

El Proceso del Sector Salud 1990 - 1995: Colapso Operativo y Reforma Sanitaria Silenciosa*

JUAN ARROYO

Sociólogo salubrista, docente de la Maestría en Salud Pública de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

RESUMEN

Se plantea que el sector salud en el punto más bajo de la crisis, entre 1988 y 1992, ante la omisión del estado y el colapso operativo de los servicios públicos, inició una gran transformación pasiva del sistema sanitario peruano, una reforma sanitaria silenciosa, en que la política de salud real no surgió tanto de dispositivos legales sino como resultante del conflicto y encuentro bastante espontáneo de los actores sanitarios. Luego, a partir de 1993 se pasó a una segunda etapa de lenta recomposición sin rumbo general aún, empezándose a revirar la tendencia de retroceso y descomposición anterior. Pero en ninguna de estas dos etapas se ha detenido la reforma sanitaria silenciosa, que se desarrolla como un proceso de reconfiguración desregulada del sistema sanitario peruano. Nueve grandes cambios ha vivido el sector salud bajo esta modalidad de reforma no sistémica o por acumulación: 1. La reconversión paulatina de los hospitales del MINSA en entidades semi-privadas; 2. La multiplicación de presiones cruzadas sobre la demanda en salud y su resegmentación continua conforme los cambios en la oferta de servicios; 3. La reforma subsectorial del IPSS en el quinquenio 1990-95, una modernización a marcha forzada; 4. La reconstitución del sector gran privado en salud con los seguros privados y sus nuevas modalidades operativas; 5. La emergencia del nuevo subsector privado sin fines de lucro, con la acción de la Iglesia y las ONGs; 6. El cambio en los procesos de trabajo médico y el tránsito último de la crisis de empleo a la ocupación plena; 7. La dualización de la atención médica y el refugio de los sectores desprotegidos en la automedicación y medicina tradicional; 8. La ampliación del financiamiento y de la cooperación externa a partir de 1993; 9. La repotenciación de la red periférica y el despliegue de múltiples iniciativas parciales (Salud Básica para Todos, proyectos y programas, etc.), expresiones de reformas aún sin Reforma.

Palabras claves: Cobertura médica estatal, Servicios - salud, Planeamiento - Salud estatal.

THE HEALTH SECTOR DEVELOPMENT 1990 - 1995. THE OPERATIVE COLLAPSE AND SILENT SANITARY REFORM SUMMARY

We set up that the Health Sector, during the worst period of the crisis between 1988 and 1992, regarding to the government omission as well as the operative collapse of Public Services, started a big passive transformation of the peruvian sanitary system - a silent sanitary reform-, where the actual health policy did not emerge due to legal regulations but as a result of a spontaneous clash of the sanitary plaintiffs. Then, since 1993 a second phase of slow restoring began, but still taking the wrong turning, starting to return toward the preceding recession and chaotic trends. But in neither of these two phases, this silent reform that developed as a disgoverned reform process of the peruvian Sanitary Sistem, has detained. The health sector has gone through nine big changes under this non systemic or accumulative reform: 1) The gradual reconversion of Public Hospitals (Public Health Ministry) into Semi-private Institutions; 2) Multiplication of crossed pressures on health demands and their continual resegmentation according to changes in services supply; 3) The Peruvian Social Security reform during the 1990 - 1995 quinquennium, a forced gear modernization; 4) The reform of the great private sector in health with private insurance with its recent operative modalities; 5) The arousal of a new private subsector as a non-profit making institution as well as the church and NGOs; 6) The change of medical work development and the latter passing from an unemployment crisis to full employmentness; 7) The duality of both, medical care and taking refuge of unprotected population in both, self-medication prescription and traditional medicine; 8) The financial aid and international cooperation rising since 1993; 9) the reinforcement of a peripheral net and the display of several partial initiatives (Basic Health for Everyone, projects and programs), all of them expressions of reform but still without a formal reform.

Key words: State medical coverage, Health services, State health plans.

Correspondencia:

Soc. Juan Arroyo
Av. Grau 755 Lima 1- Perú

* Versión modificada de un informe presentado al MINSA en junio de 1995, dentro de una investigación más amplia sobre la evolución del sector salud y las posibilidades de una reforma sectorial.

El sector salud ha pasado en 1993 a una **nueva etapa de mediano plazo de lenta recomposición sin rumbo general aún**. Ha empezado a revisarse la tendencia de retroceso y descomposición, que primó en la larga etapa 1976-1992 y sobretudo entre 1988 y 1990. El redespigüe del sector sin embargo es hoy muy pausado y focalizado en algunas áreas de iniciativa. Los efectos de la larga etapa de desestructuración siguen siendo lo dominante en el sector y sobretudo en el Ministerio de Salud. La situación general, por tanto, combina el atraso y la renovación, el estancamiento y reformas sin Reforma Sanitaria. Una vez más la yuxtaposición.

Tan prolongada fue la crisis peruana (desde 1975 hasta 1992) que la sociedad reconfiguró todas sus pautas e instituciones normales, incluidas las de salud. En realidad **no hubo una crisis en sentido estricto sino una larga desestructuración**. El concepto de crisis alude a un momento de anudamiento y resolución de las contradicciones pero en el caso peruano hubo un largo periodo de descomposición.

Ello obligó a la sociedad a transformar sus formas normales de reproducción social y estilos de vida. A inicios de los 80 comenzó este proceso con las denominadas estrategias de sobrevivencia, que colectivizaron la reproducción social urbano-marginal como respuesta al repliegue del estado benefactor (guarderías populares, cocinas populares, vaso de leche, comedores populares). Con los años la nueva institucionalidad de emergencia se convirtió en la institucionalidad barrial-popular en el Perú, constituyéndose una red que Aníbal Quijano bautizó como lo privado social. Todas las políticas sociales se replugaron en alguna medida a su retaguardia última, la población misma.

¿Qué pasó en el sector salud en el punto más bajo de la crisis, entre 1988 y 1992? Nuestra tesis es que, mientras las políticas de salud oficiales de esta etapa estuvieron inmersas en la situación sanitaria defensiva originada por la crisis fiscal, el ajuste y la indefinición respecto al modelo de atención futuro, **se procesó una gran transformación pasiva del sistema sanitario peruano, una reforma sanitaria silenciosa**. En otras palabras, más allá de directivas y normas formales, la política de salud real fue la resultante del conflicto y encuentro bastante espontáneo de los actores sanitarios, y ello modificó ya las bases sobre las cuales se deberá hacer la reforma sectorial en salud.

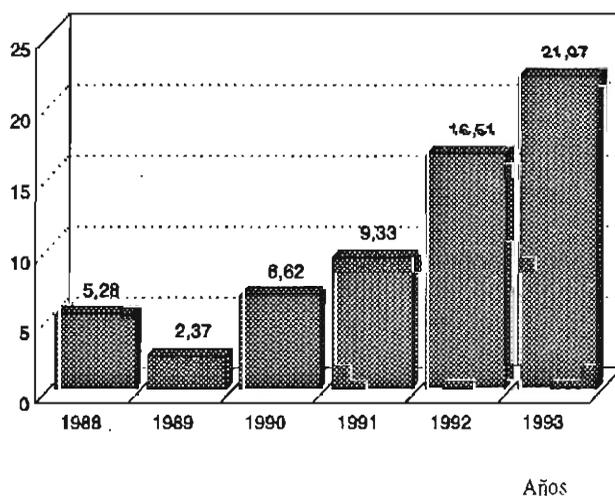
El punto más bajo del sector salud en las tres últimas décadas se vivió entre 1988 y 1990, a finales del gobierno aprista, en el momento de crisis final de las políticas sociales populistas, y en los momentos más duros del ajuste estructural 1990-92. Ello llevó a diferentes actores sociales del sector salud (empresarios de seguros de salud, cuerpos médicos de hospitales, directivos de ONGs, médicos recién egresados, sectores desprotegidos de la población) a procesar en forma silenciosa una transformación del patrón sanitario populista en el Perú, que heredó al presente desde la década de 1960 un sistema de servicios cuyos ejes han venido siendo la intervención estatal como prestador

de servicios, el hospital como escenario central de la atención y el asalaramiento médico en el estado. El estado actuó por omisión. La política social del estado estaba implícita en su distribución de recursos: la restricción presupuestal en salud es también una política de salud.

¿Cuáles han sido los cambios más importantes del sistema sanitario peruano, necesarios de tomarse en cuenta en un proceso de reforma sectorial? Si el sistema de salud es, según la definición de Julio Frenk, la respuesta social a los problemas de salud y no sólo la suma de las instituciones de servicios de salud, se entiende el proceso por el cual la sociedad peruana reconfiguró sus mecanismos de protección social y sanitaria ante la abstención del estado (3). Se procesaron así en este quinquenio 1990-95 nueve grandes cambios, que pasamos a resumir.

Reconversión sin direccionalidad clara de la red hospitalaria del MINSA.

Los hospitales del Ministerio son ya entidades semi-privadas. A partir de 1990 los hospitales del estado se comenzaron a sustentar cada vez más en recursos propios autogenerados (tarifas y clínicas) y no en transferencias del Tesoro Público. El crecimiento del peso de los recursos propios dentro del presupuesto de los hospitales de Lima y del país ha sido vertiginoso en los últimos cuatro años, a diferencia de la década pasada, en que los recursos propios tendieron a disminuir (4). Datos oficiales sobre algunos hospitales de Lima consignan que los recursos propios crecieron entre 1990 y 1993 del 28,1% al 76,5% en el Instituto Nacional del Niño, del 19,1% al 65,7% en el Hospital Arzobispo Loayza y del 27,8% al 79,5% en el Hospital San Bartolomé, en relación a las transferencias del tesoro público (5).



Fuente: Oficina de Planificación del MINSA

Fig. Nº 1.- Recuperación de Costos en el Subsector Público. Lima - Callao 1988-1993

Esto no ha significado, sin embargo, una clara modernización de la red hospitalaria estatal o un paso a otro estilo de gestión radicalmente diferente. La transformación hospitalaria ha sido no sólo parcial sino confusa. Es que la **reconversión no tiene una direccionalidad clara**. Los hospitales tienen más recursos y han implementado mejoras en la infraestructura y equipamiento. Pero no se ha modificado ni el régimen laboral y salarial y la administración hospitalaria carga grandes lastres del pasado. Es más, en vez de diferenciarse el financiamiento y la prestación, principio básico de la reforma, se juntaron ambas funciones a nivel operativo, en los establecimientos de salud ministeriales. De ahí la mezcla de modelos de gestión y culturas institucionales en los establecimientos de salud. De un lado los intereses corporativos y la cultura informal, ávidos de repartirse los nuevos recursos propios. De otro lado los impulsos provenientes de la exposición parcial al mercado que implicaron las tarifas y clínicas privadas en los hospitales: la necesidad de informatización de la administración hospitalaria, la necesidad de estudios de costos, las bonificaciones por productividad en determinadas áreas y funciones, la necesidad de personal más calificado, etc.

Están por estudiarse aún las repercusiones de esta política de recuperación de costos en el segmento de demanda tradicional de los hospitales públicos. Si bien la nueva política de tarifas hospitalarias se la concibió con el fin de exonerar de pagos a pacientes indigentes, no hay aún una evaluación sobre si se ha logrado mantener o aumentar este sector de la demanda o si, por el contrario, se habría producido un desplazamiento de los segmentos socio-sanitarios tradicionalmente atendidos en la red hospitalaria estatal. En forma muy tentativa es posible afirmar que la imposición de tarifas ha reorientado la demanda, probablemente en sentidos diversos. Si bien desde antes investigaciones diversas habían señalado que el subsidio hospitalario estaba mal direccionado, favoreciendo principalmente a capas medias, la reconversión hospitalaria en curso podría haber desprotegido aún más a los grupos pobre e indigente (6).

Presiones cruzadas sobre la demanda en salud: resegmentación en curso de la demanda.

Comparando las cifras sobre tipo de establecimiento demandado provenientes de la Encuesta Nacional de Niveles de Vida de 1985-86, 1991 y 1994 se observa un aumento de la demanda por hospitales públicos (MINSa e IPSS) entre 1985 y 1994 del 30,4% al 37,6 y 38,7% y una disminución de la demanda de atención privada en clínicas del 30,8% al 30,0% en 1991 y 21,19% en 1994 (ver Tabla N° 1). Según esto hay una correlación directa entre la crisis de los ingresos y la disminución de la demanda privada en salud: a menos ingresos, menos demanda privada.

Sin embargo, toda crisis genera tendencias y contratenencias y el caso peruano no es la excepción. De hecho han habido **presiones cruzadas sobre la demanda sanitaria** en este periodo, que habrían producido desplazamientos que están aún

por cuajar en un nuevo patrón de oferta y demanda. Estas presiones cruzadas sobre los segmentos de demanda sanitaria han sido las siguientes:

- a) La creación de tarifas hospitalarias en el MINSa a partir de 1991, que de hecho promueve el cambio de los segmentos de usuarios tradicionales de la red hospitalaria pública;
- b) El deterioro grave de los ingresos, que actúa aumentando la presión por servicios de salud gratuitos: la pauperización de los ingresos ha actuado en detrimento de la demanda privada, como vimos en el gráfico anterior;
- c) La crisis económica, que sin embargo también ha actuado generando un decrecimiento de la demanda por servicios de salud en vista de la demanda urgente y elemental por alimentos. En este caso la correlación fue inversa: a más crisis menos demanda de atención (7).
- d) La crisis de los servicios públicos de salud, sobretudo en la etapa 1988-92, que tendió a expulsar sectores demandantes de los servicios estatales hacia otros tipos de oferta, por las graves ineficiencias y el consiguiente maltrato de los usuarios. Según la Encuesta sobre Niveles de Vida de 1991 el 48,3% de la población declaró una tiempo de espera superior a las 4 horas en los servicios de salud.
- e) La expansión de la oferta médica vía consultorios y centros médicos pequeños y medianos, que intentan atraer a sectores de la demanda global hacia este tipo de oferta privada abaratando sus tarifas.

Tabla 1.- Demanda de Salud por Lugar de Consulta. Lima 1985-1994.

	Años		
	1985 - 1986	1991	1994
Hospital	30,4	37,6	38,7
Centro de Salud	13,8	15,1	14,2
Puesto Sanitario	3,1	2,2	2,92
Puesto Comunal	0,9	0,6	4,09
Clínica/Consultorio	30,8	30,6	21,19
Farmacia	11,8	10,1	13,8
Casa Pers. Consult.	1	1	1,55
Casa Enfermo	4,5	3,2	2,72
Otros	3,7	1,6	0,77

Fuentes: ENNVIs 1985 - 1986, 1991 y 1994.

Las cifras de la Tabla N° 2 son reveladoras. Los pobres extremos disminuyeron su participación en la demanda hospitalaria de 1991 a 1994 del 30,1% al 28%, y los pobres igual, del 37,3% al 34%, mientras los no pobres aumentaron del 34,8% al 45%.

El empobrecimiento de las capas medias las viene obligando a asistirse en los hospitales. De otro lado la consulta en farmacias aumentó entre los no pobres y los pobres entre 1991 y 1994 (del 9 al 10,4% y del 10,8 al 13%) pero no entre los pobres extremos, que disminuyeron de 14,2% al 11%. El sector indigente tenía por tanto problemas incluso para la consulta en farmacias. Como se ve, hay una resegmentación continua de la demanda. El mercado no termina de cuajar una estructura estable de oferta y demanda y es este tipo de demanda polarizada, muy deprimida y fluida, el que deberá afrontar la reforma sectorial.

Es meridianamente claro, además, que en el Perú hay un importante porcentaje de la población por fuera del mercado de salud. Existe una enorme franja de «necesidades de salud» que no se constituyen en «demanda sanitaria» en razón de los niveles de pobreza crítica: se calculaba en los años 80 en un 25% de la población peruana, el sector que no tenía acceso a los servicios de salud (*). Las Encuestas de Niveles de Vida realizadas en 1991 y 1994 confirmaron que el 67,6% de la población pobre que había estado enferma no había consultado ningún servicio de salud.

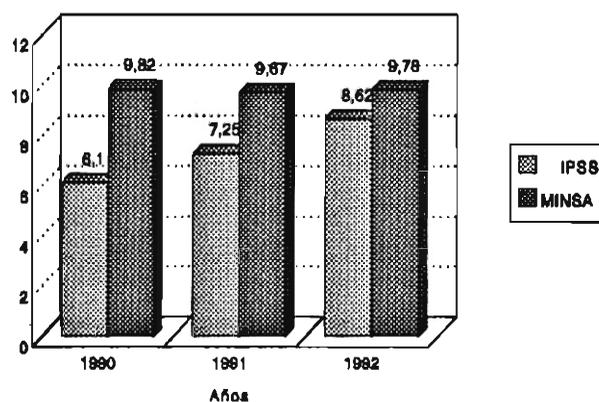
Tabla 2.- Tipo de Establecimiento demandado por nivel de Pobreza 1991-1994 (Porcentajes)

AÑOS	TOTAL	HOSPITAL	CENTRO SALUD	PUESTOS	PRIVADO	FARMACIA	OTROS
ENNV 1991	100.0	35.9	14.3	7.0	17.0	9.8	6.8
NO POBRES	100.0	34.8	11.6	5.6	33.7	9.8	6.3
POBRES	100.0	37.3	17.6	8.7	18.9	10.8	6.7
POBRES EXTREMOS	100.0	30.1	23.4	10.2	11.2	14.2	11.0
ENNV 1994	100.0	40.0	14.8	7.6	14.7	11.2	11.6
NO POBRES	100.0	43.8	11.7	4.4	17.9	10.	12.0
POBRES	100.0	34.1	19.7	9.0	9.8	12.7	11
POBRES EXTREMOS	100.0	28.3	24.0	12.0	6.0	11.01	14.4

Modernización a marcha forzada en el IPSS, una reforma subsectorial.

El sector salud ha esperado este quinquenio 1990-95 una reforma subsectorial, la del IPSS. Este ha transitado de una situación precaria y caótica a una institucionalización y productividad creciente. Las críticas existentes a los cambios en el IPSS señalan flancos débiles del proceso de transformaciones llevado a cabo en el Seguro Social, pero lo que es innegable es que estamos cualitativamente en otro punto de partida hoy.

El proceso del IPSS ha comprendido estos años diversos cambios: a) modificación del régimen laboral, combinando una mayor exigencia de trabajo con una política de incentivos; b) fuerte énfasis en la productividad como entidad prestadora (ver Figura Nº 2); c) promoción de la contratación de servicios a terceros en diferentes áreas (PAAD, servicios no personales); d) asunción de políticas de descentralización de servicios (policlínicos móviles, hospitales de campaña); e) implementación de un ambicioso programa de inversiones, tanto para infraestructura como para re-equipamiento en tecnología de punta; e) trabajo sistemático de su imagen institucional. Las ideas-fuerza de la gestión Castañeda Lossio han venido siendo las de manejo gerencial e institución con sentido empresarial y con ellas ha implementado una modernización del Seguro Social.



Fuente: Cuanto 1994

Figura Nº 2.- Comparación de Prestaciones de Salud IPSS-MINSA. Consulta Médica 1990-1992

Esta modernización tardía ha sido, sin embargo, autoritaria y fordista-taylorista. Los documentos del IPSS hablan de calidad pero ello no marca la línea de fuerza real. De ahí la admi-

nistración productivista en que se basa y su esquema de conducción centrado más en la cohesión de la nueva tecnoburocracia que en el arrastre o hegemonía sobre el conjunto. Más que fundación de una nueva cultura institucional hay un nuevo régimen administrativo y de gobierno, lo que puede hacer feble su continuidad. El IPSS eleva así a marchas forzadas su competitividad, ahora en una situación de demanda cautiva pero para su posterior inclusión en el mercado de seguros de salud.

Esta reforma subsectorial del Seguro Social y la especialización del IPSS como seguro de salud luego de la creación de las AFP en julio de 1993 plantea a la reforma sectorial una situación paradójica a afrontar: hay una bicefalia en el sector. El IPSS es prácticamente un ministerio paralelo, incluso mejor dotado en muchos aspectos que el MINSA. Durante décadas el MINSA ha intentado resolver esta situación con diversas fórmulas: coordinación, integración funcional, etc. En realidad el MINSA intentó recuperar su rol rector por la vía de una reforma organizativa del sector. Hoy la correlación de fuerzas es peor pues justo el subsector que se reclama debe ser reintegrado bajo la rectoría del MINSA está por delante de él en términos de reforma. Con lo cual salta a la vista que la tarea pendiente de reconstrucción del sector salud no es un problema principalmente orgánico o institucional: la reforma sectorial no se resolverá en un organigrama del «sistema» o en un decreto de integración. Para que el MINSA avance en conquistar la legitimidad y autoridad política con la cual darle viabilidad a su propuesta de reforma, deberá, a la vez, afrontar y resolver prácticamente problemas pendientes en el sector y en el subsector público.

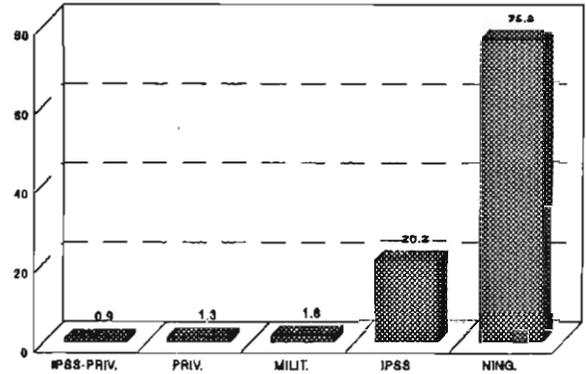
Reconstitución del sector gran privado: los seguros privados.

Los seguros privados se han desarrollado en los últimos años, inaugurando un nuevo modelo de atención médica para las capas medias y acomodadas del país.

Según las cifras disponibles, los seguros privados tuvieron una primera etapa de relativo crecimiento a lo largo del gobierno 1985-90, por la disposición oficial que hacía obligatoria la contratación de seguros privados por parte de las empresas públicas, pero luego de 1990, una vez derogada esta disposición, disminuyeron sus afiliados en un 40% hasta 1992 (9). Cifras correspondientes a 1994 muestran que los seguros privado sólo cubren al 1,3% de la población, el IPSS al 20,2% y un 75,8% no tiene cobertura de seguro en salud (10) (ver Figura N° 3). Los seguros privados no serían hasta el momento, por tanto, un factor importante en la atención de la demanda existente.

Los seguros privados, sin embargo, anuncian las características centrales del nuevo modelo privado de los 90. Antes de 1985 el subsector gran privado en salud estaba constituido por clínicas que por lo general eran propiedad de médicos asociados. Hoy es creciente la diferenciación entre las entidades financieras y las prestadoras en salud en el subsector gran privado. El modelo operativo de las empresas grandes y medianas de

salud ya no es la gran clínica propia, como en los años 60 y 70: les basta ser el nexo financiero-administrativo de una red de servicios. Hay por tanto una reconstitución del subsector gran privado.



Fuente: ENNV 1994

Figura N° 3.- Perú: Acceso a Seguros de Salud. 1994

Esta reconstitución abarca la expansión de los Planes de Salud por parte de las clínicas, sin intermediación necesaria de los seguros; la apuesta de un fuerte sector de las empresas de salud a los centros de ayuda diagnóstica; la apelación creciente a una tecnología de punta; y la aparición cada vez mayor de diferentes formas de seguros (tarjetas, por riesgos, asociadas, etc.). Son trabas para el despegue de este subsector las altas tarifas en clínicas para los no asegurados, la imposibilidad de acceso a los sectores populares con sus características actuales y, en el fondo, el débil mercado en salud existente en el Perú.

Emergencia del nuevo subsector privado sin fines de lucro.

Ha habido también en este quinquenio la emergencia más clara de un nuevo subsector privado sin fines de lucro, que esboza un nuevo modelo privado sin fines de lucro. Está en desarrollo una red de promoción y atención en salud por parte de las ONGs, las iglesias, los centros de salud comunitarios y formas de autogestión popular de servicios locales.

Un estudio realizado a fines de los 80 identificó 159 ONGs con proyectos de salud, del total de 700 ONGs existentes entonces, la mayoría en el ámbito urbano, con un financiamiento global de 7.5 u 8 millones de dólares anuales y alrededor de 2 000 personas ocupadas (11). Una investigación posterior realizada en 1994 identificó un total de 897 ONGs de las cuales 194 tenían que ver con salud (12). Si bien no estamos ante un efector central, de todos modos se ha abierto un nuevo subsector en el sector salud. En términos de reforma las ONGs podrían aportar, más que servicios propios, tecnología organizacional y recursos profesionales.

De otro lado, viene siendo cada vez más visible el trabajo de la Iglesia Católica en salud. Desde el Consejo Episcopal de Acción Social y en particular su Departamento de Acción en Salud, se ha tejido una red nacional de consultorios parroquiales y centros de salud eclesiales que involucra, se calcula, alrededor de 8 000 promotores de salud. Esta labor benéfica se orienta a los sectores indigentes de la población.

Cambio en los procesos de trabajo médico y tránsito de la crisis de empleo a la ocupación plena.

En este quinquenio han habido cambios cuantitativos y cualitativos en el trabajo médico. Respecto a los primeros, de alguna manera se ha pasado de la crisis del empleo en salud con la retracción parcial del estado, a la ocupación plena de los profesionales de salud, con la nueva expansión de los servicios públicos a partir de 1994. Respecto a las transformaciones cualitativas del trabajo médico, hay en curso una transformación de los procesos de trabajo y modificaciones del perfil profesional, en forma desigual, en todos los subsectores del sector salud.

En la etapa más aguda de la crisis, entre 1988 y 1992, el fin del ciclo de expansión del empleo público en el Perú produjo una brecha creciente entre el número de médicos recién egresados de las Facultades de Medicina, cuyo número se acerca a los 1,100 nuevos médicos por año ⁽¹³⁾, y las escasas nuevas plazas del estado para médicos. El papel del estado como empleador médico disminuyó. Hubo así, a la vez, expansión profesional y retracción del empleo médico. Como resultado, las nuevas generaciones de médicos debieron abrir otros espacios de ejercicio de la profesión diferentes al gran hospital o centro de salud estatal, por lo general de menor dimensión, basados muchas veces en la asociación micro-empresarial. En la última etapa se ha venido dando una reexpansión del empleo público en salud, en particular por las contrataciones masivas del Programa Salud Básica para Todos y CLAS.

En realidad no existen sino estudios indirectos sobre la práctica médica en consultorios privados. Como afirma John Fiedler, los estudios sobre el mercado privado en salud se restringen a sus elementos organizados: clínicas, centros multi-médicos e industria de seguros ⁽¹⁴⁾. **No hay aún estudios sobre el segmento no organizado del mercado en salud**, esto es sobre la práctica médica individual. Es probable que este subsector privado mediano y pequeño, pese a la crisis y probablemente a causa de ella, esté en expansión aún y cuando ello no sea síntoma de bonanza de la corporación médica sino de repente de crisis del trabajo médico. En los resultados de las sucesivas ENNIV realizadas siempre aparece como una sola opción "clínicas y consultorios", lo que no permite discernir mejor el peso de estos últimos.

Con todo, es probable que estemos viviendo una transición en que, manteniéndose el peso hegemónico de los dos grandes empleadores en salud (MINSAL e IPSS), estemos ante un sistema mixto, con expansión en la base de consultorios de médicos generales y especialistas, en todas sus formas y variantes. Y de

alguna manera, por tanto, el tránsito o combinación mayor del modelo mega-operativo con el de pequeñas unidades multirrelacionadas, lo que significa una revolución de las relaciones laborales de los profesionales de salud del Perú, con mayor razón si conlleva el paso del sueldo por tiempo de trabajo al pago a destajo, por consulta desarrollada, diagnóstico o acto médico en general, según la modalidad de «services».

Dualización de la atención médica: automedicación y medicina tradicional.

La expansión de la pobreza crítica habría originado - sobre todo en la etapa más aguda de la crisis, entre 1988 y 1992 - un **aumento de la auto-medicación y de la medicina tradicional**, consolidándose el segmento de población marginal al sistema sanitario formal (que ya se calculaba en la década pasada en un 25% de la población) y convertido a capas medias pauperizadas en un importante segmento usuario de la red hospitalaria, a diferencia de años atrás. Se habría dado con la crisis, así, un cambio en la segmentación de la demanda sanitaria, cuya característica central sería **la dualización de la medicina en el país**. Veamos varios casos de esta polarización de la atención médica.

- a. Una investigación sobre el mercado farmacéutico entre 1987 y 1992 encontró que la crisis económica había producido una grave racionalización del consumo de medicamentos. El consumo de fármacos había disminuido en ese lapso en 46,5% y el gasto per cápita en medicamentos había caído de US\$ 20 en 1987 a US\$ 10 en 1991 y 1992 ⁽¹⁵⁾.
- b. Una investigación realizada en diciembre de 1987 en barrios marginales de Lima, en una muestra representativa de dichos estratos de bajos ingresos y fuerte peso de migrantes andinos, encontró que el 25% de dicha población tenía una actitud en contra de la medicina moderna, en particular de los fármacos, y **una disposición favorable hacia la medicina tradicional del orden del 57%**. Si bien dicho trabajo constató que la población pobre de Lima no ve a ambas medicinas como medicinas alternativas, combinándolas para el cuidado de su salud, constató sin embargo que había una relativa mayor aceptación de la medicina tradicional que la medicina moderna ⁽¹⁶⁾. Nuestra impresión es que esta tendencia se ha reforzado en los últimos años.
- c. Los estudios sobre medicina tradicional en el Perú tienen muy pocas cifras sobre el peso de las prácticas médico-populares. Las estadísticas corrientes, nos parece, subestiman la automedicación y medicina tradicional. Según ANNSA 1984 y ENNIV 1991 y 1994 **la consulta en farmacias** siempre estuvo alrededor del 10% del total en los últimos años: 12,1% en 1984, 9,8% en 1991 y 11,2% en 1994. El **curanderismo** en Lima Metropolitana según estas fuentes atendía en 1994 alrededor del 2% de la consulta. Pero Lima no es el Perú: somos un país multicultural. En 1972 el 11,12% de la población peruana era quechua-hablante monolingüe

y el 1,27% aymara-hablante monolingüe. Casi el 14% , entonces, no hablaba castellano. En términos de sistema de salud esta franja poblacional definitivamente tiene patrones sanitarios diferentes a los occidentales. Sin contar al 26% de población bilingüe existente en el Perú, que habla quechua y castellano o aymara y castellano. Sin contar a la población de la costa norte, conocida por la fuerte expansión del curanderismo en ella, o a la población selvática, con fuertes acervos culturales propios.

d. Un estudio reciente sobre utilización de los servicios de la red estatal en el distrito de Chorrillos de Lima descubrió la existencia de una brecha asistencial entre la patología prevalente constatada en la comunidad y el tipo de patologías de los enfermos que acuden a los establecimientos de la red. La explicación dada por los entrevistados enfermos para no asistir a los establecimientos fue la presumible falta de gravedad de sus enfermedades. Sin embargo, de entre los entrevistados con problemas de salud y que no habían acudido a servicios de 1er. y 2do. nivel un 59% había tenido problemas de salud graves. Lo que quiere decir que **podría haber casi un 60% de los enfermos circulando sin atención médica**. Se descubrió, además, que los establecimientos de la red estatal sólo recibían al 25% del total de potenciales pacientes; otro 25% adicional era atendido por otros servicios médicos públicos y privados y casi un 50% no recibía atención o la recibía de personal no profesional (17).

Ampliación del financiamiento y cooperación externa.

La recuperación económica del sector y en particular del Ministerio es uno de los elementos centrales de la recomposición parcial actual. La crisis fiscal del estado en los 80 se reflejó fuertemente en salud: entre 1985 y 1990 los gastos per cápita del MINSA y del IPSS descendieron en cerca de un 50%. (ver Tabla N° 3).

TABLA 3.- Gasto Público ejecutado por el MINSA-Regiones e IPSS.(1985-93)

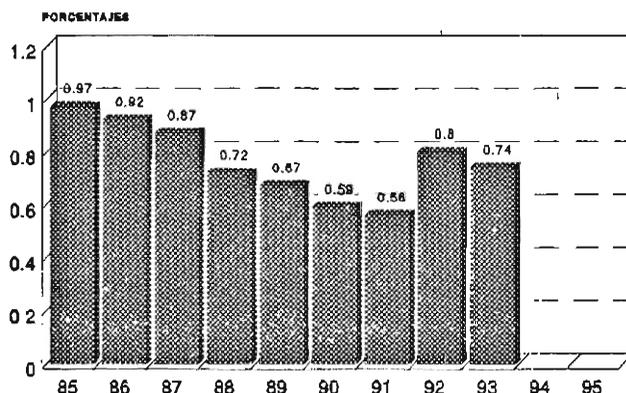
AÑO	MINSA(*) MILL.SOLES	IPSS MILL.SOLES	MINSA(*) PER CAPITA	IPSS PER CAPITA
1985	34.65	23.74	2.14	4.59
1986	35.92	32.20	2.52	5.82
1987	36.90	48.95	2.58	8.52
1988	27.92	28.72	1.92	4.82
1989	22.96	21.00	1.56	3.35
1990	19.17	14.61	1.29	2.07
1991	18.39	27.87	1.27	3.83
1992	25.59	25.43	1.74	3.40
1993	28.51	27.84	1.90	3.61

Fuente: Petrer, 1994. Cálculos a precios de 1979.

(*) Incluye el gasto en salud efectuado en las regiones a partir de 1991.

Si bien la Tabla N° 3 no contiene las cifras presupuestales absolutas del MINSA e IPSS sino valores comparativos, se puede apreciar que los peores años para el MINSA e IPSS en términos presupuestales fueron 1990 y 1991. Para el MINSA el gasto ejecutado esos años cayó casi a la mitad del de los años 1985-87; para el IPSS el gasto de 1990 fue de menos de un tercio del de 1987. Luego se ha recuperado el gasto público ejecutado en salud pero sin alcanzarse los niveles previos de 1985-87.

Si a esta tendencia presupuestal se añade en 1994 el destino por parte del estado de USD 88 millones para el Programa de Focalización, hoy Programa de Salud Básica para Todos, y el despliegue en estos últimos dos años de los proyectos de cooperación externa por un monto total de USD 202 millones (Proyecto de Fortalecimiento de Servicios de Salud BID-MINSA por USD 98 millones, Salud y Nutrición Básica del Banco Mundial por USD 44 millones y Proyecto 2000 por USD 60 millones con financiamiento AID) (18), podemos concluir que la situación financiera del sector salud y del ministerio es radicalmente distinta al pasado. Hoy hay dinero; lo que escasea es capacidad de gestión para su ejecución eficaz. **Hemos pasado de la crisis fiscal a la no capacidad de gasto.**



Fuente: Petrer et. al.: 1985, p. 7

Fig. N° 4.- Gasto en Salud del MINSA y Regiones en relación al P.B.I. 1985-1993

Repotenciamiento de la red periférica y despliegue de múltiples iniciativas parciales (Salud Básica para Todos, proyectos y programas, etc.): reformas sin Reforma.

Un elemento central de la evolución del sector en este quinquenio 1990-1995 ha sido el tránsito de la red periférica de postas y centros de salud del subsector público, en virtud del Programa Salud Básica para Todos y de los Comités Locales de Administración de Salud, de una situación de defensiva y retroceso a una situación de ofensiva y desarrollo. Desde fines de la década pasada la situación de violencia y la crisis fiscal del estado habían conducido al cierre a muchos establecimientos periféricos. La frontera de los servicios de salud se replegó jus-

to en los momentos de mayor necesidad. La posterior pacificación nacional y la apertura de programas específicos para el primer nivel de atención han modificado radicalmente el panorama en los dos últimos años: la disponibilidad de horas-hombre y de infraestructura y equipo ha aumentado, retomándose la curva de ascenso en la producción de servicios. Falta mucho por hacer en cuanto a la accesibilidad geográfica, cultural y social de los servicios de salud, pero estamos ante otra situación de la red periférica.

Este redespiegue de la red periférica viene teniendo efectos sobre el conjunto del sistema de salud peruano, pero no ha respondido lamentablemente, hasta el momento, a una visión de conjunto. Es que estamos viviendo un periodo de reformas sin Reforma Sectorial. Las dos grandes iniciativas de reforma global del sector y del Ministerio de Salud en el quinquenio 1990-95 fueron las propuestas del Sistema Nacional Regionalizado Integrado de Salud del Dr. Carlos Vidal y el D.L. 718 de creación del Sistema Privado de Salud (OSS) del Dr. Jaime Freundt-Thorne. Ambas fueron bloqueadas aunque por razones distintas. El sector se quedó así sin Reforma pero ello no impidió el desarrollo de múltiples iniciativas parciales de avance: CLAS, Focalización-SBPT, reestructuración institucional, sistema de información, proyectos y programas de Cooperación Externa, etc. A falta de un modelo global el dimensionamiento de cada iniciativa depende hoy de sí misma, de la energía de sus conductores y equipo. El sector es así escenario, a la fecha, de múltiples reformas pero aún sin Reforma. El rompecabezas final de este despliegue voluntarista de algunos sectores, en medio del estancamiento general heredado de los 80, nadie lo sabe. **La reforma sanitaria silenciosa se desarrolla como un proceso de reconfiguración desregulada del sistema sanitario peruano.**

BIBLIOGRAFIA

- 1) **Frenk, J.** La salud de la población. Hacia una nueva Salud Pública. México, Fondo de Cultura Económica, 1993.
- 2) Ver sobre esta tendencia histórica a la escasa generación de recursos propios en el sector salud: **Habich, Midori** de: Financiamiento del cuidado de la salud. En Lip, César; Arroyo, J., Lazo, O, y otros: Elementos para el análisis del sector salud, OPS-IDMA, Lima, 1992, pp. 84-129.
- 3) **Paredes, Víctor:** Nuestra Gestión: Participación con Concertación. Periodo nov. 1991-agosto 1993, p. 19-21.
- 4) **Habich, Midori** de, ibid, pp. 84-129.
- 5) **Margarita Petrer:** Efectos de la crisis económica en los servicios de salud materno-infantil y en su población, Perú 1985-90, OPS, Programa de Desarrollo de Políticas de Salud, Washington, octubre, 1992.
- 6) **Suárez-Berenguela:** Financing the Health Sector in Peru. Living standard measurement study. Working paper No. 28, 1988.
- 7) **Ver Fiedler, J.** (1993): The organized private health care market of Peru, 1980-1993. Informe a la Misión AID-Peru.
- 8) **ENNIV 1994.**
- 9) Ver al respecto: **Mendoza, Iván:** La política de promoción de la salud de las ONGD peruanas (1976-1989). En Salud Popular, No. 12, Lima, dic. 1990, pp. 74-90. Del mismo autor: Organizaciones no gubernamentales de desarrollo y salud en el Perú: enfoques, experiencias y perspectivas para los '90. Informe de consultoría. OPS, Lima, febrero 1992, 51 p.
- 10) **Jorge Noriega Dávila y Miguel Saravia López de Castilla:** Perú: Las organizaciones no gubernamentales, Lima, Desco, 1994.
- 11) Según cifras de la Asamblea Nacional de Rectores las Facultades de Medicina del país titularon en diez años (1981-1990) a 10,776 nuevos médicos. (ANR: Departamento de Informática y Documentación, datos no publicados, Lima, 1991)
- 12) **John Fiedler:** The organized private health care market of Peru, 1980-1993. Office of Health, Population and Nutrition, USAID/Peru, 1993.
- 13) Ver sobre esta disminución del consumo de medicamentos a **Amaro, César** y otros: Evolución del mercado farmacéutico, Perú 1987-1992. En Medicamentos y Salud Popular, No. 23, agosto de 1993, pp. 8-26.
- 14) Ver de **Walter Alarcón:** Actitudes hacia la medicina tradicional y moderna en las áreas marginales de Lima. Escuela Nacional de Salud Pública, Lima, 1987, 24 p.
- 15) **MINSA:** Dirección Subregional Lima-Sur. Convenio MINSA-OPS-Coop. Italiana. Análisis de los establecimientos de salud en el distrito de Chorrillos: utilización y accesibilidad. Proyecto SMALP-Chorrillos. Lima, agosto 1992.
- 16) **Augusto Meloni Navarro:** Salud: Hacia un Desarrollo con Equidad. Los programas y proyectos del Ministerio de Salud, en Módulo de Sensibilización, Programa de Fortalecimiento de los Servicios de Salud, Documentos de Trabajo. 1995.