problemas significativos de infraestructura hospitalaria son Lima, Ica, Tacna, Puno y Madre de Dios (gráfica 17).

VI.2.3 Restricciones de recursos humanos

Respecto a los servicios médicos, se evaluará si los departamentos cumplen con tener una oferta de médicos adecuada para responder a las necesidades de la población, de forma tal que no generen obstáculos estructurales para la atención médica. Los departamentos que no satisfagan esta condición serán aquellos que tenga una oferta de médica por debajo de la norma (1 médico por mil habitantes) generando una población excluida equivalente al déficit de médicos multiplicado por el nivel estándar.

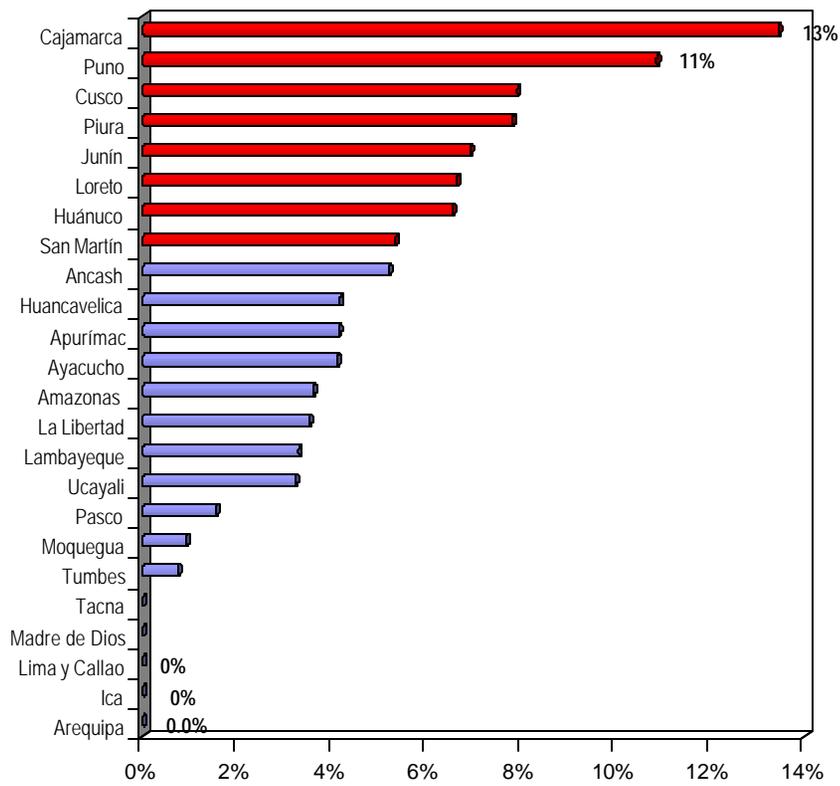
Utilizando la información proporcionada por la Oficina General de Estadística del Ministerio de Salud de la distribución de médicos por provincias, se observa que a nivel del país no existe déficit de médicos, sin embargo se observa que los recursos humanos no están distribuidos de manera homogénea entre los departamentos, afectando

principalmente a los departamentos más pobres de la Sierra (la relación médicos por habitantes entre la costa y la sierra es de 2:1)

Así, los departamentos que registran los mayores déficits de médicos (análisis relativo) son Huancavelica, Cajamarca, Apurímac, Puno, Amazonas, Huanuco, San Martín, Ayacucho, Loreto, Cuzco y Puno. Cabe resaltar, que los departamentos de Arequipa, Ica, Lima, Madre de Dios y Tacna, son los departamentos que muestran una situación de sobre oferta.

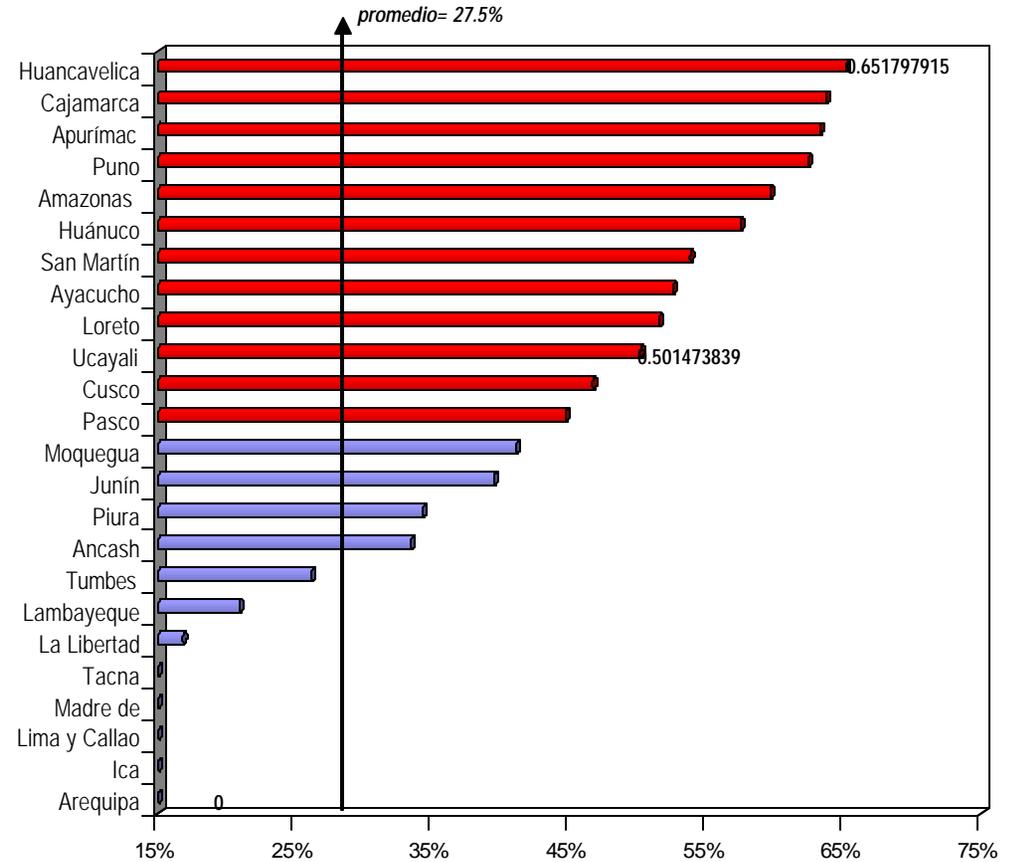
Extendiendo la problemática deficitaria de los servicios médicos a un nivel poblacional, se estima que la población con riesgo de exclusión por esta fuente asciende a 7,1 millones, concentrándose el 60% de este total en los departamentos de Cajamarca, Puno, Cusco, Piura, Junín, Loreto y Huanuco (gráficas 18 y 19).

Gráfica 18
Distribución de la población con déficit de médicos
(en porcentajes)



Fuente: Dirección General de Estadística del MINSA

Gráfica 19
Porcentaje de población con déficit de médicos



Fuente: Dirección General de Estadística del MINSA

Un aspecto limitativo de este análisis es que los resultados están condicionados a la definición del nivel estándar de médicos que se utilice. Cabe señalar, que esta referencia es variable a un país y según la literatura depende fundamentalmente del grado de cobertura existente, el tipo de segmentación o fragmentación del sistema de salud, entre otros. Así, en una economía con inversiones elevadas en salud pública y que se distribuye de manera eficiente, puede requerir estándares menores a los que pudiera necesitar un país con escasa cobertura y bajos nivel de gasto público en salud, como es el caso peruano. Por lo tanto, es probable presumir que estos niveles de población excluida puedan estar subestimados. Por otro lado, no se cuenta de información de la distribución de médicos por zonas rurales y urbanas, lo cual tiende a sesgar hacia abajo los niveles de población excluida.

VI.2.4 Restricciones de procesos

VI.2.4.1 Restricciones suministros esenciales

El proceso productivo de los servicios de salud hace referencia a la cadena de actividades involucradas en la producción de los servicios de atención, la cual será aproximada mediante indicadores de producción de servicios preventivos y curativos que reflejan el perfil del sistema de salud, en términos de suministros directos e indirectos.

Los indicadores de suministros directos que se van a utilizar para la evaluación de los procesos productivos son:

1. *Los partos atendidos por personal capacitado*, definido por el porcentaje de nacimientos registrados en establecimientos institucionales de salud y/o que contó con la asistencia de personal de salud habilitado para estos efectos.
2. *La brecha en la cobertura de inmunizaciones*, entendida como el porcentaje de niños que cumplieron con todo el ciclo de vacunación durante el primer año de nacido, considerándose la fase inicial la vacuna BCG y la fase final la vacuna contra el sarampión.
3. Número de embarazos con controles prenatales adecuados a la norma
4. Indicador de satisfacción de los servicios de atención por parte de los usuarios de los servicios de salud.

Los indicadores seleccionados tratan de identificar fallas estructurales en la atención primaria que pudieran reflejar o generar problemas de exclusión. Si bien los tres primeros indicadores están inscritos en el ámbito de la salud materno-infantil, sus resultados pueden utilizarse para inferir los alcances de la exclusión a un nivel de la población nacional. La racionalidad de ello, es que estos tipos de prestaciones son esencialmente básicos, y una madre gestante que no se controla adecuadamente o no concurre a un establecimiento institucional para la atención de su parto, o una madre que no participa de los planes de vacunación es una mujer que sufre de exclusión, cualquiera sea su causa.

De lo anterior se asume que dichas madres excluidas, se encuentran insertas en una comunidad, coexistiendo con otras personas con las mismas restricciones que impiden evitar atenderse sus problemas de salud dentro del sistema. En este sentido, se puede asumir que el porcentaje de partos no institucionales, la tasa de abandono en los programas de inmunización o el porcentaje de madres gestantes que no tienen adecuados controles prenatales, pueden trasladarse a la población global a fin de determinar el volumen de población correspondiente que se encuentra excluida a un nivel nacional.

En el caso específico del indicador de partos no institucionales, la extrapolación del fenómeno de la exclusión a un nivel de la población global se ha obtenido a partir del ajuste del porcentaje de partos no institucionales por el tamaño del hogar medio y la tasa de fecundidad de la población no asegurada, el cual constituye un grupo específico de exclusión. Los principales resultados se muestran en los cuadros 22 y 23.

A partir de la información de la ENDES, se estima que el 48% de los partos no son realizados por profesionales especializados, registrándose tasas superiores a los 60% de los partos en los departamentos de Huancavelica, Puno, Cajamarca, Amazonas, Huanuco, Ancash, Cusco y Loreto. En términos de niveles de población excluida, se estima que este problema afecta al 33% de la población (8,9 millones), de los cuales un

70% de ella se halla concentrado en los departamentos de Cajamarca, Puno, Lima, Cusco, Ancash, La Libertad, Huánuco, Junín y Loreto¹².

Con relación al indicador de tasa de abandono de los programas de vacunación, la extrapolación del fenómeno de la exclusión a un nivel de la población global se ha obtenido a partir del ajuste del porcentaje de abandono por el tamaño del hogar medio y el porcentaje de niños en edad de recibir vacunas al interior de la población no asegurada.

A partir de la información de la ENDES, se estima que, pese a las campañas masivas de vacunación que realiza el MINSA de manera periódica, el 28% de los niños recién nacidos no culminan con el ciclo de vacunación. Los departamentos que registran tasas superiores al nivel promedio son Pasco, Ayacucho, Huánuco, Huancavelica, Amazonas, Loreto y Cajamarca. En términos de niveles de población excluida, se estima que este problema afecta al 20% de la población (5,6 millones), de los cuales un 50% de ella se halla concentrado en los departamentos de Lima, Cajamarca, La Libertad, Puno, Cusco, Huánuco y Loreto.

¹² Dicho indicador se calculó utilizando la información de la ENNIV obteniéndose un nivel significativamente inferior (1,2 millones). Esta diferencia es atribuible a que la muestra de mujeres encuestadas no es estadísticamente significativa.

Cuadro 22

Indicadores de exclusión de la protección social y de los servicios de salud: de procesos
(en número de personas)

Departamento	Suministro de servicios directos			
	% Partos no institucionales	Exclusión expandido a población total ^{1/}	Tasa de abandono Plan de vacunación	Exclusión expandido a población total ^{2/}
Amazonas	73%	297.398	35%	144.249
Ancash	62%	595.568	25%	243.796
Apurímac	51%	213.664	27%	112.976
Arequipa	21%	174.353	26%	224.210
Ayacucho	53%	234.298	41%	182.215
Cajamarca	78%	1'002.813	32%	407.466
Cusco	61%	662.486	29%	316.564
Huancavelica	80%	331.451	40%	165.749
Huánuco	72%	540.498	40%	303.646
Ica	8%	37.894	20%	100.083
Junín	54%	536.469	25%	250.871
La Libertad	48%	569.181	29%	340.499
Lambayeque	43%	386.194	26%	235.783
Lima y Callao	13%	818.942	22%	1'391.198
Loreto	60%	533.646	32%	282.960
Madre de Dios	25%	23.606	28%	26.315
Moquegua	16%	19.166	17%	19.421
Pasco	49%	113.483	42%	96.371
Piura	37%	470.620	15%	197.051
Puno	79%	829.551	31%	325.426
San Martín	54%	323.518	21%	126.260
Tacna	18%	38.732	15%	31.643
Tumbes	14%	23.475	10%	16.893
Ucayali	54%	198.474	27%	101.016
Total País	48%	8'975.480	28%	5'642.662

1/ Ajustado por la tasa de fecundidad de la población no asegurada y el tamaño medio del hogar

2/ Ajustado por el porcentaje de niños en edad de vacunación de la población no asegurada y el tamaño medio del hogar

Fuente: ENDES

Cuadro 23

Indicadores de exclusión de la protección social y de los servicios de salud: de estructura (como porcentaje de la población del departamento)

Departamento	Suministro de servicios directos			
	% Partos no institucionales	Exclusión expandido a población total ^{1/}	Tasa de abandono Plan de vacunación	Exclusión expandido a población total ^{2/}
Amazonas	73%	68.7%	35%	33.3%
Ancash	62%	53.4%	25%	21.8%
Apurímac	51%	45.5%	27%	24.0%
Arequipa	21%	15.6%	26%	20.0%
Ayacucho	53%	41.8%	41%	32.5%
Cajamarca	78%	66.3%	32%	26.9%
Cusco	61%	54.4%	29%	26.0%
Huancavelica	80%	72.2%	40%	36.1%
Huánuco	72%	66.2%	40%	37.2%
Ica	8%	5.5%	20%	14.6%
Junín	54%	42.7%	25%	20.0%
La Libertad	48%	37.9%	29%	22.7%
Lambayeque	43%	34.1%	26%	20.8%
Lima y Callao	13%	9.6%	22%	16.3%
Loreto	60%	57.7%	32%	30.6%
Madre de Dios	25%	22.7%	28%	25.3%
Moquegua	16%	11.9%	17%	12.1%
Pasco	49%	42.4%	42%	36.0%
Piura	37%	28.8%	15%	12.0%
Puno	79%	66.4%	31%	26.0%
San Martín	54%	45.4%	21%	17.7%
Tacna	18%	13.2%	15%	10.8%
Tumbes	14%	11.6%	10%	8.3%
Ucayali	54%	43.0%	27%	21.9%
Total País	48%	33.3%	28%	20.9%

1/ Ajustado por la tasa de fecundidad de la población no asegurada y el tamaño medio del hogar

2/ Ajustado por el porcentaje de niños en edad de vacunación de la población no asegurada y el tamaño medio del hogar

Fuente: ENDES

Al igual que el indicador de partos no institucionales, el porcentaje de madres gestantes que tuvieron controles prenatales por debajo de la norma se expandió a la población total, ajustando dicho porcentaje por el tamaño medio del hogar y la tasa de fecundidad de la población no asegurada. Utilizando la información de la ENNIV 2000, se obtuvo que 6,2 millones calificarían como población excluida, representando el 24% de la población total. Cabe señalar, que este resultado así como su distribución a un nivel nacional habría que tomarla de manera referencial, debido al tamaño muestral poco significativo de madres embarazadas recogidas en la encuesta.

El cuarto indicador utilizado para evaluar los procesos productivos es el referido al índice de satisfacción de los usuarios, el cual considera la percepción de los usuarios respecto a la calidad de la atención del personal médico, del servicio de atención y el tiempo de espera. Dicho indicador es empleado en el presente trabajo con el propósito de medir riesgos de autoexclusión atribuible a un mal servicio, ya sea por razones de errores en el diagnóstico, utilización de insumos poco apropiados, maltrato del personal médico y administrativo, carencia de equipamiento, entre otras.

Cabe señalar que la relación entre calidad de servicios y demanda es un tema teórico y poco estudiado para el caso peruano. En este sentido se desconoce cuál es la sensibilidad de demanda de la población que se declarara insatisfecha, en qué porcentaje reorienta su demanda hacia otro establecimiento y cuánto deciden excluirse del sistema. En este contexto, el presente trabajo define a la población con riesgo de autoexclusión por problemas de calidad como aquel usuario que enfrenta situaciones extremas de atención que lo obligan a separarse del sistema. Esta situación extrema es definida de manera operativa como aquella en que el usuario reporta no estar satisfecho ni con la atención del personal médico, ni con la calidad del servicio ni con el tiempo de espera (tiempo medio superior a la hora).

Con base a la información de la ENNIV, la población insatisfecha con riesgos de autoexclusión por problemas de calidad estimada representa el 11% de la población (2,6 millones de usuarios), registrando las zonas de la costa y la sierra rural los índices de riesgos de exclusión más altos (14 y 15 % de la población total, respectivamente.) En términos de volumen, las zonas que concentran los mayores niveles potenciales de exclusión son Lima y la zona de la sierra rural (cuadro 24).

Cuadro 24
Indicadores de insatisfacción de los usuarios de salud

Dominio	Porcentaje de población insatisfecha: usuarios de servicios de salud				
	Atención	Calidad del Servicio	Tiempo medio de espera	Población totalmente insatisfecha	% de población
Lima Metropolitana	23%	30%	42.9	795.579	11%
Costa Urbana	28%	38%	59.9	332.363	7%
Costa Rural	29%	40%	43.8	187.083	14%
Sierra Urbana	38%	49%	45.8	331.712	10%
Sierra Rural	36%	53%	26.0	834.132	15%
Selva Urbana	29%	39%	53.6	130.651	8%
Selva Rural	29%	33%	26.1	157.891	9%
Perú	30%	40%	43.0	2'611.521	11%

1/ Referido a la población que se encuentra en situación extrema de insatisfacción. Es decir, que no se encuentra satisfecha de la calidad del servicio de salud ni con la atención del médico y el tiempo de espera.

Fuente: ENNIV 2000

VI.3 Índice compuesto de exclusión y perfil de los excluidos

Tal como se señaló en el capítulo V, se ha construido un índice compuesto de exclusión, el cual es un indicador que pretende incorporar las interacciones entre las diferentes fuentes de exclusión así como las restricciones conjuntas que enfrentan los individuos para acceder a los servicios de salud. Este indicador es construido como una combinación lineal de las diferentes fuentes de exclusión, y revela el riesgo individual de exclusión.

Las ventajas de esta metodología son múltiples. En primer lugar, identifica la contribución relativa de cada factor de exclusión en el riesgo individual de exclusión, lo que es importante para priorizar y orientar las estrategias de extensión de la protección a ser aplicadas. En segundo lugar, ordena espacialmente a la población y la estratifica según los riesgos de exclusión e identifica las zonas geográficas más afectadas. Ello es fundamental, para definir los requerimientos financieros para ejecutar las EPSS y establecer criterios eficientes de asignación a nivel departamental.

Para el cálculo del índice se utilizaron los siguientes indicadores categóricos: (1) población pobre, (2) población asegurada, (3) población rural, (4) población no

asalariada e informal, (5) población perteneciente a minorías étnicas, (6) población según género, (7) departamento con déficit de camas, (8) departamento con déficit de médicos, (9) provincias sin infraestructura hospitalaria del MINSA, (10) departamentos con problemas críticos de partos institucionales, (11) departamentos con problemas críticos de abandono del plan de inmunización, (12) personas con carencia de servicio de agua (13) personas con carencias de servicio de desagüe y (14) personas con carencia de servicio de electricidad.

La utilización de las técnicas de categorías óptimas (“optimal scaling”) y componentes principales permitió asignar (a) puntuaciones a cada una de las categorías y (c) ponderaciones a cada una de las variables incluidas en el cálculo del índice, representando esta última la contribución relativa de cada fuente de exclusión en el riesgo individual de exclusión. En este sentido, para cada individuo se calculó un índice compuesto a partir de la suma ponderada de cada una de las puntuaciones obtenidas en cada variable.

Para el cálculo del índice se trabajó con la información de la ENAHO y se complementó con la información de la ENDES (partos e inmunizaciones) y de la Oficina General de Estadística del MINSA (déficit de médicos, camas e infraestructura del MINSA).

La estimación del índice compuesto de exclusión reporta los siguientes resultados (Cuadro 25):

1.-El problema de la exclusión en la protección social en salud tiene en Perú una base fuertemente externa al sistema de salud. Los factores externos al sistema de salud, explican el 54% del riesgo de exclusión. Los factores de pobreza (13%)¹³, la condición rural de parte de sus habitantes (16%), seguidos muy de cerca por la falta de servicios públicos de saneamiento y electricidad en la vivienda (13%), y en menor medida por la discriminación étnica (7%) explican la barrera externa.

¹³ La baja ponderación de la variable aseguramiento de salud puede estar reflejando la alta correlación entre esta variable y la condición de pobreza del individuo, por lo que parte de este efecto puede estar siendo absorbido por la variable situación de pobreza.

Los factores vinculados a la dimensión interna al sistema de salud dan cuenta del 46%, resaltan las variables referidas a procesos como el suministro de servicios esenciales de salud, tales como partos no institucionales y controles de embarazo por debajo de la norma, las cuales explican el 16% y 12% del valor del índice de exclusión, respectivamente¹⁴.

Cuadro 25
Descomposición del Índice de exclusión

Variable	Peso relativo en el índice de exclusión
	Perú
Pobreza	13%
Aseguramiento de salud	3%
Area geográfica	16%
PEA	2%
Discriminación étnica	7%
Genero	n.d.
Suministro de agua	5%
Servicios sanitarias	3%
Electricidad	5%
Disponibilidad de establec. públicos de III nivel	6%
Médicos por 1000 habitantes	7%
Camas por 1000 habitantes	5%
% de partos no institucionales	15%
% de controles embarazo debajo de norma	13%
Abandono de vacunas	n.v.
Calidad	n.v.
Total	100%
Resumen:	
Barreras de entrada	54%
Económicos	16%
Geográficas	16%
Laborales	2%
Étnicas	7%
Suministros servicios públicos	14%
Internas al sistema de salud	46%
Estructura	19%
Suministros de servicios	27%
n.v= no válido	

¹⁴ Así como la variable de aseguramiento en salud del individuo tiene bajo peso debido a su alta asociación negativa con su condición de pobreza (a mayor nivel de pobreza menor aseguramiento), es posible que la variable de calidad de los servicios en salud esté descartada del índice por su asociación con la condición rural de la vivienda del individuo.

2.- Existen un 10% de la población (2,59 millones) que se encuentran totalmente excluida del sistema de salud, (cuadro 26) debido a que registran niveles críticos de riesgos¹⁵.

Cuadro 26
Distribución de la población nacional según condiciones de riesgo de exclusión

Categoría de riesgo	Perú
<i>En términos relativos</i>	
Severo	9.6%
Alto	30.1%
Medio	29.6%
Bajo	30.7%
Total	100.0%
<i>En términos absolutos</i>	
Severo	2,590,379
Alto	8,101,260
Medio	7,979,437
Bajo	8,268,237
Total	26,939,313

3.- Clasificando a los departamentos según el grado de severidad de riesgo de su población, se ha podido distinguir tres grandes grupos (Cuadro 27) :

- a. Los departamentos con alto nivel de riesgo, registrando porcentaje de población con niveles severos y altos superior a 80%. En este grupo se encuentran los departamentos de la sierra sur, tales como Huancavelica, Huánuco, Cajamarca, Ayacucho, Cuzco, Apurímac, Puno y los departamentos localizados en la selva como Amazonas, Loreto, San Martín y Ucayali.
- b. Los departamentos con nivel de riesgo medio, registrando porcentaje de población concentrados en los niveles moderados y altos. En este grupo se encuentran mayoritariamente representado por los departamentos de la costa, tales como Ancash, La Libertad, Lambayeque, Moquegua, Piura, Tacna y Tumbes, y los departamentos de la Sierra como Junín, Pasco y Madre de Dios.

¹⁵ Los umbrales para clasificar a la población según niveles de riesgos fueron estimados utilizando la técnica de clusters.

- c. Los departamentos con nivel bajo de riesgo, registrando porcentaje de población concentrados entre los niveles bajos y moderados. A este grupo pertenecen los departamentos de Lima, Arequipa e Ica.

Cuadro 27
Perú: Clasificación departamental según severidad del riesgo de exclusión
(en porcentajes)

Departamento	Población con Riesgo de exclusión:				Categoría de riesgo del departamento
	<i>Severo</i>	<i>Alto</i>	<i>Medio</i>	<i>Bajo</i>	
Huancavelica	76.1%	23.9%	0.0%	0.0%	Severo
Huanuco	48.9%	41.7%	9.3%	0.0%	Alto
Cajamarca	40.3%	47.1%	12.6%	0.0%	Alto
Ayacucho	30.2%	64.4%	5.4%	0.0%	Alto
Cusco	29.8%	60.0%	10.2%	0.0%	Alto
Apurimac	26.1%	65.6%	8.3%	0.0%	Alto
Puno	23.4%	76.6%	0.0%	0.0%	Alto
Amazonas	19.5%	71.7%	8.8%	0.0%	Alto
Ancash	16.9%	47.6%	35.5%	0.0%	Moderado
Arequipa	0.0%	4.5%	41.0%	54.5%	Bajo
Ica	0.0%	1.3%	56.0%	42.6%	Bajo
Junin	0.0%	28.9%	71.1%	0.0%	Moderado
La Libertad	0.0%	18.9%	81.1%	0.0%	Moderado
Lambayeque	0.0%	25.8%	74.2%	0.0%	Moderado
Lima	0.0%	0.2%	14.1%	85.7%	Bajo
Loreto	0.0%	99.9%	0.1%	0.0%	Alto
Madre de Dios	0.0%	0.6%	99.4%	0.0%	Moderado
Moquegua	0.0%	1.0%	99.0%	0.0%	Moderado
Pasco	0.0%	53.7%	46.3%	0.0%	Moderado
Piura	0.0%	41.4%	58.6%	0.0%	Moderado
San Martin	0.0%	81.6%	18.4%	0.0%	Alto
Tacna	0.0%	0.0%	93.6%	6.4%	Moderado
Tumbes	0.0%	0.0%	89.7%	10.3%	Moderado
Ucayali	0.0%	74.3%	25.7%	0.0%	Alto
Perú	9.6%	30.1%	29.6%	30.7%	Moderado

4.-Perfil del excluido (cuadro 28): La población con alto riesgo de exclusión está compuesta básicamente por población pobre (87%) que reside en zonas rurales (80%) y forman parte de la fuerza laboral no asalariada (68%.) En términos etáreos, la población con alto riesgo de exclusión se ubica en el rango de edad de 17-45 años (71%). Este resultado es consistente con la hipótesis que la población independiente en edad de trabajar tiene un costo de oportunidad y económico de reportarse enfermo y por lo tanto se hallan incentivados a reprimir la demanda por servicios de salud.

Por otro lado, este grupo de riesgo está compuesto por escaso grado de instrucción (74%) reflejando problemas culturales para acceder a los servicios de salud (i.e. problema de reconocimiento de diagnóstico.) Finalmente, cabe resaltar, que no se observa ninguna diferenciación a un nivel de género. El fenómeno de la exclusión afecta de manera indiscriminada a hombres y mujeres (50% de cada género.)

Cuadro 28
Perfil de la población excluida

Indicador	Categoría	Composición de población con riesgo alto		
		Urbano	Area Rural	Perú
Sexo	% de hombres	50%	50%	50%
Zona geográfica	% de población rural			80%
Pobreza	% de pobres	89%	87%	87%
PEA	% de PEA No asalariada + dependientes sin contrato	67%	68%	68%
Nivel de educación	Sin ningún grado	21%	20%	21%
	Primaria	53%	52%	53%
	Secundaria	21%	24%	21%
	Universitaria	6%	4%	5%
Edad	Menores de 5 años	11%	12%	10%
	Entre 5-17 años	31%	36%	31%
	Entre 18-45 años	37%	35%	40%
	Entre 45 y 65 años	14%	12%	14%
	Mayor de 65 años	6%	5%	6%
Cobertura de seguro	% de no asegurados	62%	70%	58%

Indicadores de demanda de servicios de salud	Tasa de asistencia			
	Población alto riesgo	42%	34%	38%
	Población bajo riesgo	80%	66%	73%
	Gasto de bolsillo			
	Población alto riesgo	2.20%	2.00%	2.00%
	Población bajo riesgo	3.11%	3.40%	3.20%

Fuente: ENAHO 2001

VII ESTRATEGIAS IMPLEMENTADAS Y PERCEPCIÓN DE LA POBLACIÓN

En el presente estudio, las fuentes de información secundaria han sido utilizadas para cuantificar y estimar cuántos son los excluidos además se ha hecho un perfil de los mismos con base a medir la probabilidad de que una persona este excluida. De aquí en adelante, se presenta los resultados de seis entrevistas semi estructuradas a personas que actualmente conducen diferentes iniciativas orientadas a aumentar la protección social en salud como metodología de aproximación a conocer las estrategias que se vienen implementando y el desarrollo de cinco grupos focales como metodología para conocer la percepción de la población sobre el tema de protección social.

Después de utilizar estos métodos de calidad, aumentan las posibilidades de una mejor interpretación de los resultados de la medición cuantitativa, es más, puede dar líneas de revisión para levantar mejores encuestas cuantitativas.

VII.1 Entrevistas semi estructuradas

Las características de la Entrevista Semi-estructurada han sido contar con preguntas elaboradas con anticipación. No necesariamente se siguió el orden de las preguntas en forma exacta. En algunos casos, se modificó y añadió preguntas durante la entrevista. Las respuestas del entrevistado podían hacer pensar en nuevas preguntas. Se trató de conseguir algunos documentos para la precisión de las cifras.

Dado que la entrevista semi-estructurada puede tomar mucho tiempo (por ejemplo, más de una hora) no es aplicable a un gran número de personas, en este caso se aplicaron a seis personas. A continuación se menciona a las personas entrevistadas:

1. Prof. CPC Sr. Moisés Acuña, Jefe del Seguro Integral de Salud (SIS).
2. Soc. Sra. Carmela Vildoso, Vice- Ministra de Trabajo.
3. Eco. Pablo Concha Valencia, Eco. Manuel Chávez Monroy, y la Dra. Alix Huerta de la Gerencia de Seguros de EsSalud
4. Soc. Sra. Rosario Mauriz, Coordinadora Nacional de la Mesa de Salud Integral (Mesa Nacional de Lucha contra la Pobreza).
5. Dr. Asencio Quintana, Instituto Nacional de Medicina física y Rehabilitación
6. Sra. Julia Rivera, Responsable de Salud en ONG -Alternativa

VII.2. Grupos focales

El Grupo focal o “focus groups” es una metodología cualitativa que involucra un cuidadoso plan de discusión con los participantes quienes tienen ciertas características comunes. La persona que conduce busca obtener percepciones de un área o interés definido en un ambiente relajado y confortable. Dentro del tema de interés se puede sub-dividir la discusión en los llamados ejes de discusión.

Lo que se mide u obtiene son las percepciones, los sentimientos y la forma de pensar de los participantes con una experiencia similar con relación al tema. Los tópicos de discusión son previamente determinados y la secuencia se define de acuerdo a la situación, las preguntas que se realizan son abiertas, lógicas y en el nivel de comprensión de los participantes. Se requiere un moderador y un asistente para la toma de notas.

El análisis del focus group involucra el uso de palabras o términos, el tono, el contexto el comportamiento no verbalizado, la consistencia interna, la especificidad de las respuestas y grandes ideas. La estrategia de reducción de los datos consiste en el análisis de la información para delinear tendencias y patrones de comportamiento que están ocurriendo.

Se desarrollaron cinco grupos focales, los ejes temáticos fueron: Acceso a servicios de salud, percepción de la calidad de los servicios y discusión sobre la propuesta de aseguramiento universal. No hubo grabación de sonido, sin embargo, se registraron notas minuciosas en cada sesión y el análisis detallado así como la transcripción de las notas se

presenta en el Anexo de los Grupos focales. Cada sesión tuvo una duración aproximada de dos horas y treinta minutos.

VII.3 Guía de la sesión

Ejes	Temas de interés	Preguntas
Acceso	Conocer los grados de acceso a servicios de salud de los participantes por nivel de atención	<p>1. ¿Cómo resuelve actualmente los requerimientos de atención de salud de usted o su familia?</p> <p><i>Sondeo:</i> <i>Si requiere vacunas, CRED o control pre-natal</i> <i>Si requiere tratamiento ambulatorio: MINSA, Parroquia, Farmacia, Curandero.</i> <i>Análisis de laboratorio y Rayos X</i> <i>Hospitalización</i> <i>Cirugía</i> <i>Una atención de emergencia, accedente, caída.</i> <i>¿Dónde van en cada caso?</i> <i>¿Qué tiempo les toma llegar?</i> <i>¿Resuelven el problema?</i> <i>Alguna dimensión sobre lo que les cuesta</i></p> <p>2. ¿Adquiere los medicamentos que le indican?</p> <p><i>Sondeo:</i> <i>¿Completos? ¿dónde? ¿Cuánto le cuesta? ¿qué deja de comprar o sacrifica para adquirir los medicamentos?</i></p> <p>3. ¿Cuáles son los problemas de atención que le afectan más?</p>
Calidad	Conocer la percepción sobre la calidad de los servicios de los participantes	<p>4. ¿Cómo describiría que es una prestación de servicio de salud con calidad?</p> <p><i>Sondeo:</i> <i>Qué cosas aprecian más en la prestación de un servicio</i></p> <p>5. ¿De acuerdo a lo anterior como cree que son los servicios de salud que ha visitado?</p> <p><i>Sondeo:</i> <i>Efectividad en el tratamiento</i> <i>Disponibilidad de medicinas /costo</i> <i>Satisfacción con trato, tiempo, comunicación</i> <i>Condiciones de local: facilidad de llegar, comodidad, limpieza, servicios de lab, rayos X disponibles</i></p> <p>6. ¿Qué debería hacer los proveedores para que se sintiera más a gusto?</p>
Aseguramiento	Conocer la experiencia con algún tipo de aseguramiento en salud, el interés por algún tipo de aseguramiento y disponibilidad a pagar de los participantes.	<p>7. ¿Cómo ha sido (si hubo) la experiencia que tuvieron con algún tipo de aseguramiento?</p> <p><i>Sondeo:</i> <i>ESSALUD (potestativo o no) SEG, SMI, SIS, SOAT otras formas de micro seguros en salud.</i></p> <p>8. ¿Cuáles son los servicios más importantes que desearían estuvieran cubiertos por un seguro de salud? <i>Sondeo:</i> <i>Tipo de servicios, Seguro de salud familiar o individual</i></p> <p>9. ¿Cree usted que el seguro de salud debería ser obligatorio y que la población debería contribuir a través de su remuneración o a través de sus compras?</p> <p><i>Sondeo:</i> <i>Cuánto y cómo podría contribuir (valores absolutos y respecto a presupuesto familiar)</i> <i>Período de pago: diario, semanal, quincenal, mensual, en cada venta</i></p>

VII4 Participantes

Grupo de personas	Características del grupo
Grupo focal 1: Estibadores del Mercado Mayorista 1	7 participantes, todos varones aproximadamente entre 20 a 34 años de edad, pertenecientes a los gremios de Limón, Cebollas, Granos verdes y Tubérculos. La organización agrupa a 200 personas de las cuales mantienen el seguro facultativo 6 o 7 (cada una voluntariamente paga directamente a ESSALUD), las demás personas dejaron de cotizar por que no encuentran beneficios en estar asegurados de la forma como actualmente es el servicio. Si los servicios mejoran si hay una disposición a asegurarse, mientras tanto prefieren usar los servicios privados para tratamiento ambulatorio y en última instancia el MINSA
Grupo focal 2: Estibadores del Mercado Mayorista 2	9 participantes, todos varones aproximadamente entre 19 y 50 años de edad, son estibadores de fruta. La organización agrupa a 140 personas. Han perdido la vigencia de su seguro facultativo hace dos meses por problemas administrativos (actualización de lista de trabajadores) se encuentran en gestiones para que ESSALUD los reintegre. La valoración que este grupo otorga al hecho de contar con un seguro es importante porque tienen agremiados que fueron y siguen siendo beneficiados por el seguro social. La dirigencia hace la recaudación a sus agremiados de manera obligatoria, este grupo considera que es importante seguir manteniendo el pago al seguro aún a pesar de que quejas en la atención ambulatoria
Grupo focal 3: Microempresarios	10 participantes 6 mujeres y 4 varones. No se indago por las edades, pero aproximadamente van de 30 a 50 años. Están organizados en razón de los requerimientos para el acceso a micro crédito DECO, pertenecen a ramas de repostería, venta de plásticos, zapatería, restaurantes, especerías y otros. Este grupo no cuenta con seguro social o de salud. Existe muy buena disposición a pagar por estar asegurado siempre y cuando se garantice la calidad de atención, principalmente reclaman por la reducción en tiempo de espera y efectividad del tratamiento.
Grupo focal 4: Campesinos Ronderos	17 participantes, todos varones mayores de edad, representantes regionales de los ronderos del país. Los participantes pertenecen a distritos diferentes de Puno, Piura, Cajamarca, Ancash. Los ronderos son líderes campesinos en sus comunidades que brindan servicios de seguridad, traslados de emergencias médicas, primeros auxilios y eventualmente atenciones de parto. Ellos tienen convenio de atención de salud con los establecimientos del MINSA como contraprestación de sus servicios, pero este beneficio no alcanza a sus familias ni al resto de la población para quienes las tarifas que cobran los establecimientos según revelan hacen prohibitivo el uso del servicio.
Grupo focal 5: Miembros de la Federación de Residentes e Instituciones de Huaccana y Anexos- Apurímac en el Callao (FRIDA)	8 participantes, seis varones y dos damas aproximadamente entre 20 a 60 años de edad, pertenecientes a la Federación de Residentes e Instituciones de Huaccana y Anexos- Apurímac en el Callao. La federación agrupa a 200 familias residentes en el Callao pero mantienen vínculos estrechos con familiares que viven en un distrito de Apurímac, se han asociado libremente para poder apoyarlos desde Lima. Entre ellos hay tres comerciantes, un pensionista, una ama de casa, un estudiante, un obrero, una auxiliar de enfermería. Cuatro de ellos se atienden en EsSalud. Las demás personas prefieren usar los servicios privados para tratamiento ambulatorio y el MINSA. Si los

VII.5 Análisis de la información ejes temáticos

Acceso

El problema tiene matices dependiendo del grupo, en un esfuerzo de abstracción la información que se deriva de los focus groups apoya la idea de un tratamiento del tema de manera diferenciada:

En el área urbana, los establecimientos existen, están cerca y aparentemente no hay problema de acceso geográfico. Aquí el problema es más de acceso económico y efectividad del tratamiento.

En cuanto al acceso económico, es posible derivar que un sistema de tarifas diferenciadas podría operar muy bien, por ejemplo el grupo de microempresarios, cuyo costo de oportunidad de su tiempo es más alto, tiene disposición a pagar y está dispuesto a pagar más por calidad (reducción de tiempo de espera y efectividad del tratamiento). Incluso culturalmente, existe la concepción de que el servicio gratuito es por ende malo. En cambio, hay otros grupos que si consideran que las tarifas de los establecimientos MINSA son una verdadera barrera para el acceso. Lo anterior configura un contexto favorable a la segmentación del mercado con ganancias de eficiencia y equidad simultáneamente, el mismo que tiene como premisa mejorar la efectividad del tratamiento o el nivel de efectividad en resolver los problemas de salud. Ganancia de eficiencia porque el sistema recibe mas recursos de aquellos que tienen mayor capacidad de pago (costos de oportunidad de su tiempo más alto) y ofrece tarifas subsidiadas a aquellos que tienen menor capacidad de pago.

Calidad

Un elemento constante es que la atención preventiva, sobre todo el cumplimiento con el rol de vacunación y control del niño sano, funciona y en general funciona bien. No obstante, hay un común acuerdo de que los servicios no son necesariamente efectivos para resolver un problema de salud con excepción de las cirugías de ESSALUD, la percepción de los participantes sobre el tratamiento ambulatorio es que muy pocas veces resuelve el problema. Las razones que argumentan es que los médicos no están lo

suficientemente informados de los problemas, se equivocan en el diagnóstico, se equivocan en el tratamiento, los medicamentos no son efectivos, se receta lo mismo. Aquí los usuarios perciben un desperdicio de recursos en el hecho de que los servicios existen pero no resuelven el problema.

Eficiencia

Un elemento a recatar es la mención de la existencia de los puestos y centros de salud cercanos a la casa, pero que no se perciben como buenos y se dejan de usar para llevarlos al hospital de referencia. El Ministerio tendría que evaluar la necesidad de generar un sistema de referencia y contra-referencia efectivo que permita un uso más eficiente de la red de establecimientos de primer nivel o alternatively el cierre de algunos puestos y centros urbanos que en el año hayan tenido un reducido número de usuarios.

Aseguramiento

Haciendo un análisis de b que percibe la gente como deseable, sin considerar por un momento, las restricciones institucionales que se tienen, aparentemente la población resolvería el problema de la siguiente forma:

VII.6. Esquema sugerido

Aseguramiento universal y obligatorio

Todos contribuyen de acuerdo a su capacidad de pago. Los que no tienen un descuento por planilla, están organizados de alguna forma: asociación de trabajadores, de residentes, etc. Son estas organizaciones las que cobran y pagan a ESSALUD, son estas organizaciones las que definen las sanciones por no cotizar.

Cobertura homogénea en servicios y grupo de edad (no solo niños y gestantes).

La atención del primer nivel se realiza en el MINSA solo puestos y centros de salud

La atención curativa ambulatoria y atención de partos en hospitales de apoyo. Los centros de salud son considerados inseguros para las atenciones de parto. En área urbana la población siempre buscará un hospital.

La atención curativa más compleja y las cirugías en Hospitales de ESSALUD.

Sobre la disponibilidad a pagar

Existe muy buena disposición a pagar por los servicios, incluso la disposición a pagar sería mayor en los grupos con menor capacidad de pago (por ejemplo, campesinos y estibadores) dado que los actuales niveles de gasto en salud son altos y en un evento de enfermedad, venden sus activos o se endeudan en las peores condiciones por la urgencia de liquidez. En este contexto, es urgente orientar los recursos públicos a financiar el aseguramiento de la población con menor capacidad de pago y organizar un sistema eficiente para la recaudación de primas con base a las organizaciones de trabajadores independientes que ya existen.

La mayor disponibilidad a pagar tiene dos razones, la racionalidad económica implícita (personal o familiar) respecto a las ventajas de un seguro de salud y un elemento "cultural" y común a todos los grupos, de que si el servicio es gratuito, más temprano que tarde será malo o simplemente solo un nombre o etiqueta. Lo anterior se explica también por una racionalidad económica (social) implícita, hay convicción de que no habría sostenibilidad financiera si no se contribuye, porque el Estado no tiene más recursos que el dinero de su propia población. Así el SEG, SMI o SIS resuelve su propio equilibrio financiero de manera discrecional en cada establecimiento, trasladando costos al usuario y/o racionando la atención a libre criterio de cada trabajador de salud o equipo en el establecimiento.

Dependiendo del grupo el rango en cifras absolutas que estarían en disposición a pagar es de S/.30 a S/.120 por un seguro familiar. Dicho monto se pagaría según la frecuencia más conveniente a sus organizaciones, para que esta haga el pago mensual a ESSALUD.

VIII. ESTRATEGIAS IMPLEMENTADAS

Matriz de análisis de tres estrategias implementadas en el sector salud en el Perú para reducir la exclusión en salud durante los últimos 10 años

Estrategia implementada	Características Generales	Población objetivo
Seguro Escolar Gratuito (SEG)	<p>Inicio: 1,997 Fin: 2001 Área de influencia: Nacional Financiamiento: Tesoro Publico, Origen de la iniciativa: Presidente Fujimori lanza la iniciativa, la cual es desarrollada por el MINSA, recibiendo el soporte necesario, ya que se le asigna una alta prioridad política durante su gobierno. Inversión de Enero a Julio 2001 US\$: 13,263,956¹⁶</p> <p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Garantizar acceso a la atención integral en Salud de la población escolar, a través de la Red Pública del MINSA. • Ampliar la cobertura de atención y garantizar el acceso de la población escolar de menos recursos a los servicios de salud ofertados por el MINSA. 	<p>Población de 4 a 17 años. Criterio de priorización: Población pobre o no pobre que este matriculada en alguna entidad estatal sin ningún tipo de distinción.</p>

¹⁶ Oficina de Informática y Estadística –USIS (tipo de cambio 3.50 soles)

Logros:

- Empoderamiento a través de una masiva difusión y reconocimiento como derecho-habiente de la población.
- Ampliamente difundido sobretodo en el área urbana.
- Crecimiento sostenido de la cobertura SEG de 6% en 1997 a 79% en el 2000¹⁷.
- Incremento de población con acceso a un seguro. Según la Encuesta Nacional de Niveles de Vida (ENNIV 1997) el 23.5 % de la población tenía algún seguro, para el 2000 representaba el 43%¹⁸.
- Incremento del volumen de atenciones. Durante el primer año de su funcionamiento cubrió un 6% de su población objetivo y en el año 2000 llegó a cubrir el 79% de la misma¹⁹.
- Población con niveles altos de satisfacción con la atención²⁰
- Se basó en el uso intensivo y extensivo de la infraestructura pública existente.
- Mejoró la capacidad resolutive de los establecimientos de primer nivel del MINSA
- Introdujo mejoras en los Sistemas de Información y en el soporte tecnológico
- Mejoró la administración financiera, logrando una mayor eficiencia en el manejo de los reembolsos
- Adopción inicial de protocolos de atención
- Fortalecimiento del Sistema de Referencia y contrarreferencia
- Es posible que contribuyera a disminuir los niveles de deserción escolar.
- Seguro Integral de Salud, usa actualmente la infraestructura técnica y administrativa a nivel nacional del SEG.

¹⁷ idem. cit.1

¹⁸ Encuesta de Demografía y Salud - ENDES 2000

¹⁹ Evaluación del Seguro Escolar Gratuito y del Seguro Materno Infantil – Informe Final -Instituto Apoyo, Setiembre 2002

²⁰ Idem cit. 3.

Dificultades/ Deficiencias:

- Insuficiencia de Recursos Humanos calificados para su implementación.
- En un inicio hubo rechazo del personal asistencial dado el incremento de actividades burocráticas (llenado de formatos)
- Conflicto entre Ministerio de Salud y Ministerio de Educación durante el primer año por la dirección y propiedad del Programa.
- Falta de adecuados mecanismos de coordinación. Inadecuada interacción con Seguro Materno Infantil.
- Manejo burocrático ocasionó demoras en pagos perjudicando a Hospitales.
- Manejo vertical, dada la forma como se monitoreo el Programa desde la Presidencia, (relación directa Director del Programa y Presidente)
- Centralización en toma de decisiones
- No se desarrollaron mecanismos de control comunitario.
- Se desaprovecharon formas de organización comunitarias como asociaciones de padres de familia, Vaso de Leche, u otras organizaciones para incentivar uso de los seguros y ejercer control social.
- No fue adecuadamente difundida en el medio rural. ENNIV 2000 reporta desconocimiento de la existencia del Programa en el área rural.
- Barreras para el acceso: económicas por costos de transporte y perdidas de ingresos; geográficas, lejanía de centros de atención; culturales a nivel de idioma y prácticas en salud; administrativas , periodos vacacionales, fines de semana) estas últimas fueron resueltas paulatinamente.
- Cobertura no garantizada sobretodo en lo referente a medicinas.
- Duplicación del carácter de derecho- habiente con población beneficiaria de la Seguridad Social.
- Deficiencias en focalización , el 56.8% de la población que no reporta ningún seguro pertenece al área rural, el 45.2% de la población que reporta al SEG, se encuentra entre los niveles de ingreso mas pobres, el 13.7% se encuentra entre los deciles mas ricos²¹.
- Por definición excluye a los niños que por falta de recursos no son matriculados, que son precisamente los mas pobres.
- Evidenció la necesidad de establecer con anterioridad a la prestación de servicios Acuerdos de Gestión, además de tener una adecuada estructura de costos.

²¹ Financiamiento en Salud – Margarita Petreña en la **Salud Peruana en el Siglo XXI**- Julio 2002

Estrategia implementada	Características Generales	Población objetivo
<p>Programa Salud Básica para todos (PSBT)</p>	<p>Año inicio : 1994 Fin: 2001 Área de Influencia: Nacional Financiamiento: Tesoro público. Origen de la iniciativa: En 1994 nace como parte del Programa de Focalización del Gasto Social Básico, el cual fue una iniciativa del Ministerio de Economía y Finanzas, que tenía por objeto proporcionar los servicios básicos en Salud, Educación, Nutrición y Justicia. En el año 95 como parte de su estrategia de integración al sector salud, cambia su denominación al de Programa Salud Básica para Todos Inversión total: US. \$ 317 millones</p> <p>Objetivos: Se trazó objetivos, como Componente del Gasto Social Básico, como Programa y como parte del sector salud, los cuales se resumen en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lograr cambios sustantivos en la capacidad de gestión y en el manejo de recursos especialmente en el primer nivel por parte del Sector Salud, a través de la ampliación de la cobertura de atención, recuperación de infraestructura y desarrollo de capacidades del personal . • Mejorar las condiciones de vida y la recuperación paulatina de la salud de la población de las zonas seleccionadas a través de: <ul style="list-style-type: none"> ➤ La ampliación de la cobertura de atención y asistencia en el primer nivel ➤ Recuperar capacidad operativa de establecimientos incorporándolos al programa. ➤ Asegurar acceso universal a un Paquete Básico* de carácter preventivo promocional. ➤ Atención suplementaria y medica adicional a grupos de mayor riesgo, priorizando niños menores de cinco años y madres gestantes. 	<p>Población pobre, priorizando población rural Criterios de priorización: zonas de mayor pobreza, perfil epidemiológico, indicadores negativos de los programas nacionales, acceso, emergencias, estrategias de repoblamiento.</p>

Logros :

- Cambio sustantivo en la capacidad de gestión y en el manejo de recursos por parte del sector salud
- Optimización de los servicios del primer nivel de atención, entre 1994 y 1997 incorporó 5,029 establecimientos de salud de primer nivel²².
- Extensión de cobertura de atención en el primer nivel, al inicio de programa la consulta en centros y puestos de salud representaba el 8.7%. al año 2000 había crecido al 18.8 %²³
- Mejoramiento de la productividad, a través de una mayor disponibilidad de factores de producción., recuperación de infraestructura, actividades preventivas, ampliación de horarios, etc.
- Asignación presupuestal priorizó a los departamentos mas pobres, avanzando en la instrumentalización de la focalización geográfica y el uso de Sistemas focalizados locales²⁴.
- Favoreció empoderamiento de la población a través de la elaboración de Planes Locales de Salud y su participación en los Comités Locales de Administración en Salud CLAS.
- Se implementó un Modelo de Atención en zonas de alta dispersión poblacional a través de la formación de Brigadas itinerantes y el incremento del trabajo extra mural.
- Control eficiente de gastos y presupuesto y comunicación permanente sobre avances con la Alta dirección del Ministerio de Economía y Finanzas y MINSA, mejoró calidad del gasto, los fondos no utilizados eran revertidos, estandarización de procesos administrativo presupuestales
- Se avanzó en el trabajo intercultural, flexibilidad con las practicas en salud de la población.
- Adecuado soporte tecnológico tanto para control estricto de gastos como para evaluación y monitoreo y facilitación de tareas del personal asistencial.
- Implementación de un Modelo de Monitoreo Regional, lo que ha permitido la mejora en el cumplimiento de las metas fijadas.²⁵
- Se convirtió en la base de lo que luego fue el Programa de Administración de Acuerdos de Gestión PAAG (actualmente vigente 2003)

²² Memoria 1994 – 1,997 Programa Salud Básica para Todos - MINSA

²³ Distribución consulta institucional – en Financiamiento en Salud – Margarita Petretera

²⁴ Entrevista al Dr. Danilo Fernández – Coordinador Nacional del PSBT

²⁵ idem. Cit. 8

	<p>Dificultades /Deficiencias :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cultura Pública existente, herramienta de cambio fueron los Acuerdos de Gestión. • Inercia Institucional, insuficiente infraestructura material y humana • No se llegó a sistematizar experiencias desarrolladas como asignación de presupuestos, definición de costos y tarifas, etc.
--	---

Paquete Básico del PSBT:

Con esta denominación se define al conjunto de intervenciones y servicios de salud que se brindan a través de los puestos y centros de salud de todo el país, para el niño, la mujer, la madre gestante y el adulto.

Para todos:

- Vacunación Antirrábica; tratamiento de mordeduras de canes y animales ponzoñosos
- Sangre segura
- Acceso a sal yodada

Para el niño:

- Atención del recién nacido y detección de sífilis
- Control del crecimiento y desarrollo
- Inmunizaciones
- Salud bucal: Profilaxis con flúor, detección, obturación y extracción
- Detección de sintomáticos respiratorios
- Tratamiento de casos de tuberculosis
- Prevención y manejo adecuado de enfermedades diarreicas e infecciones respiratorias agudas.
- Prevención, vigilancia, detección de caries, manejo de casos y contactos por enfermedades de importancia epidemiológica.

- Prevención y atención del maltrato infantil

Para la mujer:

- Detección precoz y referencia del cáncer de mama y del cuello uterino.
- Detección temprana del embarazo; orientación e información.
- Manejo adecuado de las infecciones ginecológicas.
- Vacunación antitetánica.
- Métodos de planificación familiar

Para la gestante:

- Control Pre-natal (Información, orientación, riesgo obstétrico, complicaciones y deficiencias.
- Parto seguro
- Control del puerperio
- Salud Bucal: Eliminación de placa bacteriana, detección de caries, obturación y extracción.

Para el adulto y adolescente:

- Prevención y orientación nutricional.
- Prevención, información y referencia de alcoholismo, drogadicción y enfermedades crónicas y de la tercera edad.
- Salud bucal: Eliminación de placa bacteriana, detección de caries, obturación y extracción.
- Detección de sintomáticos respiratorios y manejo de casos de TBC.
- Prevención, detección y manejo de ETS y SIDA.
- Información, orientación y consejería sobre planificación familiar y sexualidad.
- Prevención, vigilancia, detección y manejo de casos y contactos por enfermedades de importancia epidemiológica.

Estrategia implementada	Características Generales	Población objetivo
ESSALUD - Seguro Potestativo	<p>Año inicio : 1998 (Essalud Independiente) Ampliado 2000 (Esencial, ampliado y completo a nivel personal y familiar. En total reestructuración actualmente) Área de influencia: Nacional Financiamiento: Aportes de los asegurados, subsidios cruzados dentro del Seguro Social US \$ 657,143 aproximadamente al año²⁶</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajadores y profesionales independientes mayores de 18 años de edad de niveles socio-económicos B y C (de un rango de A a D, en donde A es de mayores ingresos y D son pobres sin empleo).
	<p>Objetivos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Facilitar acceso de población trabajadora de segmentos B y C a la red de centros asistenciales de ESSALUD a nivel nacional, sin afectar el régimen general. • Elevar el nivel de calidad de vida de la población • Ampliar cobertura de prestaciones de seguridad social. • Mejorar calidad de prestaciones • Tener una adecuada estructura y control de de costos 	
	<p>Logros:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incremento de población asegurada en el 99, la población asegurada llegaba a 6,612²⁷, en el 2001, se elevó a 6,974 hubo un incremento de 2.9 % (escaso nivel de logro en dos años de implementación) • Se amplió la cobertura de 25.9% en 1999 a 26.5 en el 2001²⁸ • Evaluación de costos de atención. • Uso mayor de infraestructura 	

²⁶ Entrevista a Funcionarios de ESSALUD en Caracterización de la Población excluida de la Protección Social en Salud en el Perú – Rocío Mosqueira

²⁷ Memora Anual ESSALUD 1999

²⁸ Memorias Anuales ESSALUD 2000 -2001

Dificultades /Deficiencias :²⁹

- Difícil administración diferenciada
- Selección adversa (alto número de pacientes nuevos inscritos con enfermedades crónicas catastróficas)
- Altos ratios de siniestralidad.
- Sobre costos directos e indirectos
- Aportes heterogéneos y discontinuos.
- No se implementó el Sistema de cuenta individual y de reembolso supervisado.
- Muchos asegurados por no cumplir con sus aportes mensuales perdieron su derecho a atención en algún periodo.
- Falta de información coherente, administración fragmentada.
- Vigencia de un modelo de administración basado en partidas por objeto de gasto
- Suspensión de seguros por falta de financiamiento (universitario)

²⁹ La información para este ítem se ha tomado de el Estudio Seguro Potestativo Plan Único – Equipo Central Multiareas Enero 2002

IX. CONSIDERACIONES FINALES

Se ha arribado a las siguiente consideraciones finales:

1. En el Perú, un poco más de la mitad de sus habitantes vive en condición de pobreza. A esta característica muy vinculada a una parcial e informal incorporación de la población en edad de trabajar en el mercado laboral, se agregan patrones multi étnicos y culturales excluyentes.

2. Se identifica que las políticas de Protección Social, y en Salud específicamente, no han tenido el nivel de políticas de Estado. La importancia de desarrollar una política de Estado radica en su capacidad de dar estabilidad a una propuesta, de manera que logre modificar los marcos institucionales e introducir incentivos y mecanismos regulatorios efectivos en los mercados³⁰, promoviendo de esta manera mecanismos de inclusión social.

3. En una economía en la cual el mercado laboral absorbe con plenos derechos sólo al 25% de su población, el resto toma la forma de empleo independiente en unidades pequeñas de producción. Se requiere desarrollar políticas complementarias en dos direcciones: a) Crear incentivos para la inversión en el marco de la descentralización económica, política y social, proceso que está siendo implementado desde noviembre de 2002. b) Incrementar la productividad de las unidades pequeñas de producción vía el desarrollo de los mercados de crédito, acceso a capacitación, y especialmente incentivos al eslabonamiento entre la pequeña, la mediana, la gran empresa y el Estado.

4. Para incrementar el Capital Humano, fundamental en el proceso de inclusión social, se requiere ampliar la oferta de bienes públicos (infraestructura, educación, salud y nutrición) con estrategias sostenibles y que garanticen su eficiencia.

5. Teniendo en cuenta el crecimiento del empleo independiente en el Perú, su informalización general y la ausencia de mecanismos eficaces para incorporar a dicha

30 Las políticas de creación de mercados no deberían confundirse con las políticas de liberalización de mercados. Estas últimas asumen que el mercado se encuentra ya establecido. Esta confusión es lo que ha ocurrido en el Perú la década de los noventa.

población en esquemas de aseguramiento en salud, se hace conveniente repensar dichos esquemas. Para ello, se debería desarrollar una política de inclusión masiva, buscando mecanismos innovadores que permitan canalizar hacia un seguro solidario, el ahorro y una parte del gasto de bolsillo en salud que efectúan los grupos de población informales con alguna capacidad de pago. Ello requiere, además, garantizar las primas de la población pobre con financiamiento público.

6. El estudio muestra la existencia de disposición por parte de los grupos excluidos a incorporarse a un esquema de aseguramiento público en salud. Los grupos focales efectuados evidenciaron que buena parte de esta población estaría dispuesta a efectuar un pago anticipado diferenciado según ingresos, a cambio de una garantía de acceso a servicios integrales de salud de calidad (oportunidad en la atención y efectividad de los tratamientos)

7. La medición de la exclusión social en salud en el Perú³¹, indica que el perfil de la población excluida se corresponde con la pobreza (87%), residencia en zonas rurales (80%) e inserción en la fuerza laboral no asalariada (68%). En términos de edad, la población con alto riesgo de exclusión se ubica en el rango de edad de 17-45 años (71%). Adicionalmente, este grupo de riesgo está compuesto por escaso grado de instrucción (74%) Una alta proporción de la población indígena (andina y amazónica), cumple todos los criterios anteriores de exclusión social en salud.

8. La población excluida en el Perú accede limitada y tardíamente a los servicios de salud, debido a los siguientes factores a) baja percepción del derecho a la salud y a su estado de salud; b) los bajos niveles de calidad y trato percibidos por los usuarios, y c) costo de oportunidad de reportarse enfermo y asistir al servicio de salud;. Por lo tanto, este grupo se halla incentivado a reprimir su demanda por servicios de salud. En este sentido, los resultados estadísticos del procesamiento de las encuestas de consumo de hogares subestiman el problema de exclusión social en salud. Por esta razón se ha realizado una estimación econométrica para cuantificar el problema.

³¹ Los hallazgos de este estudio son consistentes con aquellos de investigaciones anteriores (MINSA-OPS 1999)

8. El análisis estadístico evidencia diferencias de acceso a los servicios de salud por género, sugiriendo patrones discriminatorios. En el análisis cualitativo a través de los grupos focales, las mujeres, sobre todo las que son madres, declararon reprimir su demanda por servicios de salud.

9. Finalmente, el análisis sugiere que el problema de exclusión tiene que ser enfrentado simultáneamente desde una perspectiva nacional y sectorial sistémica. Dicha perspectiva implica actuar en los mercados básicos (laboral, seguros, crédito), desarrollar la institucionalidad política (políticas de Estado en contexto descentralizado) y la promoción de los derechos ciudadanos y los valores culturales. En cada caso, es importante fortalecer las capacidades de los sujetos sociales menos favorecidos. Una política de información (Cuentas Nacionales de Salud, rendición de cuentas) y de sensibilización acerca de los niveles actuales de financiamiento y gasto en salud es una pieza clave para el diseño de una política de Estado consensuada (a través de un diálogo social) entre los principales agentes económicos y sociales para universalizar la protección social en salud en el país.

Bibliografía

1. Organización Panamericana de la Salud. **Proyecciones de Financiamiento de la Atención de la Salud 2002 - 2006**. Julio 2002, Lima - Perú.
2. OPS- ASDI. **Taller Proyecto Extensión de la Proyección Social en Salud (EPSS)**. Noviembre 2002, Tegucigalpa.
3. Rosemberg Hernán and Peña Martha, ISSA, AISS, IVSS. **Dimensions of Exclusion from Social Protection en Health in Latin America and the Caribbean**. Sepetember 2002
4. Grawtkin. D.R. Health inequalities and the health of the poor: What do we know? What can we do?. **Bulletin of the World Health Organization**. 2000
5. Couttlenc Bernard F. Oficina Internacional del Trabajo. **Estudio Empírico sobre la Exclusión Social en salud en Brasil"** . Julio 2002.
6. Oficina de Informática y Estadística. Ministerio de Salud. **Seguro Integral de Salud. Estadísticas a Setiembre 2002**. Documento de Trabajo. Octubre 2002. Lima-Perú.
7. Ministerio de Salud, Oficina General de Epidemiología. **Bases para el Análisis de la Situación de Salud Perú 2002**. Julio 2002, Lima Perú.
8. **Ministerio de Salud Publica y Asistencia Social - Guatemala. Protección Social en Salud**. Guatemala. Enero, 2002, Guatemala.
9. Programa de Organización y Gestión de Servicios de Salud - División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud. **Protección Social en Salud - Protocolo de Investigación**. Washington D.C. 2001.
10. Ministerio de Salud, Dirección Regional de Salud Ucayali, Organización Panamericana de la Salud. **Experiencia de Salud Integral en Comunidades Indígenas Tahuania - Ucayali**. 2002 Ucayali, Perú.
11. Oficina General de Planificación (MINSA), Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud, Organización Panamericana de la Salud. **Equidad en la Atención de la Salud Perú 1997**. Abril 1999, Lima - Perú
12. Bolaños Mario, Mora Gustavo. **Protección Social en Salud**. Guatemala. Informe Final. Enero 2002, Guatemala.
13. Rivera Julia, Zegarra Rita. **La participación social en Salud de los trabajadores ambulantes**, Serie Estudios e Investigaciones. Abril 1994, Lima - Perú
14. Ministerio de Salud. Seguro Integral de Salud. Archivo.ppt impreso

15. Comité Multisectorial de Salud del Distrito de Los Olivos. **Seminario Taller Descentralización en Salud Información y debate**. Octubre 2002, Lima - Perú.
16. Hausman, J., y McFadden. 1984. "Specification Tests for the Multinomial Logit Model", *Econométrica* 46, pp. 403-426.
17. Ministerio de Salud. **"Propuesta de política tarifaria para los establecimientos del Ministerio de Salud"** GRADE- Proyecto 2000.