

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES

UNIDAD DE POST GRADO

Equidad y Eficiencia en la Prestación y Financiamiento del Sector Público en Salud en el Perú en los Noventas. Balance y Posibilidades para las Políticas de Salud.

TESIS para optar el Grado Académico de: DOCTOR EN CIENCIAS SOCIALES CON MENCIÓN EN
SOCIOLOGÍA

AUTOR

Juan Arroyo Laguna

ASESOR: Dr. Nicolás Lynch

LIMA – PERÚ 2005

Resumen Ejecutivo

La investigación realizó un balance de la equidad y la eficiencia en la prestación y financiamiento del sector público de salud en el Perú en los 90, como base para un balance de las políticas de salud implementadas y fundamento para formulaciones de política futuras.

Se trató de un estudio centralmente descriptivo y de carácter cuantitativo, tendiente a dimensionar el desempeño de los servicios de salud del MINSA en la década pasada, realizando una comparación de éstos indicadores con las décadas anteriores y con los países latinoamericanos. Los indicadores estudiados correspondieron a las variables prestación, financiamiento, gasto público en salud, equidad y eficiencia. Se utilizó para ello a 5 grandes bases de datos nacionales, inexploradas en sus múltiples relaciones, y bases de datos internacionales, procedente de organismos de cooperación multilaterales. Los datos estadísticos fueron analizados con el apoyo del programa SPSS.

Con el objetivo de poder comparar el desempeño del sistema de salud peruano con los de América Latina se construyeron índices de gasto per cápita, productos, resultados, equidad, eficiencia, efectividad y gerenciabilidad. La data internacional disponible para algunos índices fue de 19 países y para otros de 8 países. El Índice Global de Gerenciabilidad construido involucra a 14 países.

Los resultados del estudio resumen en cuatro grandes cambios la evolución del desempeño del sistema público de atención en los 90: expansión en productos, incremento en recursos, estabilización de resultados y modificación de la composición de los usuarios.

Ha habido un incremento de las consultas, egresos y atenciones, pero a la vez un aumento del gasto, de la infraestructura física y del tiempo efectivo de recursos humanos empleado y un cambio, también, en el peso entre los quintiles en la demanda atendida por la mayor presencia de los quintiles IV y V, que son los de mejores

ingresos, sin que los indicadores de salud muestren un claro saldo neto a favor a pesar de los avances registrados en algunas patologías.

En los 90 hubo dos etapas en el desempeño de los servicios públicos de salud. Una primera hasta 1998, en que la tendencia principal fue la explotación extensiva de los recursos, simbolizada por el despliegue del Programa Salud Básica para Todos (PSBT) a partir de 1994; y una segunda, a partir de 1998, tendiente a la optimización y explotación intensiva de los recursos con el desarrollo del Seguro Escolar Gratuito (SEG) y Seguro Materno-Infantil (SMI). Las dos políticas de salud que impactaron más en el desempeño del sistema público fueron por eso el PSBT y los dos seguros.

El estudio concluyó que la década de los 90 fue de repotenciamiento operativo importante del sistema público de atención, luego del colapso operativo entre 1988-91. A partir de 1993 los servicios del Estado rebasaron por primera vez las cifras del periodo 1987-89, que marcó el mayor desempeño histórico del sistema de atención en la década de los 80. Entre 1990 y 1998 las consultas médicas se incrementaron en 2,12 veces, las atenciones en 5,56 veces y los egresos en 1,42.

Estas cifras de mayor producción sin embargo fueron correlato directo de la presencia de mayores recursos financieros, físicos y humanos, hasta 1998. En los 90 se vivió una notable expansión de la infraestructura sanitaria del Ministerio de Salud, que había tenido 2,441 establecimientos en 1985 y pasó a tener 7,501 en 1999. Igualmente pasó de tener 7,993 médicos en 1992 a 11,157 en 1999. Las consultas anuales promedio por médico aumentaron entre 1990 y 1999 en 2,51 veces, representando este último año 6.77 consultas por día, esto es 1,69 consultas por hora médico. Este promedio no expresa bien sin embargo la brecha entre franjas de alto rendimiento y de muy bajo rendimiento.

En un balance histórico, las consultas anuales por médico tuvieron su pico más alto en el MINSA en 1969 con 2,152 consultas, llegando en 1983 a 1,710 y en 1986 a 1,530 consultas médicas anuales. Por tanto recién en el tramo final de la década de los 90 las consultas / médico superaron las cifras de 1983 y alcanzaron las de 1969.

La razón de este mayor rendimiento a finales de la década tuvo que ver con el desarrollo del Seguro Escolar Gratuito y Seguro Materno-Infantil, que lograron un notable incremento de la cobertura, optimizando el uso de los recursos pues sin gastos adicionales de capital se obtuvieron más atenciones y consultas. El Estado invirtió para el SEG sólo 100 millones de soles por año, desarrollando éste 3,561,125 atenciones en 1998, 7,700,269 en 1999 y 8,622,166 el año 2000. El SMI tuvo un menor desarrollo y el año 2001 cubrió recién el 18% de su población objetivo.

En cuanto al financiamiento del sector salud, éste representaba en 1998 el 4,4% del Producto Bruto Interno, con un volumen de recursos de US\$ 2,652 millones de dólares y un per cápita en salud de US\$ 97 en 1998. Los hogares financiaban el 38,% de este monto, las empresas el 34,1% y el gobierno el 24,8%. Del gasto total en salud el MINSA ejecutaba solo el 29,1%. Los recursos propios, fruto principalmente de los ingresos por tarifas en el MINSA, crecieron del 6,2% en 1990 al 15,9 en 1999. Entre los años 1992 y 1999 el gasto del MINSA se duplicó.

De esta forma el cálculo del gasto global por consulta médica entre 1992 y 1998 arroja un aumento de US\$ 33,1 a US\$ 51,1 dólares pues las consultas crecieron en 1.57 veces en ese lapso mientras el gasto del MINSA creció en 2,43 veces. En una visión histórica es importante relieves que en la etapa 1950-63 los presupuestos asignados al MINSA siempre estuvieron por encima el 10% respecto al del gobierno central, estando a partir de la mitad de los 60 hasta hoy, entre 4,0 y 6%.

En cuanto a las variaciones en el comportamiento de la demanda en los 90, las personas que efectuaron consulta aumentaron entre 1994 y el 2000 del 39,3% al 55,2%, las que acudieron a consulta institucional igual, del 30,2% al 47,4% en el mismo periodo y la participación del MINSA en la demanda atendida se duplicó del 15,9% al 30,5% en ese lapso.

Sin embargo este aumento de la demanda correlativo al de la oferta, se dió en paralelo a un cambio en el patrón de utilización de servicios por parte de los diferentes estratos de ingresos. Los quintiles IV y V, los más pudientes, aumentaron su presencia en los servicios públicos, pasando del 39,5% a 49,6% y de 22,7% a 42,1% respectivamente.

De esta forma, el estudio confirmó la presencia importante de subsidios cruzados, filtraciones y subcoberturas en la inversión pública. La demanda atendida del MINSA en el año 2000 se distribuyó casi por igual entre todos los quintiles: 18,7% para el quintil 1, 18,8% para el quintil 2, 21,3% para el quintil 3, 21,1% para el quintil 4 y 20,0% para el quintil 5. De otro lado el 22,4% de personas derechohabientes en el Seguro Social recurrieron a consulta en establecimientos del MINSA el 2000, además del 20% de personal asegurada en las sanidades militares. En cuanto a la opción por tipo de establecimiento del MINSA, el quintil más pobre disminuyó su opción hospitalaria del 34% en 1994 al 22,5% en el 2,000, mientras el quintil V en este último año utilizaba en un 45,4% los hospitales y en un 54,6% los hospitales públicos. El cálculo del sobre-gasto en que incurre el MINSA en razón de los subsidios cruzados y filtraciones arroja una estimación de US\$ 84 millones de dólares para el año 2000.

En el análisis comparado con países de Latinoamérica, el Perú quedó ubicado en el 4to. puesto en cuanto a equidad, 6to. lugar en cuanto a eficiencia y 15vo. lugar en cuanto a efectividad, resultando en 13vo. puesto en el índice global de gerenciabilidad.

Toda esta información expresa una situación de quiebra del patrón de utilización del modelo segmentado clásico, que surgió en la década de los 70 sobre el supuesto de que los pobres irían a los servicios estatales y las clases medias a los servicios privados. Se ha asistido así a un cambio de los públicos objetivos de los diferentes subsectores prestadores. En este sentido ha habido una modificación regresiva del modelo trisegmentado y se ha instalado una “desfocalización” permanente. Esto hace que exista ineficacias e ineficiencias sistémicas sin necesariamente crisis operativa, pues el sistema marcha incluso ampliando sus coberturas pero produciendo una fuga permanente de recursos.

El estudio exploró las posibles conexiones de estos resultados con los procesos y políticas de la época, concluyendo en que había sido una política neopopulista la que moldeó esta fisonomía del sistema público y su mezcla de gran volumen de producción con escaso desempeño. Ello explica, también el pobre desempeño de las evaluaciones de desempeño para producir cambios institucionales.

Palabras claves: desempeño, reforma en salud, equidad, eficiencia, efectividad, sistemas de salud.

Introducción:

Una mirada metodológica

al problema

El fin de una década de aplicación de políticas de salud inspiradas en la ola de reformas neoliberales implementadas en gran parte de América Latina, la inexistencia de un balance global de los servicios públicos en términos de equidad y eficiencia y la circulación de evaluaciones poco basadas en evidencias sobre lo actuado en el Perú en los años 90 llevaron al planteamiento de la presente investigación.

El objetivo general fue estimar los niveles de equidad y eficiencia en la prestación y financiamiento de los servicios públicos de salud del Perú en la década de los 90, para a partir de dichos resultados analizar las políticas de salud de la década y entrar a debatir con objetividad el modelo de política y de régimen al que corresponden. Los objetivos específicos fueron cuatro: a) estimar los niveles de equidad y eficiencia en la prestación y financiamiento del sector público en salud en los años 90; b) realizar una comparación entre el desempeño de los servicios públicos de salud en la década pasada y las décadas anteriores; c) realizar igualmente una comparación del desempeño peruano en relación a sistemas de salud de otros países de América Latina; y, finalmente, d) analizar las políticas de salud, el régimen político y la dinámica institucional que incidieron sobre la equidad y eficiencia del sistema público de atención del Perú en los 90.

Los interrogantes centrales que guiaron nuestra investigación fueron: ¿Cómo han evolucionado la equidad y eficiencia en la prestación y financiamiento del sector público en salud en el Perú de los 90? ¿Los servicios públicos de salud en los 90 tuvieron un mejor desempeño en términos de equidad y eficiencia? ¿Cómo es el desempeño peruano en salud con relación al de otros países de América Latina? ¿Las políticas de salud de la década pasada favorecieron la equidad y eficiencia en la prestación y financiamiento del sistema público de atención? ¿Qué tipo de régimen político y modelo de política explica el desempeño de las políticas sociales y de salud de la década pasada? Para responder a estas interrogantes la investigación trabajó sobre bases de datos nacionales, aún inexploradas en sus múltiples relaciones.

La investigación ha buscado aportar evidencias para un balance de las políticas de salud implementadas, porque no existen en el Perú estudios macro-sectoriales que puedan darle objetividad a la toma de decisiones. Las dos grandes etapas de

evaluaciones sistémicas fueron las que se originaron con el Proyecto Análisis del Sector Salud (ANSSA-Perú)¹ entre 1985-86 y los tres grandes estudios económicos encargados por el MINSA en 1992. Luego de ello la literatura ha enfatizado menos sobre sistemas y más sobre servicios de salud, basándose más en cortes transversales o en estudios de casos. En la agenda política nacional sigue sin embargo pendiente la direccionalidad general a darle al sistema de atención. Pese a haberse dado un cambio de gobierno en agosto del 2001 y haber pasado varios años, de todos modos sigue sin solución el tema sobre cuál debería ser la visión-objetivo de sistema de salud y en general de las políticas sociales. El modelo de salud colombiano, hegemónico entre el funcionariado ministerial en los años 1994-2000, con el nuevo gobierno fue desplazado por la idea de un sistema segmentado coordinado, que deja sentir la ausencia de un proyecto sanitario. El quinquenio toledista formuló el denominado Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado, que deja indemne el modelo segmentado. Todas las iniciativas de cambio han dejado así de tener un horizonte.

Esta sensación de estar ante un haz de micro-reformas y meso-reformas sin macro-reforma parece ser latinoamericana. Hace diez años, hacia 1995, empezó a hablarse de reformas de segunda generación, aludiendo a las señales de agotamiento de la agenda ortodoxa. Pero la etapa de búsqueda que la crisis del Estado Benefactor abrió, parece no haberse cerrado aún con una nueva formulación, del mismo status que el enfoque keynesiano, que selló el siglo XX. La principal línea de fuerza durante los 90 en toda América Latina fue evidentemente la privatización y generalización de incentivos de mercado o de cuasi-mercado. Pero ya en la segunda mitad de los 90 se dejó de hablar en el Perú de desplazar al Estado de las áreas sociales, como sí se quiso hacer en el primer quinquenio de los 90. Con la teoría de la diferenciación de funciones, procedente de la Nueva Gestión Pública, los especialistas estuvieron discutiendo cómo hacer para que el Estado no fuese prestador, pero al final la realidad impuso su

¹ Zschock, Dieter et al. Proyecto Análisis del Sector Salud. 14 tomos. Lima: Ministerio de Salud, 1985-86.

² ESAN/AUPHA/SEVERS/FUNSALUD. Análisis del Financiamiento del Sector Salud, 1ª. Ed. Lima, Ministerio de Salud. Proyecto 2000, 1997. MACROCONSULT S.A. Análisis del Gasto Público en Salud, 1ª. Ed. Lima, Ministerio de Salud. Proyecto 2000, 1997. Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico. Análisis de Costos de los Servicios de Salud, 1ª. Ed. Lima, Proyecto 2000, 1997.

presencia como financista, proveedor y garante de la salud. Sin embargo el puente entre los modelos de reforma de primera generación y la nueva propuesta, esperada por todos pero aún ausente, se ha hecho bastante largo. Con lo cual la actual ola de reformas en salud se despliega diversa y contradictoria, dando pie al fenómeno que Guy Peters³ ha bautizado como la “reforma infinita”.

Nada mejor entonces que aprender de las experiencias y salir del debate circular entre exitistas y derrotistas, los primeros siempre mostrando algunas cifras aisladas de patologías erradicadas y de indicadores mejorados de producción de servicios para justificar sus gestiones y los segundos mostrando también otras cifras aisladas de patologías en incremento y problemas pendientes de solución en los servicios para argumentar el fracaso. Nuestra investigación parte del hecho de que uno de los saldos de la década ha sido precisamente la reconstrucción de los sistemas de información y la presencia, por primera vez, de múltiples estudios parciales sobre el desempeño de los servicios de salud, que pueden ser hoy la base para una visión de conjunto de los cambios que han habido en el financiamiento y provisión de la atención de la salud.

Definitivamente, sin embargo, la dificultad para un balance objetivo de la década está en el mismo objeto de estudio, que no arroja resultados rotundos, aprehensibles a primera vista, en uno u otro sentido, sino un haz de cifras contradictorias que exigen un análisis estadístico y cualitativo expreso. Hay en este caso una dificultad particular para dejar que las cifras hablen por sí solas si no son trabajadas y analizadas. Lo que supone superar el facilismo epistemológico, que desea que las cosas sean blanco o negro, que siempre existan regularidades y que, mejor aún, se encuadren dentro de determinada caracterización previa. Para algunos basta con decir que un gobierno es populista o neoliberal para derivar el resto, y las políticas vivas son mas complejas, como veremos.

Ha sido necesario, por tanto, reconstruir estadísticamente la fisonomía del sistema de salud fujimorista y mostrar sus indicadores. Evidentemente nos ha interesado, además, la forma cómo operó la construcción de las políticas públicas en salud en los 90 y en

³ Peters, Guy. De cambio en cambio: patrones de continuidad en la reforma administrativa.

particular las razones por las cuales las evidencias generadas por múltiples estudios no pudieron ser un motor central del policy making y del cambio organizacional en la década. Al listar los indicadores de producción y financiamiento hemos necesariamente encontrado sus conexiones con los procesos y políticas de la época, lo que interrelaciona la evaluación de sistemas y servicios con la evaluación de políticas públicas. Hemos tratado de evitar la relación unicausal entre políticas e indicadores, en el entendido de que no sólo hay políticas bien formuladas y bien aplicadas sino también políticas que surgen como “efectos indeseados”, como enseñara Hirschman, o políticas por omisión, o políticas como resultantes de empates, o políticas por error, casos que casi nunca se estudian. Es conocido en el campo de la evaluación de las políticas públicas que los problemas pueden deberse o a la insuficiente calidad de su gestión o a la insuficiente cantidad de los recursos para implementarlas, o a la deficiente formulación de las políticas, o al cambio de circunstancias, o a todos estos aspectos a la vez. En la evaluación de la calidad de una política de salud no existe por eso la posibilidad de establecer asociaciones simples y la complejidad de las relaciones produce equívocos que la estadística por sí sola no resuelve. A partir de anteriores estudios sobre la formación de políticas en el Perú concluimos que la reforma burocrática de los 60 y 70 había quedado inconclusa y que el fuerte peso del patrimonialismo dificultaba más que en otros países una toma de decisiones conforme al interés general.⁴ El dato, la evidencia, no produce una respuesta en el decisor porque luego de introducido como input informativo a la “caja negra” de la toma de decisiones en las Altas Direcciones ministeriales, entra en colisión con muchos otros inputs, muchos “filtros” diría Elster⁵, antes de poder convertirse en decisión de intervención. Hemos preferido por eso, ahora, calibrar la política de salud no por la forma como se procesó sino por el tipo de sistema de atención que produjo.

Reforma y Democracia, N° 24, octubre 2002, Caracas, pp. 14

⁴ Arroyo, Juan. Gobernabilidad en Salud en el Perú. Lima: MINSA, 2001. También: Democratización y racionalización, viejos y nuevos problemas para la acción colectiva en salud. Introducción al libro: "La Salud Peruana en el Siglo XXI. Propuestas de política", Lima, CIES, DFID y Policy Project, agosto 2002

⁵ Elster, Jon. Justicia local. De qué modo las instituciones distribuyen bienes escasos y cargas necesarias. 1ª. Edición, Barcelona: Gedisa Editorial, 1994.

1.1. Qué pasó con el desempeño: la gerenciabilidad.

Cuando hablamos de una evaluación de la equidad y eficiencia del sector público en los 90 nos estamos refiriendo a la performance de los servicios del Ministerio de Salud durante el gobierno del ingeniero Fujimori, que duró diez años en el Perú, entre agosto de 1990 y noviembre del 2000. El gobierno fujimorista tuvo dos periodos de gobierno para “aplicar” sus políticas de salud y terminó abruptamente a fines del año 2000, cuando intentaba iniciar su tercer periodo de gobierno.

El sistema de provisión de atenciones de salud del Perú está conformado clásicamente, esto es, es segmentado y está integrado básicamente por cuatro subsectores: el propio Ministerio de Salud, el Seguro Social, el subsector privado y la Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales. De todos los sistemas prestadores de salud del Perú el MINSA es el más grande y extendido. El MINSA tiene 6,208 establecimientos de los 7,501 existentes en el Perú, esto es tiene el 82,7% del total. El Seguro Social (ESSALUD) tiene sólo 321 establecimientos, las Sanidades militares 158 y el sector privado 826. En términos de tipos de establecimientos la estadística sectorial muestra que el MINSA tiene una preponderancia mayor a nivel de los establecimientos periféricos, pues cuenta con 5,069 de los 7,015 centros y puestos de salud existentes, esto es el 72,2% de ellos. En relación a hospitales, el MINSA tiene sólo 139 mientras el Seguro Social tiene 91, las Sanidades militares 20 y el subsector privado 224. En términos de camas hospitalarias el MINSA es claramente mayoritario: el Perú tenía el año 1999 30,720 camas hospitalarias, de las cuales 16,983 correspondían al MINSA, 5,435 al Seguro y 6,355 al subsector privado.⁶

De otro lado el aparato prestacional del MINSA está presente en casi todo el país, teniendo establecimientos en 1,788 distritos del total de 1,812 distritos existentes en el Perú. ESSALUD sólo está presente en 255 distritos y el subsector privado en 257, en las zonas más urbanizadas del país.⁷

⁶ Organización Panamericana de Salud. Perfil del Sistema de Servicios de Salud del Perú. 2da. Edición, mayo del 2001.

⁷ Cruz, Miguel. Informe sobre la situación del sector salud al final de la década de los 90. Lima, junio 2000.

En términos de recursos humanos, los dos grandes subsistemas prestadores, el MINSA y ESSALUD, son los más grandes empleadores en salud. El MINSA a finales de la década pasada ocupaba a 11,157 médicos y a 9,862 enfermeras, mientras ESSALUD tenía al mismo tiempo 5,237 médicos y 5,259 enfermeras. En el Perú las últimas cifras disponibles registran la existencia de 27,692 médicos activos⁸ y 21,820 enfermeras censadas⁹.

Para que pueda operar el conjunto del sistema de salud la sociedad peruana destina alrededor del 4,4% de su Producto Bruto Interno a salud. En consecuencia, el per cápita en salud del Perú es de alrededor de US\$ 99 dólares. Del gasto total en salud el MINSA ejecuta el 27,9% mientras ESSALUD - con menos establecimientos, población asignada y recursos humanos - gasta el 25,1% y el subsector privado el 18,6%.

En síntesis, el aparato prestacional del Estado es el más grande y extendido en el Perú y con el mayor número de establecimientos y profesionales de salud y casi un tercio del gasto en salud. Se supone que el Ministerio de Salud no sólo es un sistema de prestación sino órgano rector del sector. Pero la realidad es que es principalmente un gran sistema de atención y su Alta Dirección se dedica centralmente a la gobernanza de él. El Seguro Social en el Perú perdió legalmente su autonomía en 1998 y luego el nuevo gobierno se la devolvió, pero es realmente un híbrido, que financia al Estado pero tiene una tradición de autonomía institucional, conforme al modelo bismarckiano, y por lo menos en cuanto a sus relaciones con el Ministerio de Salud suele no involucrarse en las “políticas de salud” oficiales. Menos aún el sector privado, cuya legislación y regulación es sumamente imperfecta. Las Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional han sido y son un mundo aparte en el sector.

Esto aclara nuestro objeto de estudio, que conforme a la diferenciación establecida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) entre el “sistema de salud” y el “sistema de atención”¹⁰, ha estudiado el componente público del “sistema de atención”, el

⁸ MINSA. Segundo Censo de Infraestructura Sanitaria y Recursos Humanos del Sector salud. MINSA, Oficina de Estadística e Informática, 1996. Colegio Médico del Perú, Informe, 2000.

⁹ Colegio de Enfermeros del Perú. I Censo de Enfermeros, 2001.

¹⁰ Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra: OMS, 2000, p. 6.

MINSA, que es su principal prestador. En los términos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), hemos optado aquí por la definición más delimitada del sistema de salud, aquella que comprende “las actividades bajo el control directo del ministerio de salud”¹¹. Esto otorga la ventaja de que no es posible excusar allí la presencia de grandes externalidades y es esperable una asociación más directa entre políticas ministeriales institucionales y efectos esperados y por tanto una mayor calidad de conducción que en otras áreas de la rectoría, de carácter más amplio. Ha sido estudiado que las políticas intersectoriales prácticamente fueron muy tenues en los 90.¹² Por tanto se esperaría encontrar en el Ministerio de Salud como aparato prestador una asociación más directa entre políticas institucionales, insumos, productos y resultados. Ello sin embargo no es tan simple, como veremos. En el nuevo entorno global, que Beck, Giddens y Lash han denominado “modernidad reflexiva”¹³, los sistemas de salud no se pueden concebir como antes, como sistemas mecánicos, con comportamientos de causa-efecto o estímulo-respuesta. Ahora las estructuras ya no priman con holgura sobre los agentes y los sistemas de salud se desarrollan con mayor soltura, como sistemas sociales y abiertos o “sistemas complejos adaptativos”, profundamente interactivos.¹⁴ Esto quiere decir que las políticas de salud reales son cada vez menos ministeriales y sectoriales y son cada vez más políticas públicas, esto es, ya no son las políticas emanadas y aplicadas sólo desde un gobierno o centro, sino fruto del concurso de una diversidad de agentes y recursos sociales.¹⁵ Esto es más evidente en casos de no rectoría en salud, que es nuestro caso.

El sistema público de atención estuvo en una situación de “colapso operativo” entre 1988 y 1991. El Perú entró en 1988 en una severa crisis nacional, expresada en una hiper-inflación, crisis fiscal y el descontrol de zonas del territorio por el Estado, lo que

¹¹ Organización Panamericana de la Salud. Evaluación y mejora del desempeño de los sistemas de salud en la región de las Américas. Washington D.C.: OPS, 2001.

¹² Arroyo, Juan. La función gobierno, la intersectorialidad y la sociedad civil en salud en el Perú. En: CIES, Políticas de Salud 2001-2006, Lima.

¹³ Beck Ulrich, Anthony Giddens y Scott Lash. Reflexive Modernization. Politics, Tradition and Aesthetics in the Modern Social Order. Great Britain, Polity Press, 1997.

¹⁴ Organización Panamericana de la Salud. Recursos Humanos en Salud: Desarrollo de capacidades de gente que protege la salud de la gente. Relato de la Reunión Técnica del Programa de Recursos Humanos de la OPS, Lima, 7 al 9 de julio del 2002. Washington, OPS, División de Sistemas y Servicios de Salud.

¹⁵ Lahera, Eugenio. Introducción a las Políticas Públicas, FCE, 2002, pp. 13 y sgtes.

repercutió en salud en el repliegue de centros y puestos de salud de las zonas rurales alejadas y una disminución drástica del presupuesto del MINSA. Esto repercute sobre nuestro estudio pues implica que la evaluación de la década de los 90 no pueda aplicar la metodología ex ante/ex post pues la simple comparación de los indicadores de producción de servicios entre los años finales de los 90 y 1990 siempre es positiva e induce una autocomplacencia de consecuencias paralizantes. Lamentablemente esa fue la forma en que algunos ministros de salud de la década pasada evaluaron sus gestiones, tomando como línea base ese momento inicial del gobierno fujimorista en que los servicios estuvieron en una situación de crisis, en su peor performance y muy por debajo de su desempeño histórico.^{16,17}

Pero además, la información de la década revela que el aumento de outputs o productos del sistema de atención fué evaluado en los niveles directivos como sinónimo de buena gestión en salud. Para evitar este espejismo, nos hemos preocupado de evaluar si este aumento del volumen de actividades y servicios fue gestionado con equidad y eficiencia, esto es, si el repotenciamiento de los servicios fué no sólo un correlato directo de un aumento en el financiamiento y gasto en salud, o de la presencia de más recursos humanos, infraestructura y equipamiento, sino además, expresó una mayor capacidad gerencial de los servicios y del sistema de atención en su conjunto¹⁸, o una distribución más equitativa de los servicios o incluso una nueva manera de atender la salud, esto es, una reforma sanitaria.¹⁹ Hemos buscado comparar además, las cifras de los 90 con la meseta histórica de producción de los 80 y sus resultados netos. Dicha meseta se situó entre los años 1986-89 en que el MINSA y el IPSS produjeron alrededor de 9,500,000 y 8,600,000 de consultas médicas

¹⁶ Paredes, Víctor. Nuestra Gestión. Participación con concertación. Periodo noviembre 1991-agosto 1993. Lima: MINSA, 1993.

¹⁷ Costa Bauer, Marino. Informe del Dr. Marino Costa Bauer Ministro de Estado en la cartera de salud a la Comisión de Salud, Población y Familia del Congreso de la República. Lima: Congreso de la República, versión magnetofónica, 9 de setiembre de 1997.

¹⁸ Fleury, Sonia. Política social, exclusión y equidad en América Latina en los 90. Nueva Sociedad, julio-agosto 1998, 156:72-94, p. 89.

¹⁹ Berman, Peter. Health Sector Reform: Making Health Development Sustainable. En: Berman P (ed.). Health Sector Reform in Developing countries. Boston: Harvard School of Public Health, 1993:13-33.

respectivamente.²⁰ Lamentablemente cada gobierno en el Perú sale con todos sus archivos y existe poca data de las décadas pasadas y la que hay denota baja consistencia. Pero hay otra forma complementaria de visualizar las brechas de ineficiencias e inequidades, conforme a la recomendación de la OPS de medirse contra un máximo más elevado, dado por los niveles que se podrían haber producido si se hubieran seguido las políticas apropiadas²¹: calcular el gasto perdido en virtud de la segmentación del sistema y los consiguientes subsidios cruzados, subcoberturas y filtraciones.

El balance objetivo de un sistema público de atención de dimensiones nacionales como el del MINSA pensamos requería, además, una perspectiva comparada con otros países de América Latina. De esta forma, hemos buscado verificar si el posicionamiento relativo del sistema de salud del Perú avanzó o retrocedió en la década. Dado que el MINSA produce el 70% de las atenciones sectoriales y sus curvas de producción en el tiempo son casi simétricas con las del otro gran prestador, el Seguro Social, es esperable que los altibajos del sistema de salud correspondan en buena medida a sus movimientos. Se ha planteado que en el mundo hay cuatro tipos de países según el monto del gasto per cápita en salud y la gerenciabilidad de dicho gasto: habría países con menor gasto pero mejor gerenciabilidad, países con menor gasto y baja gerenciabilidad, países con mayor gasto pero baja gerenciabilidad y países con mayor gasto y alta gerenciabilidad.²² Sabíamos de antemano que toda construcción de índices uniformiza indicadores muchas veces dispares. Hemos sido también conscientes de que los componentes de un desempeño gerencial son variados y que hay países con muchos productos y pobres resultados y viceversa, o sistemas de eficiencia/efectividad altas pero distribución inequitativa de sus beneficios. Pero no teníamos otro camino para evaluarnos como país que mirarnos en el espejo de Latinoamérica, construyendo para ello un índice global de gerenciabilidad de sistemas de atención.

²⁰ MINSA. Política Nacional de Salud. Principales logros 1985-1990. Lima: MINSA, junio de 1990.

²¹ OPS, 2001, Evaluación y mejora del desempeño, ibidem, p. 6.

1.2. El desempeño de las evaluaciones de desempeño.

El Ministerio de Salud encargó a partir de 1995 múltiples estudios sobre el sector salud, entre ellos el contratado con el Consorcio ESAN-AUPHA-SEVERS-FUNSALUD para el “Análisis del Financiamiento del Sector Salud”²³, el que realizó Macroconsult sobre “Análisis del Gasto Público en Salud”²⁴ y el que efectuó el Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico (CIUP) sobre “Análisis de costos de los servicios de salud”²⁵. Luego se multiplicaron diversos aportes sobre el sistema y sus servicios,²⁶ que tuvieron en común denotar problemas de gestión expresados en ineficiencias, bajos rendimientos, desigualdad en la distribución de los recursos, problemas de acceso, subcoberturas, sobrepeso administrativo, filtraciones, subsidios cruzados, entre otros señalados. Estudios que se hicieron a finales de la década pasada o inicios de la actual²⁷ mostraron que casi ninguna de las investigaciones había motivado rectificaciones importantes en la lógica institucional de la década. Esto quiere decir que las evaluaciones de desempeño tuvieron un pobre desempeño, lo que mueve a preguntarse por las condiciones institucionales que hicieron refractarios a los decisores respecto a las evidencias. Pasamos a señalar aquí, en consecuencia, alguna información sobre la evolución de la conducción ministerial, que haga más inteligible la data encontrada.

²² BID. Como organizar con éxito servicios sociales. Washington: BID, 1996.

²³ ESAN / AUPHA / SEVERS / FUNSALUD, 1997, ibidem.

²⁴ MACROCONSULT S.A., 1997, ibidem.

²⁵ Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico, 1997, ibidem.

²⁶ MINSA. Análisis de la demanda efectiva y su relación con el modelo de gestión de los establecimientos de salud del primer nivel de atención. Lima: MINSA, PAAG, 1999. Reyes, Carmen. Financiamiento del sector Salud 1995-1996. 1ª. Ed., Lima, Proyecto Generación de Capacidades en el Ministerio de Salud, 1998. Francke, Pedro. Focalización del Gasto Público en Salud: situación y alternativas, 1ª. Ed., Lima, Ministerio de Salud. Proyecto 2000, 1998. Gómez Gladys, María Luisa Salazar y Jorge Tello. Evaluación de los procedimientos de programación y presupuesto de las regiones y subregiones de salud, 1ª. ed. Lima, Ministerio de Salud. Proyecto 2000, 1999.

²⁷ Petrera, Margarita. Financiamiento en Salud. En: Arroyo Juan, La Salud Peruana en el Siglo XXI, Retos y Propuestas de Política. Lima: CIES, julio 2002, p. 87-139. Valdivia, Martín. Acerca de la magnitud de la inequidad en salud en el Perú. Lima: GRADE, Documento de Trabajo N° 37, 2002. Alvarado, Betty. Focalización de los recursos públicos en salud. En: Arroyo Juan, La Salud Peruana en el Siglo XXI, Retos y Propuestas de Política. Lima: CIES, julio 2002, p. 41-85. Oscar Ugarte y José Antonio Monge. Equidad y reforma en el sector salud. Lima: Universidad del Pacífico, Centro de Investigación, 2000.

Evidentemente quienes conducen el Ministerio de Salud y sus aparatos prestadores son los Ministros de salud y el Perú tuvo en la década de los 90 ocho Ministros, que fueron los doctores Carlos Vidal, Víctor Yamamoto, Víctor Paredes, Jaime Freundt, Eduardo Yong, Marino Costa, Carlos Augusto de Romaña y Alejandro Aguinaga. Contra lo que plantea el facilismo, no se puede afirmar que sus gestiones tuvieran la misma política de salud. Es más, en algunos casos el sentido general de sus políticas marchó en sentido contrario. Esto de alguna manera contradice el tipo de evaluaciones en bloques quinquenales que suelen hacer los analistas políticos, asumiendo que las políticas de los gobiernos tienen uniformidad y que se despliegan con igual intensidad a todo lo largo de los periodos de gobierno. En el Perú - y esto vale para el sector salud como para otros sectores - las políticas de cada sector suelen cambiar con cada Ministro, así como la calidad de su gestión y sus resultados. Y hay todas las combinaciones imaginables: gestiones ministeriales de formulación tardía y de formulación temprana; administraciones que gestionan sus políticas sectoriales con alta, mediana o baja intensidad; administraciones con resultados efectivos y al revés, administraciones de mucho activismo e innumerables productos pero sin resultados.

Esta diversidad de políticas ministeriales tiene implicancias para nuestro estudio pues la evaluación de indicadores que hemos hecho acumula, consolida, entonces, los productos y resultados de toda esta diversidad de gestiones. Entender al fujimorismo en salud obliga por eso a encontrar la lógica de una dinámica variada en la década, sin forzar tampoco regularidades donde no las hay. Las investigaciones realizadas sobre las políticas de los ministros de la década concluye que hubieron tres tipos de ministros según sus políticas: los ministros bajo la influencia clara del paradigma de “Salud para Todos” – con todo lo que conlleva- de la OMS y la OPS, que fueron los doctores Carlos Vidal (1990) y Víctor Paredes (1991-93); los ministros más privatistas, ejemplificados por Jaime Freundt (1993-94) y Marino Costa (1996-98); y los ministros “neopopulistas”, los casos de Eduardo Yong (1994-96) y Alejandro Aguinaga (1999-2000), que fueron en nuestro concepto los que marcaron la década. Después de todo el Dr. Alejandro Aguinaga fue Vice-Ministro de Salud desde 1994 hasta ser Ministro en 1999 y representó la continuidad de la política de salud.²⁸ Vista la década en una gran mirada

²⁸ Arroyo, Juan. Gobernabilidad en Salud en el Perú en los 90. Lima: MINSA, 2001.

es posible dividirla en dos etapas según el enfoque dominante en cada una de ellas: entre 1990 y 1994 la influencia dominante correspondió al enfoque clásico de la OMS/OPS y a partir de ahí ingresó como hegemónico el nuevo enfoque de la economía de la salud. Se puede decir que el año 1994 fue el punto de quiebre, en que se difuminó la forma de gobernar y hacer salud que fue característica de las décadas previas. Por eso en los primeros años de los 90 en el nivel central del Ministerio el debate y mezcla de elementos se daba entre los enfoques privatistas ortodoxos y los “sanitaristas”, mientras en los últimos seis años los discursos mezclados y a veces en conflicto provenían del “pluralismo-estructurado” colombiano, con énfasis en el financiamiento y los mecanismos de pago, del gerencialismo modernizante, y del “patrimonialismo clientelar”, la forma de poner los aportes de la economía y la gerencia al servicio de la voluntad reeleccionista del gran decisor.

La mayoría de políticas de salud efectivas, esto es, que tuvieron repercusión real en el desempeño del sistema y por tanto con sostenibilidad en el tiempo, fueron políticas o reformas parciales. Cristina Ewig²⁹ ha resaltado cuatro de ellas: la creación del Programa Salud Básica para Todos (PSBT, 1994), el impulso de la planificación familiar (PF, 1996), la creación de los Comités Locales de Administración en Salud (CLAS, 1994) y el establecimiento de las Empresas Prestadores de Salud (EPS, 1997). Otros autores han añadido a la lista dos: la generación de la política de recursos propios (RDR, 1991) y la creación de los primeros seguros focalizados, el Seguro Escolar y Materno-Infantil (SEG, SMI, 1997-98), antecedentes del actual Seguro Integral de Salud (SIS).³⁰

Salvo las EPS, que no han podido expandirse, se puede decir que las otras cinco políticas impactaron o tuvieron efectos directos en el desempeño de los servicios y programas, como veremos. El Programa Salud Básica para Todos promovió notoriamente la expansión de los servicios periféricos, dotándolos de recursos para contratar horas extras y alargar los horarios.³¹ Los CLAS constituyen una modalidad

²⁹ Ewig, Christina. Democracia diferida: Un análisis del proceso de reformas en el sector salud. 1a. Edición, Lima: Red para el Desarrollo de las Ciencias Sociales en el Perú, febrero 2000, pp. 481-518.

³⁰ Arroyo, Juan. Salud: La reforma silenciosa. 1a. Edición, Lima: UPCH, 2000.

³¹ Escalante, Giovanni. Los recursos humanos en salud. En. Consorcio de Investigación Económica y Social, políticas de Salud 2001-2006, Lima, CIES, pp. 295-333.

particular de administración de centros y postas, en el Estado ya no los administra sino representantes de la comunidad y del Estado con personería jurídica, que reciben el financiamiento público. Los CLAS produjeron mejoras en los establecimientos que los tuvieron, aunque su crecimiento fue lento en los primeros años³². La política de promoción de los recursos propios se originó en 1990 por la aguda crisis fiscal pero luego se constituyeron en una política permanente de co-financiamiento de los servicios públicos, permitiendo reflotar los ingresos de los hospitales, centros y puestos pero con efectos regresivos sobre la equidad³³. El apoyo enfático al programa de planificación familiar produjo un notorio aumento de las atenciones en el campo de la salud reproductiva, que marcó la década, aunque hubo excesos ejemplificados en las esterilizaciones involuntarias. Por último, los seguros escolar y materno-infantil, elevaron notoriamente las atenciones y atendidos del sistema público a fines de la década,³⁴ y lo siguieron haciendo en el presente quinquenio bajo el nombre del SIS, que los unificó.

Los testimonios de los decisores de la época ratifican que las formulaciones de políticas de salud se convertían en políticas efectivas cuando pasaban por el gran decisor de la década, el ingeniero Fujimori, que moldeó así, a su imagen y semejanza, las políticas de salud. Incluso algunas de ellas, como las de planificación familiar o el SEG, se originaron desde Palacio mismo y tuvieron oficinas ahí; otras fueron planteadas desde el Ejecutivo, el caso del PSBT. No fueron políticas originariamente ministeriales o sectoriales. De esta forma, la capa de funcionarios y consultores ministeriales debatió intensamente sobre la reforma en el sector, impulsó iniciativas de cambios regionales o institucionales y preparó metodologías e instrumentos conforme al tenor de la modernización gerencialista de los 90. Pero nunca logró involucrar al gran decisor en el discurso de la reforma. En 1996, en plena inauguración de un evento internacional de reforma organizado por el Ministerio de Salud, Fujimori criticó a los organizadores por centrar el certamen en la reforma y no en temas específicos como el de planificación

³² Cortez, Rafael. Equidad y calidad de los servicios de salud: el caso de los CLAS. Lima, Universidad del Pacífico, 1998.

³³ Arroyo, Juan. La autonomización de hospitales públicos y sus consecuencias sobre la demanda de atención de salud, Lima, 1988-1997. OPS, Revista Panamericana de Salud Pública, año 78, vol. 6, N° 5, noviembre 1999, pp. 301-310.

familiar.³⁵ El decisor estaba más interesado en políticas sociales efectistas, basadas predominantemente en productos visibles, no en resultados de lenta maduración. Las evaluaciones de desempeño no tenían así espacio en esta lógica de corto plazo, que podía ocultar tras el volumen de actividades y productos, la asignación ineficiente de recursos. De ahí el cuidado en mostrar más, no importa cómo. Este enfoque fue necesariamente asistencialista pues en él la política social termina en el punto terminal de servicios o en la entrega de la obra. El estado paternalista da las cosas. El momento culminante de la política es la inauguración. El ciclo de la intervención concluye allí. No hay preocupación por la sostenibilidad ni por el involucramiento.

Los Ministros de salud tuvieron un tiempo promedio de permanencia corto en el cargo: 470 días. Los Ministros en estas circunstancias sólo tuvieron bajo su control la generación de productos pero no de resultados, menos de impactos. Sus indicadores de éxito eran de corto plazo. Así y todo, correspondiendo al clima de renovación propiciado por la globalización, se plantearon seis proyectos de reforma en la década: Carlos Vidal planteó en 1990 un Sistema Integrado Regionalizado, Víctor Paredes en 1992 la territorialización del sistema público a través de las ZONADIS, Jaime Freundt en 1993 la privatización ortodoxa a la chilena, Yong en 1995 una reforma de centro bajo el lema de “Equidad, eficiencia y calidad”, Marino Costa una reforma a la colombiana y Alejandro Aguinaga, los seguros focalizados a la boliviana. Todos estos proyectos quedaron trancos, salvo los seguros, que pervivieron, en consonancia plena con el neopopulismo efectista que se vivía. Pero no se emprendió ninguna reforma sectorial en salud en la década. Recién en 1997, luego de siete años de gobierno, el fujimorismo discutió su proyecto de reforma sectorial y lo concretó en la Ley de Modernización de la Seguridad Social (Ley 26790). Pero el debate sobre dicha ley fue mucho mayor que su impacto real, pues las EPS que creó finalmente no prosperaron.

De esta forma, uno de los pocos gobiernos que, por lo dilatado de su permanencia en el gobierno, pudo incluso ver la fisonomía de la sociedad que sus propias políticas

³⁴ Instituto APOYO. Evaluación del Seguro Escolar Gratuito y del Seguro Materno-Infantil. Lima, mayo 2002.

³⁵ Fujimori, Alberto. Discurso de inauguración a cargo del ingeniero Alberto Fujimori, Presidente de la República del Perú. En: MINSA, Seminario Internacional Reforma del Sector Salud, Lima, 1997, pp. 131-2.

económicas y sociales estaban moldeando, no reevaluó lo que estaba produciendo. Viendo la estadística de los tiempos de permanencia de los directores nacionales es posible apreciar que alrededor de 1994 ingresaron a dichos cargos de confianza profesionales que permanecieron prácticamente hasta fines de los 90. Hasta ahí los Ministros y los directores entraban y salían por igual. A partir de entonces los Ministros rotaban pero dichos funcionarios no, constituyéndose en el equipo fujimorista en salud. Ellos pudieron apreciar los resultados de su gestión y tuvieron la oportunidad del ensayo-error. Pero no hubo una reorientación.

Habiendo sido esta la dinámica, nada autoriza a creer, de antemano, que lo que sucedió en el país en la última década fue la simple aplicación de algún modelo de política social o de salud. Esto no quiere decir que no existan paradigmas y modelos internacionales sino que existen países que no logran asumirlos con la pureza que los países-tipos ideales de políticas, como Chile o Colombia o Nueva Zelandia. Hay países en que predominan las hibridaciones. En ellos las políticas son fruto del encuentro y desencuentro de los actores. Es a esto lo que hemos denominado anteriormente “reformas silenciosas”. En estos países hay una dinámica más compleja de producción cultural, social y política de las políticas públicas.

Capítulo 2

Una mirada teórica al problema

Es curioso el divorcio en los 90 entre la salud pública y las ciencias sociales, por lo menos en el Perú. Así, los profesionales del sector salud peruano no tuvieron resquemores respecto a la globalización y se embarcaron en tratar de interpretar las nuevas corrientes de pensamiento tecno-económico, unos más fidedignamente, en la línea neoliberal, y otros mas moderadamente, en lo que sería un centrismo tecno-social. Esto mientras los científicos sociales y académicos rechazaban las amenazas de la globalización y no llegaban a un acuerdo sobre si el nuevo “animal político” que había surgido con el fujimorismo era simplemente neoliberal o neopopulista.

Esto dice de la complejidad de los fenómenos sociales, difíciles de abarcar con una categoría. Pero dice también de la distancia entre los mundos interiores de la salud pública y las ciencias sociales. Para la salud pública los 90 fue una década pragmática, muy lejana de los temas del desarrollo y las filosofías sociales, que la caracterizaron en las décadas previas. De esta forma, el salubrista de los 90 perdió el rastro de los orígenes teóricos de las innovaciones en las que se embarcó, abocándose desde el Ministerio de Salud, el Seguro Social y la academia al desarrollo operacional de los nuevos enfoques surgidos con la salud globalizada. Esto hizo que pudiera convivir naturalmente con las mixturas más originales, mientras las ciencias sociales polemizaban sobre cómo definirlo. Para Marcos Novaro³⁶ se trataba de un régimen “neopopulista” prosiguiendo en parte la línea conceptual de O’Donnell cuando habló de “democracias delegativas”³⁷, un régimen basado en la confianza personal en el líder. Nicolás Lynch objetó la utilización del concepto de populismo por no mantener las propiedades centrales del concepto original, proponiendo en su reemplazo explorar el fenómeno del clientelismo.³⁸ Otros asumieron que se estaban aplicando en salud políticas neoliberales dictadas desde el exterior, que intentaban convertir en mercancía

³⁶ Novaro, Marcos. Crisis de representación, neopopulismo y representación democrática. En: Grompone, Romeo (ed.), Instituciones políticas y sociedad. Lecturas introductorias, Lima, IEP, 1995.

³⁷ O’Donnell, Guillermo. ¿Democracia delegativa? En: Grompone, Romeo (ed.), Instituciones políticas y sociedad. Lecturas introductorias, Lima, IEP, 1995.

³⁸ Lynch, Nicolás. Neopopulismo: Un concepto vacío. Socialismo y Participación N° 86, diciembre 1999, pp. 63-80.

la salud.³⁹ Lo paradójico es que los neoliberales sienten que lo que ha sucedido en los 90 no es fidedignamente lo que ellos planteaban, menos aún en las áreas sociales.⁴⁰

Esta situación original de paternidad discutible del fujimorismo nos ha llevado a intentar una lectura de lo sucedido en los 90 en salud en el Perú, a partir de la literatura procedente de tres campos. Por un lado la literatura originada desde la salud pública y en particular sobre sistemas de salud y evaluación del desempeño. De otro lado, la literatura procedente de la administración pública, sobre nueva gestión pública, modelos de gestión y reforma del estado. Por último, aquella producida desde la economía pero sobre temas relacionados a la política y las instituciones, bajo los enfoques del public choice, neoinstitucionalismo y capital social. Lo que pasaba en el sector salud en los 90, en esta visión, tenía que ver con desplazamientos tectónicos que se estaban produciendo en diferentes campos teóricos.

2.1. La evaluación del desempeño en la Salud Pública contemporánea.

La literatura sobre desempeño de los sistemas de salud es de larga data en la historia de la Salud Pública mundial. Lo más relevante para nuestros efectos han sido los cambios últimos en los enfoques sobre sistemas de salud, que han tenido repercusiones en la evaluación del desempeño relevando algunos aspectos y opacando otros.

Lo nuevo es que en la década de los 90 ha habido un cambio de discurso sanitario hegemónico mundial que viene teniendo como consecuencia un énfasis en la racionalización de los recursos. Esto quiere decir que los protagonistas de la década pasada vivieron un cambio de paradigma que sólo se da cada cierto tiempo.

³⁹ Laurell, Asa Cristina. Avanzar al pasado: La política social del neoliberalismo. En: Asa Cristina Laurell (coord.), Estado y Políticas Sociales, México, Fundación Friedrich Ebert, 1992, pp. 125-146.

⁴⁰ Abusada Roberto, Fritz Du Bois, Eduardo Morón y José Valderrama. La reforma incompleta. Rescatando los noventa. Lima: Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico e Instituto Peruano de Economía, 2000, p. 27.

Como explicaron Ernesto Cohen y Rolando Franco⁴¹, en la segunda mitad de los 80 e inicios de los 90 se extendió la idea de que el Estado Benefactor había sido dispendioso y era necesario maximizar la calidad del gasto social. Ello suponía la conciencia de la escasez de los recursos disponibles, pero además, la evaluación de que en el pasado la pobreza presupuestal se usó mal o no se direccionó bien.

Este nuevo enfoque de las políticas sociales ha proseguido desarrollándose a todo lo largo de la última década y ha significado en el campo de la salud el fin del ciclo 1948-90 en que fué hegemónico el discurso anterior de la Organización Mundial de la Salud. El antiguo discurso era claramente “sanitarista” y se expresaba en las ideas fuerza de salud como bienestar biofísico e integral, Salud para Todos y Atención Primaria. Marcus de Melo y Nilson do Rosario Costa⁴² han analizado para el caso latinoamericano este proceso de establecimiento de una nueva agenda en salud y el reemplazo del paradigma de salud pública que la OMS lideraba, que ambos explican como una fusión del viejo sanitarismo centrado en la prevención vía inmunizaciones y el desarrollismo. La identidad sanitaria y “autoridad cognitiva” se respaldaban entonces en la legitimidad incontestable de la epidemiología, elemento que cambió en los 90 con el ingreso de la economía como nueva disciplina hegemónica.

Una de las repercusiones del cambio de discurso hegemónico fué el relevo del principio de la equidad como el eje en la organización de los sistemas de salud. Es probable que un balance más lejano de los hechos descubra que la fuerte carga doctrinal que fué característica del siglo XX encubrió muchas inequidades en la asignación de recursos. La literatura hace tiempo dio cuenta de lo perjudicial del método de los presupuestos históricos, del soslayamiento de los costos y del mal direccionamiento de los recursos hacia los grupos organizados de la población, que tenían posibilidades de movilización.⁴³ Pero en ese entonces hubo consenso sobre los valores o propósitos finales de la atención en salud, incluso pese a la existencia de dos

⁴¹ Cohen, Ernesto y Rolando Franco. Evaluación de Proyectos Sociales. México, Siglo XXI editores, 1992.

⁴² De Melo, Marcus y Nilson do Rosario Costa. Desenvolvimento sustentável, ajuste estrutural e política social: as estratégias da OMS/OPS e do Banco Mundial para a atenção à saúde. XIII International Congress of Las Vegas, Atlanta, março de 1994.

⁴³ Franco, Rolando. Los paradigmas de la política social en América Latina. En: Revista de la CEPAL No. 58: 9-22.

grandes modelos de organización de los servicios, en polémica durante décadas: el Modelo del Estado Prestador y el de la Atención Primaria. Fueron elementos del Modelo Estatal Prestador la idea fuerza de la equidad como cobertura, el modelo médico convencional, el enfoque hospitalo-céntrico, la organización sectorial por sistemas y subsistemas, el subsidio vía la oferta, la planificación normativa y el modelo de gestión burocrática.⁴⁴ Luego arribó el Discurso de la Atención Primaria con sus énfasis en la promoción y prevención, la priorización en el primer nivel de atención dentro del sistema de atención, la descentralización, la participación social y la medicina de tecnología adecuada.

El ingreso de la economía como disciplina realzó el principio de la eficiencia en la organización y gestión de los servicios de salud. Como han demostrado múltiples estudios posteriores, la eficiencia no está en contradicción con la equidad. Pero el estilo original de los primeros ensayos de reforma estuvo muy impregnado por la idea-fuerza de la contención y recuperación de costos. Y el énfasis en muchos casos se trasladó de los resultados e impacto a los productos y actividades de los servicios, buscándose una eficiencia institucional y no necesariamente una eficiencia sistémica.⁴⁵ Bajo el eficientismo - la ideología generada a partir del punto de vista ortodoxo - las políticas de salud pasaron a focalizarse en lo intrasectorial, concentrándose en la ejecución del gasto asignado, dejando lo extrasectorial o intersectorial (la fiscalización de las políticas económicas o la priorización presupuestal del sector salud, por ejemplo) y el terreno mismo de las políticas públicas. El hilo conductor entre salud y desarrollo se quebró.

Ciertamente la concentración de la atención en la gerencia de las políticas sociales y ya no tanto en su formulación o en su gestión en el sentido amplio del término, ha redundado en una mayor sofisticación instrumental y consistencia técnica. La administración en salud se ha enriquecido con toda la renovación exigida por la lógica de proyectos y programas sociales (priorización, focalización, costo-efectividad, costo-beneficio), los desarrollos sobre gerencia de servicios y los elementos aportados por los

⁴⁴ Huertas, Rafael y Ángeles Maestro. Modelo socioeconómico y calidad de vida: una aproximación al concepto de salud social. Madrid: FIM, 1992.

⁴⁵ Arroyo, Juan, 1999, La autonomización de hospitales públicos, *ibidem*.

nuevos modelos de reforma del estado (contratos de desempeño, cuasi-mercados, cambio en los mecanismos de pago, autonomización de prestadores).

Es más, uno de los campos más densos en el debate sobre las nuevas políticas sociales ha venido siendo el de salud, en donde en la última década se ha vivido una etapa de gran creatividad en la sistematización de experiencias, metodologías e instrumentos para optimizar y monitorear el desempeño de los sistemas de salud. Estos nuevos desarrollos han provenido de los núcleos especializados de la Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Banco Mundial, Banco Interamericano de Desarrollo, Asociación Brasileña de Postgrados en Salud Colectiva, Instituto Nacional de Salud Pública de México, Universidad de Harvard, Fundación Mexicana de Salud, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Fundación Oswaldo Cruz y diversos centros “formadores” de políticas del Movimiento Candiense por la Promoción de la Salud, entre otros centros y espacios formuladores de innovaciones conceptuales y metodológicas.

La introducción del nuevo discurso hegemónico de la economía en el campo de la salud luego de dos décadas no ha logrado sin embargo ser de consenso, como sí lo fue el discurso anterior. Como explican Gill Walt y Lucy Gilson⁴⁶, no hay un consenso sobre las nuevas políticas de salud en los 90. Para ambas autoras esto se debe a que los valores previamente aceptados y los conceptos socialmente construidos durante décadas fueron abiertamente desafiados por el nuevo discurso. De ahí que luego de más de diez años de implementación de transformaciones en los sistemas de atención bajo las nuevas políticas, los problemas de las reformas para arribar a nuevos niveles de equidad y eficiencia hayan propiciado que el clima internacional sea de “reforma de la reforma”⁴⁷, esto es, lo que se ha dado en denominar reforma en salud ya no es necesariamente neoliberal y ha devenido en polisémico. A fines de los 90 empezó la apelación a balances de los sistemas de salud más reflexivos y mejor sustentados en

⁴⁶ Walt, Gill and Lucy Gilson. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. *Health Policy and Planning*; 9(4):353-370, 1994.

⁴⁷ Almeida, Celia. Reforma do Estado e Reforma de Sistemas de Saúde: Experiencias Internacionais e Tendencias de Mudanca. Lima, materiales del Seminario Internacional Análisis Comparado de Políticas Publicas en Salud, 17-19 junio 1999.

evidencias⁴⁸ y el surgimiento de los primeros sistemas de monitoreo y evaluación comparadas en sistemas de salud, estableciéndose alianzas multicéntricas para dichos fines. La fundación hacia fines de los 90 del Observatorio de la Salud en Europa y de la Iniciativa para la Reforma del Sector Salud en América Latina y el Caribe expresaron este clima. Luego, en los años 2000, vendría la oleada de gobiernos de izquierda en América Latina y el sentido general de las cosas se haría más entremezclado aún, con políticas que apelaban a instrumentos de todos los arsenales teóricos.

En el campo de la salud, por tanto, los problemas en la implementación de las reformas de los 90 llevaron a una actitud más cauta y a la exigencia de fundamentos objetivos para la toma de decisiones. Por eso existe hoy, de un lado una atención mayor a la construcción de sistemas de información e inteligencia sanitaria y de otro lado, un interés por los problemas de la transición de los sistemas de atención y por tanto una revalorización de los procesos políticos.⁴⁹ El mismo tema de la presente investigación – desempeño ligado a cambio institucional - expresa este nuevo interés.

En este contexto hay, en los años 2000, una revalorización de la equidad, si bien se admite que el nuevo énfasis en la racionalización de recursos es ya una herencia irreversible del cambio de paradigmas procesado en los 90. El neoliberalismo retrocedió, dejando sin embargo como herencia una mayor preocupación por la eficiencia y el desempeño, algo que en la lógica weberiana corresponde al momento burocrático. En realidad el difícil problema de la articulación entre eficiencia y equidad, que Arthur Okun⁵⁰ planteara a mediados de los 70, sigue siendo un desafío. Lo que ya va siendo cada vez más consensual es que la antigua operativización de la equidad en salud como equivalente de sistemas de atención a la demanda, que se reclaman como sistemas universales y de cobertura total pero que excluyen en la práctica a una parte importante de la población, se plantea debe ser superada.⁵¹ La

⁴⁸ Mills, Anne. Reforming health sectors: fashions, passions and common sense. In: Anne Mills, Reforming Health Sectors, London: Kegan Paul International, 2000, pp. 1-24.

⁴⁹ Russell S, Sarah Bennett and Anne Mills. Reforming the health sector: towards a healthy new public management. Journal of International Development, 11: 767-775.

⁵⁰ Okun, Arthur. Equality and efficiency: the big trade off. Washington D.C.: Brookings Institution, 1975.

⁵¹ Gwatkin, Davidson. Free Government Health Services: Are They the Best way to Reach the Poor? Paper BM, March, 2003.

mayor parte de sistemas de salud de América Latina están en un tránsito de vías múltiples en la búsqueda de brindar un mayor acceso a la atención de la salud. Para eso cada país escoge su camino, la mayoría manteniendo las estructuras de sus sectores y utilizando estrategias variadas.

Pasó la etapa de un solo sentido direccional. La reforma navega bajo la bandera de programas meso que son tan importantes a veces, que terminan siendo la reforma misma (seguro boliviano, programa Salud de la Familia en el Brasil de Cardoso, Seguro Popular en México, Salud Básica y SIS peruanos). Latinoamérica busca así transitar de la lógica de asistencia pública a una lógica de aseguramiento o de protección social, mucho más allá - más acá la verdad- de lo que fueron el modelo dual chileno y el modelo neoinstitucional colombiano⁵², las dos grandes vitrinas de los 90. En este nuevo marco, los conceptos de selectividad y focalización han hecho avanzar el direccionamiento del subsidio público y la eficacia en la asignación de los recursos, pero en la mayoría de casos ya no se utilizan como sinónimos de políticas sino como instrumentos, dentro del objetivo de la universalización.⁵³ El concepto de equidad ha sido así reconceptualizado como redistribución favorable a los grupos más necesitados y vulnerables.⁵⁴ Se ha comenzado por eso a hablar, por parte de la OMS, de un “nuevo universalismo”.⁵⁵ De la mano con todo esto, se plantea deba ser superado el concepto de eficiencia como sólo eficiencia de servicios o eficiencia institucional, debiendo articularse el concepto micro-económico de eficiencia al de eficiencia sistémica y al de eficacia y efectividad del gasto global en salud.⁵⁶ La presente investigación se propone aportar en este sentido.

⁵² Fleury, Sonia. Dual, Universal or Plural? Health Care Models and Issues in Latin America: Chile, Brazil and Colombia. Molina Carlos y José Núñez del Arco. Health Services in Latin America and Asia. Washington D.C., IADB, 2001, pp. 3-36.

⁵³ Francke, Pedro y Judith Guabloche. Focalización: Identificando a los pobres según características socioeconómicas de los hogares. Lima: Banco Central de Reserva del Perú, junio de 1995, pp. 8-13.

⁵⁴ Ministerio de Salud. Lineamientos de Política de salud 1995-2000. Lima, MINSA, dic. 1995.

⁵⁵ World Health Organization. The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance. Geneve, 2000.

⁵⁶ MINSA. Análisis del gasto público en salud. Lima, MINSA, 1997, pp. 11-16.

2.2. La Nueva Gestión Pública en las reformas del Estado y los modelos institucionales “híbridos”.

La literatura sobre evaluación de sistemas de salud y políticas de salud ha tendido en su enorme mayoría a estudiar las innovaciones promovidas por las reformas y sus resultados, sobre todo a nivel micro y meso, pero ha tenido hasta hoy como un “punto ciego” las enormes dificultades para emprender reformas macro en los países latinoamericanos. El pensamiento analítico ha primado sobre el pensamiento sistémico como fruto de la influencia del enfoque tecnocrático en salud. De ahí que convenga buscar en otros campos preocupaciones similares a la de la presente investigación, encontrándolas en la literatura sobre la reforma de la administración pública, que brinda claves importantes para entender el tema de las transformaciones institucionales.

Es curioso que en un continente con solo dos reformas estructurales de carácter nacional en los moldes tecno-económicos, la chilena y la colombiana, no se haya atendido con la amplitud y profundidad del caso a la dinámica particular del mejoramiento y cambio institucional en los países con bases culturales y de gestión diferentes a las de los países desarrollados. Alberto Infante⁵⁷ realizó el año 2000 un balance de las reformas en América Latina en base a 17 Perfiles de País existentes en la OPS, concluyendo que había todo tipo de situaciones: países con cambios en el sector que no podían ser denominados reforma, países con proyectos de reforma en discusión y no implementados todavía, países con cambios en áreas concretas sin afectación de los actores públicos y privados, otros con cambios globales en una de las instituciones públicas pero no en las restantes, países sin ningún proyecto de reforma, países con cambios sustantivos pero no explicitados y países con dos o tres periodos de reforma en la última década. En general el informe concluía que la mayoría de países de América Latina se encontraba o en el diseño o en las primeras fases de implementación de las reformas. Este no es el tenor de la mayoría de los artículos publicados en las revistas especializadas sobre los sistemas de salud del continente, que hablan de la reforma, como si ésta fuera homogénea y unidireccional, y esbozan el cuadro de una

⁵⁷ Infante, Alberto. Las reformas de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe. Revista de Administración Sanitaria, vol. IV, N° 13, enero-marzo 2000, pp. 29-47.

ola de reforma más o menos potente y unilineal, que despliega sin mayores particularidades ni contratiempos el paradigma de la economía neoclásica.

Es probable que este soslayamiento de lo sistémico se deba a la fuerte influencia analítica y pragmática vivida en salud en los 90, que conllevó priorizar objetos de estudio institucionales y no sistémicos, y produjo más estudios de “aplicaciones” puntuales y menos evaluaciones globales⁵⁸. Pero en todas las olas de reformas anteriores – se trate de la ola bismarckiana o la del modelo de Beveridge- las mejoras cualitativas en el desempeño de los sistemas de salud de los países tuvieron que ver siempre con reestructuraciones sectoriales y cambios en el modelo de atención, en la organización de la provisión y en el financiamiento en salud. Así surgieron en América Latina desde los 20’s los Institutos o Cajas de Seguridad Social, y desde los 50’s, los “Sistemas Nacionales de Salud”. Lo que la historia de la Salud Pública registra no son las pequeñas variaciones en las performances de los servicios, que se produjeron en esas décadas, sino los puntos de virajes de aquellos países que pasaron así a convertirse en modelos de reforma (Costa Rica 1942, Brasil 1989-94, Chile 1952). Las mejoras menores en el desempeño eran dejadas a la planificación y programación, pues las mejoras mayores pertenecían al capítulo de las reformas. La gran preocupación de esos tiempos por el acceso refería directamente al debate sobre la construcción de los denominados sistemas nacionales de salud. Las dimensiones de los sistemas de salud puestas sobre el tapete, sin rodeos, eran su organización y financiamiento.

Ha venido sucediendo un tanto al revés en los 90. Como dice Celia Almeida⁵⁹, el foco ha estado en la operacionalización de las políticas y no en la formulación y debate de las políticas mismas. Es probable ello haya sido reflejo también de las dificultades para emprender proyectos nacionales de reforma, como vamos a ver. Pero ello ha tenido como consecuencia que la particularidad de lo que hemos denominado reforma en la década de los 90 en el Perú (y en muchos países latinoamericanos) sea la introducción de elementos de la reforma gerencial en la estructura segmentada de provisión y

⁵⁸ Almeida Filho Naomar y Jairnilson Silva Paim. La crisis de la Salud Pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. Cuadernos Médico Sociales 75: pp. 5-30.

⁵⁹ Almeida, Celia, 1999, *ibidem*.

financiamiento, heredada del pasado.⁶⁰ De esta manera las reformas se han convertido la mayoría de veces en procesos de modernización de la gestión, capaces de mejorar los procesos y optimizar la producción de servicios pero siempre dentro del techo marcado por las viejas estructuras segmentadas en las cuales se desenvuelven. Las tensiones originadas por este encuentro, desencuentro, cooptación, integración, mezcla, conflicto, entre tradiciones diferentes y las “hibridaciones institucionales” que se han originado con la reforma gerencial no han motivado, paradójicamente, una poderosa línea de investigaciones en el campo de las políticas y sistemas de salud.

En contraste con esto, la literatura sobre administración sí se ha ido interesado por las tensiones generadas por los cambios institucionales y lo ha hecho a propósito de los avances y problemas suscitados con la introducción del gerencialismo y en particular de la Nueva Gestión Pública en las administraciones públicas. Hay en esta literatura muchas cosas recuperables para el mejoramiento del desempeño y los procesos de remodelamiento institucionales. Como se sabe, la Nueva Gestión Pública (NGP) no es sinónimo del gerencialismo, pero sí constituye una de sus vertientes más extendidas. Se puede decir que la mayor parte de las actuales reformas del Estado tienen algo que ver con ella. La literatura registra el surgimiento de esta escuela administrativa a comienzos de los 90 en Nueva Zelandia, con los trabajos de Christopher Hood⁶¹, Peter Aucoin⁶² y Jonatahan Boston⁶³. Dichos trabajos son sistematizaciones de los fundamentos de la reforma de Estado en Nueva Zelandia, que representa en forma más pura el paradigma de la Nueva Gestión Pública. Este modelo fue luego aplicado en Australia y Gran Bretaña para finalmente adquirir celebridad mundial con la reforma de la administración pública norteamericana planteada en 1993 por el Vice-Presidente Al Gore. En verdad los orígenes neozelandeses de la reforma gerencial permanecen ocultos, salvo para los especialistas. Son más conocidas las versiones posteriores a los dos libros que advirtieron el punto de viraje en la administración

⁶⁰ Arroyo, Juan. Democratización y racionalización: Viejos y nuevos problemas para la acción colectiva en salud. En: Arroyo, J (editor), La salud peruana en el siglo XXI. Retos y propuestas de política. Lima: CIES, DFID y Proyecto Policy, julio 2002, pp. 15-39.

⁶¹ Hood, Christopher. A Public Management for all seasons. Public Administration 69: 3-19.

⁶² Aucoin, Peter. Administrative Reform in Public Management: Paradigms, Principles, Paradoxes, and Pendulums. Governance, 3: 115-37.

⁶³ Boston Jonathan, John Martin, June Pallot y Pat Walsh: Reshaping the State: New Zealand's Bureaucratic Revolution. Auckland, New Zealand: Oxford University Press, 1991.

pública: “Reinventing Government” de Osborne y Goebler (1992) y “Breaking Through Bureaucracy: A New Vision for Managing in Government” de Michael Barzelay (1992).

Es curioso que haya sido el laborismo neozelandés el que inició en 1989 este modelo de reforma del Estado. Evidentemente no lo podía hacer el enfoque neoclásico ortodoxo, más preocupado en redimensionar el Estado que en reformarlo. Pero para ello el laborismo neozelandés abandonó la visión socialdemócrata clásica, apegada al modelo burocrático-estatal, para articular dos desarrollos contemporáneos: por un lado, los avances que la administración estratégica venía desplegando en el campo de la administración de empresas, y por otro lado, las aplicaciones al campo de la gerencia de las teorías del public choice, principal-agente y costos de transacción.

No se puede decir que haya actualmente una comprensión única de lo que significa la NGP pues representa un vasto campo de innovaciones gerenciales, pero ha venido teniendo algunas líneas de fuerza, que Boston et al.⁶⁴ sistematizaron, entre ellas: la creencia en que las diferencias entre el sector público y el sector privado no son importantes en términos de gerencia; el énfasis en el control por resultados; el retorno del control gerencial acompañado del desarrollo de monitoreo y rendición de cuentas; la desagregación de las grandes estructuras burocráticas en agencias cuasi-autónomas; el cambio en los modos clásicos de contratación; la preferencia por incentivos monetarios antes que en los no monetarios; y la introducción de acuerdos de desempeño. Para algunos⁶⁵ el concepto intenta expresar un set de mecanismos tendientes a optimizar el desempeño, en particular *la idea de una cadena de contratos entre principales y agentes a partir de un principal superior*, el Secretario o Ministro de Salud. Por tanto algunos de sus elementos han sido y son parte del gerencialismo en general, como el control por resultados, pero otros sí son específicos de la NGP, como los acuerdos de gestión, que en este enfoque se acompañan de la autonomización de los proveedores, la diferenciación de funciones dentro del Estado y el cambio en los mecanismos de asignación de recursos.

⁶⁴ Boston Jonathan, John Martin, June Pallot and Pat Walsh. Public Management: The New Zealand Model. New Zealand: Oxford University Press, 1996, p.26.

⁶⁵ Kernaghan, K. The Post-Bureaucratic Organization and Public Service Values. International Review of Administrative Sciences, 66(1): 91-104.

Lo relevante para nuestro estudio es que esta nueva corriente de la administración no llegó al Perú en los 90 como modelo global de reforma sino como caja de herramientas y en particular como acuerdos de gestión. No llegó el modelo de reforma, sino una de sus herramientas, los contratos de desempeño. De esta forma esta herramienta se “autonomizó” y empezó a ser aplicada en contextos institucionales enteramente diferentes al original, generándose una mixtura entre la ineficiente estructura segmentada, las culturas institucionales fuertemente patrimonialistas y la caja de herramientas gerencialista. Ciertamente nadie puede estar en desacuerdo con terminar con la modalidad de presupuestos históricos ni con la idea de asignar los recursos contra rendimientos y resultados. Lo que deseamos relevar aquí es que en el Perú y seguramente en la mayoría de los países latinoamericanos los paradigmas se han introducido a través de tool-kits. Ramió⁶⁶ ha descrito con lucidez esta modalidad de difusión de paradigmas a través de instrumentos, en que no se produce un debate político sobre el modelo de Estado que se desea implantar sino se decide implementar un nuevo instrumental de gestión de la mano de la Nueva Gestión Pública, que parte de unos valores ideológicos y administrativos que acaban finalmente por definir el nuevo modelo de Estado. Al final, mediante esta modalidad, dice Ramió, “el cómo (forma de gestionar) acaba definiendo el qué (modelo de Estado).”⁶⁷

La administración ha venido estudiando así las “hibridaciones” administrativas que se han producido en el Estado con la introducción del gerencialismo contractualista. Esto es de suma importancia pues hay hibridaciones sinérgicas y otras paralizantes, hibridaciones incoherentes y coherentes, las concientes y las enteramente inconscientes. En nuestro concepto, la reforma latinoamericana es una “reforma silenciosa” llena de hibridaciones ocultas.⁶⁸ Ramió aporta dos conceptos para la comprensión de estas mezclas de tradiciones y culturas administrativas. El primero es el concepto de “*isomorfismo institucional*”, que alude a la tendencia a la reproducción mimética de fórmulas institucionales foráneas, sea por presiones formales e informales, o por procesos de imitación de experiencias que se consideran exitosas. Para él, el origen del

⁶⁶ Ramió, Carles. Los problemas de la implantación de la nueva gestión pública en las administraciones públicas latinas: modelo de Estado y cultura institucional. En: Reforma y Democracia, N° 21, oct. 2001.

⁶⁷ Ramió, Carles, 2001, ibidem, p. 5.

⁶⁸ Arroyo, Juan, 2000, ibidem.

isomorfismo tiene mucho que ver con la formación cosmopolita de nuestras tecnocracias. El segundo concepto es el de “*decoupling*”, que refiere al desajuste entre la institucionalidad informal y la formal que suele originarse cuando se produce la implantación de elementos que proceden de contextos de referencia distintos. Mediante el decoupling la apariencia institucional se moderniza y asume las formas importadas, pero la dinámica real corre en paralelo como organización informal, dándose así “un cambio que no cambia el funcionamiento real de la organización”. Este ha sido, creemos, en alguna medida, el caso del sector salud peruano en los 90.

Sin embargo, es bueno señalarlo, la literatura ha advertido la existencia no sólo de las hibridaciones negativas sino también de las positivas. Hay países cuyas transformaciones institucionales tienen líneas de fuerza claras y que se convierten en sí mismos en paradigmas o modelos, pero también hay otro tipo de países en que se da la concurrencia más equilibrada de elementos procedentes de varios “tipos ideales” de reforma. Esto ha hecho que Evans⁶⁹ haya sostenido recientemente que la “hibridación” debiera ser una estrategia administrativa, pues el desafío actual según él es reequilibrar la agenda de la reforma del Estado, que ha estado muy centrada en los mecanismos de mercado o cuasi-mercado, debiendo combinar en el futuro elementos de tres modelos, el burocrático, el de mercado y el democrático. Bresser⁷⁰, igualmente, hizo a partir de 1994 desde el Ministerio de Reforma del Estado y la Administración Pública de Brasil, un planteamiento de reforma del Estado “híbrido”, el de articular el modelo de la reforma gerencial con el modelo de la reforma democrática. En el futuro seguirán surgiendo por tanto países-tipo y países-mixtos. El Perú es de estos últimos.

Sin embargo, el problema del Perú en los 90 es que hubo reformas parciales y no siempre armónicas sin una reforma sistémica, aludiendo así a otro tipo de casos: los de países-mixtos cuya hibridación es indeseada, parcial, contradictoria y desarticulada. En estos países la racionalidad general no obedece a un plan y se obtiene por tanto ex post, pero aún así, solo descubre, la mayoría de veces, desorden. En estos casos el análisis de

⁶⁹ Evans, Peter. Hybridity as an administrative strategy: combining bureaucratic capacity with market signals and deliberative democracy. VII Congreso Internacional del CLAD, Lisboa, Portugal, octubre 2002.

⁷⁰ Bresser, Luiz Carlos. Reforma del Estado para la Ciudadanía. La reforma gerencial brasileña en la perspectiva internacional. 1ª. Edición, Buenos Aires-Caracas: CLAD- Eudeba, 1999, p. 28.

las hibridaciones es importante porque revela las capas de una evolución por acumulación. La literatura procedente de los países desarrollados no trata mayormente estos casos porque refiere a las transformaciones desde el modelo burocrático al modelo gerencial^{71,72} y porque en cualquier variante de cambio, siempre coinciden la cultura cívica o informal con la cultura institucional formal. Pero en el Perú y en muchos países latinoamericanos no es así, porque la institucionalidad es débil y refleja una transición siempre irresuelta, yuxtaponiéndose en ella los modelos que corresponden a estadios sucesivos de la administración pública: el patrimonialista, el burocrático y el gerencial. El estudio de las hibridaciones es más importante en países así, con perfiles contruidos por acumulación.

Esto evidentemente no lo entendieron quienes empujaron la óptica privatizadora en América Latina. En la década pasada primó la “teoría del Estado mínimo” y en virtud de ello se puso en el blanco el modelo burocrático de gestión, en el supuesto que ya se había dado la reforma burocrática. En consecuencia, se desestabilizaron sistemas racionales de administración que aún no habían logrado imponerse en la mayoría de nuestros países, sobre la administración premoderna, clientelar y patrimonialista. Ese esquema rígido - mercado vs. Estado, modelo gerencial vs. modelo burocrático— no pudo por eso entender nuestra particular situación mixta, fruto de una primera transición inconclusa. Con la mirada bipolar no se podía entender la heterogeneidad latinoamericana. Evans⁷³ ha señalado, por ejemplo, casos en que organizaciones patrimoniales se disfrazan de burocracias weberianas. Guiados por las ideas bipolares muchas de las reformas de Estado y reformas sectoriales crearon en los 90 enclaves que se situaban fuera de las estructuras ministeriales. Shepherd⁷⁴ ha explicado que estas “islas de excelencia” lograban a veces éxitos parciales, pero a su vez dificultaban los

⁷¹ Crozier, Michel. Estado modesto, Estado moderno. 2da. Edición, México: FCE, 1992.

⁷² Barzelay, Michael. The New Public Management. Improving Research and Policy Dialogue. California: University of California Press, 2001.

⁷³ Evans, P. The State as Problem and Solution: Predation, Embedded Autonomy and Structural Change. En: S. Haggard y R. R. Kaufman, editors. The Politics of Economic Adjustment: International Constraints. Distributive Conflicts and the State. Princeton, N.J., Princeton University, 1992.

⁷⁴ Shepherd, Geoffrey. Administración Pública en América Latina y El Caribe: En busca de un paradigma de reforma”. En: Carlos Losada (editor). ¿De burócratas a gerentes? Las ciencias de la gestión aplicadas a la administración del Estado. Washington, D.C., Banco Interamericano de Desarrollo, 1999, pp.69-103.

esfuerzos por reformar la administración pública. Bajo ese esquema rígido se desestabilizó en el Perú en los 90 el incipiente desarrollo burocrático existente, desordenando aún más al Estado y convirtiéndolo en un haz disperso de organismos públicos descentralizados, programas y proyectos.⁷⁵ La nueva política social se caracterizaba por priorizar la asistencia de emergencia y focalizada, creándose fondos o programas verticales para la lucha contra la pobreza y las prestaciones públicas. Dado que los órganos de línea actuaban en el plano de políticas redistributivas de carácter estructural, la nueva prioridad en los 90 no pasaba por ellos.⁷⁶ Eso explica la relevancia de los proyectos y programas en salud en los 90.

No es casual entonces que este debate sobre modelos de gestión explícitos y ocultos sea un asunto relevante en la literatura internacional sobre reforma del Estado e ilumine la situación peruana. Luiz Carlos Bresser plantea la necesidad de pasar a la reforma gerencial, suponiendo la existencia de un Estado burocrático en nuestros países, tesis que puso en práctica en Brasil a partir de diciembre de 1994 al asumir el nuevo Ministerio de Administración Federal y Reforma del Estado (MARE). El proyecto que desarrolló tenía como expectativa darle forma a la segunda gran reforma de la administración pública en Brasil, dado que en su concepto la primera reforma se había dado en los años treinta y había creado la burocracia profesional. Bresser no soslayó el peso del patrimonialismo pero explicó que éste ya no existía en Brasil como cultura, como valor, sino como práctica, planteando al respecto el castigo y erradicación de este “tipo de cultura pre-capitalista”.⁷⁷

Joan Prats⁷⁸, por el contrario, ha venido defendiendo que en América Latina, por lo general, “no llegó a institucionalizarse sino parcial y excepcionalmente el sistema que Weber llamó de dominación racional-legal encarnado en la burocracia. De ésta se tomaron las apariencias formales; pero en ausencia de los condicionamientos socio-

⁷⁵ Arroyo Juan, 2001, Gobernabilidad, ibidem.

⁷⁶ Garretón, Manuel Antonio. Igualdad, ciudadanía y actores en las políticas sociales. En: Rolando Franco (ed.). Sociología del Desarrollo, Políticas Sociales y Democracia, México. Siglo XXI y CEPAL, 2001, pp. 186-194.

⁷⁷ Bresser, Luiz Carlos y Nuria Cunill. Lo público no estatal en la reforma del Estado. 1ª. Edición, Caracas, CLAD, 1998.

⁷⁸ Prats, Joan. Reinventar la burocracia y construir la nueva Gerencia Pública. Instituto Internacional de Gobernabilidad, Colección de Documentos, <http://www.iigov.org>

económico-políticos necesarios, se desarrollaron “burocracias patrimoniales”, que en el mejor de los casos se aproximan al sistema mixto que Weber llamó “burocracias patrimoniales”. En anteriores trabajos hemos fundamentado que esta mixtura es la dominante hoy en el Perú.⁷⁹

La fuerza de esta línea de argumentación de la moderna administración pública es importante para el análisis del desempeño institucional en salud porque explica, más allá de las apariencias de los organigramas, planes y discursos oficiales, las razones de la dificultad para cambios institucionales importantes, por el peso de la cultura informal patrimonialista. Roberto Da Matta⁸⁰ ha realizado aportes fundamentales en la comprensión de este tipo de sociedades en que tienen mucho poder las relaciones personales, incluso más que las relaciones impersonales surgidas de la normatividad general. Dice Da Matta que las relaciones personales, “que pueden parecer etéreas para el macroanalista, (...) me parecen fundamentales si se desea realmente aprehender la operación del sistema, abandonando su abordaje meramente formal o, lo que es peor, formalista.”⁸¹ Así, los valores e ideologías tradicionales eluden y reconvierten a su manera el sistema legal, resultando sociedades y administraciones públicas de “doble código”. Las regularidades de nuestra gestión pública, siempre sometida a la cultura de la reciprocidad, a los círculos de confianza, al aprovechamiento de lo no reglamentado, al principio de la sobrevivencia en el puesto, dicen de la fuerza de esta cultura. Méndez, O’Donnell y Pinheiro⁸² han llamado la atención recientemente sobre una consecuencia de este divorcio entre lo formal y lo informal: la ineffectividad de la ley en América Latina. Han señalado así la generalización de situaciones en que existe una brecha notoria entre lo legislado y su aplicación práctica. La queja en estos casos no es por la no existencia de alguna ley o norma sino porque, existiéndola, no se cumple la igualdad formal ante la ley. Hay así una declinación del denominado “universalismo de la ley”. O’Donnell explica que en estos casos se consiguen más cosas a partir del status social y por tanto por las conexiones personales que como

⁷⁹ Arroyo, Juan. Los problemas de la acción colectiva en salud. En: La Salud Peruana en el Siglo XXI. Retos y propuesta de política. 1a. Edición, Lima, CIES, 2002.

⁸⁰ Da Matta, Roberto. Carnavais, malandros e heróis. 4a. Edicao, Río de Janeiro: Zahar Editores, 1983.

⁸¹ Da Matta, Roberto, 1983, ibidem, p. 149.

⁸² Méndez Juan, Guillermo O’Donnell y Paulo Sergio Pinheiro (comp.). La (in)efectividad de la ley y la exclusión en América Latina. Buenos Aires, Paidós, 2002.

portadores de derechos.⁸³ De esta manera en muchas sociedades latinoamericanas la aplicabilidad de la norma es discrecional y la violación de lo legal, si se produce, no es ya delincuencia abierta de ciertos grupos sino una evasión masiva consentida. La norma es “filtrada” por el sentido común del funcionario o ciudadano, que evalúa si la aplica, haciendo casuística, moral relativa y jurisprudencia continua. Después de todo las culturas latinas enseñaron a sus pueblos desde antiguo a leer entre líneas y a distinguir entre lo expresado y lo fáctico, dando siempre amplios márgenes simbólicos a la existencia oculta de nuestro relativismo moral. ¿Alguien puede creer, entonces, que nuestras administraciones públicas se pueden entender sólo en base a sus mecanismos formales y soslayando su tremenda dimensión informal?

2.3. Las incursiones de la economía en el análisis institucional y las dificultades para la “acción colectiva” en los países desinstitucionalizados.

Hace varias décadas los economistas vienen incursionando en el análisis institucional y político. Es así como surgió el public choice y la teoría de la elección racional, y luego el neoinstitucionalismo. Pese a que estos enfoques económicos se basan en mayor o menor medida en la tesis del hombre egoísta, racional y maximizador de utilidades, creemos aportan a la comprensión de la toma de decisiones en los países desinstitucionalizados y con reglas de juego sin vigencia plena, precisamente porque estas sociedades sin cohesión muestran con agudeza los “problemas de la acción colectiva” que los economistas neoclásicos y neoinstitucionalistas analizaron para sociedades de mercado. De ahí que nos hayan sido útiles algunos conceptos provenientes precisamente de estas “incursiones”, en particular los planteados por Albert Hirschman, Mancur Olson, Ronald Coase, Douglass North y Robert Putnam.

No todos estos autores y escuelas representan la misma perspectiva dentro de la economía. Podríamos decir que Mancur Olson representa mejor la economía “dura” o

⁸³ O'Donnell, Guillermo. Las poliarquías y la (in)efectividad de la ley. En: Méndez Juan, Guillermo O'Donnell y Paulo Sergio Pinheiro (comp.). La (in)efectividad de la ley y la exclusión en América Latina. Buenos Aires, Paidós, 2002, pp. 305-336.

econométrica, de la cual surgió el public choice y la teoría de los juegos, mientras Hirschman y Putnam, al revés, son los más cercanos a las ciencias sociales “blandas”, siendo el neoinstitucionalismo un enfoque intermedio. De repente una lectura dicotómica de las ciencias sociales podría pensar que es incorrecto articular en el estudio de un objeto-problema desarrollos realizados desde dos perspectivas tradicionalmente opuestas, la humanística-social y la técnico-instrumental. Pero no compartimos esa lectura: mucho depende del objeto-problema. La construcción de un marco teórico no necesariamente debe basarse sólo en los enfoques que se comparten, pudiendo integrar y reconceptualizar elementos de teorías que tienen otras perspectivas, si son valiosos. Por eso, estando en general de acuerdo con las críticas de Almond⁸⁴ a la teoría de la elección racional y al public choice por su “individualismo metodológico” y por haber equiparado el gobierno y la política a los mercados, nos han parecido recuperables de dichas teorías algunos elementos de sus modelos de análisis de los procesos de decisión, pues las administraciones públicas con fuerte peso patrimonialista no arriban a comportamientos conforme al interés general y usufructúan privadamente bienes públicos. Utilizando el lenguaje de Hirschman, haremos uso de “consecuencias no intencionadas”⁸⁵ de la perspectiva neoclásica, recolocando su análisis de la dinámica de las decisiones en un marco social, político, cultural y valorativo más amplio.

En los últimos años se viene viviendo un desplazamiento teórico en esta franja técnico-académica, que fue la que gestó la ola privatista. Se ha disuelto el “consenso de Washington”, sin que aparezca claro su reemplazo.⁸⁶ Esto quiere decir que se vive ahora una doble transición, post-Estado Benefactor y post-neoliberal. Ello ha puesto en el primer plano teorías antes olvidadas y abierto pistas para nuevos desarrollos en relación a las reformas de las áreas sociales. Esto era impensable hace una década, cuando la teoría del Estado mínimo era plenamente hegemónica. Lo nuevo es el

⁸⁴ Almond, Gabriel. Una disciplina segmentada. Escuelas y corrientes en las Ciencias Políticas. México: Fondo de Cultura Económica y Colegio Nacional de Ciencias Políticas y Administración Pública, 1999, caps. I y IV.

⁸⁵ Hirschman, Albert. Introduction: Political economics and possibilism, A Bias for Hope: Essays on Development in Latin America, New Haven, Yale University Press.

⁸⁶ Birdsall, Nancy y Augusto de la Torre. El Disenso de Washington. Política económicas para la equidad social en Latinoamérica, Fondo Carnegie para la Paz Internacional y Diálogo Interamericano, 2001.

desplazamiento del centro de gravedad de la teoría neoclásica convencional a las variantes neoinstitucionalistas en los entornos académicos y tecnocráticos desde los cuales se produjo y reprodujo la hegemonía del enfoque de mercado. En el caso de salud esto significó el repliegue del modelo chileno de las ISAPRES como ejemplo internacional y su reemplazo por el modelo colombiano de cuasi-mercado.

Suele suceder en estas etapas de transición de un paradigma a otro – conforme enseñó Kuhn – que se multiplican las teorías alternativas, reviven los precursores y surgen los disidentes y los teóricos audaces. Durante muchos años otros núcleos académicos y tecnocráticos criticaron el enfoque neoclásico y plantearon la necesidad de una articulación entre las políticas sociales y políticas económicas, cuestionando la tesis del efecto de goteo y las políticas de simple compensación social.⁸⁷ Pero sólo lograron efectividad en la crítica las disidencias que se dieron desde el interior de la matriz neoclásica. Hoy la mayoría coincide ya incluso en la tecnocracia de los organismos multilaterales, en el agotamiento, revisión y/o ampliación del consenso de Washington, que habría cumplido su función en la etapa de ajuste y estabilización macro-económica. La tesis precursora que enunciara Ronald Coase⁸⁸ en 1937 sobre la existencia de otros costos además de los de producción y distribución, referidos a costos de transacción y costos sociales, ha sido desempolvada y empezado a tener múltiples desarrollos. Si la realidad no se reduce sólo a transacciones económicas y éstas necesitan un entorno favorable, es necesaria entonces una reforma de las “reformas de primera generación” y la atención a temas como la reforma del Estado, la reforma en salud, educación y justicia.^{89,90,91} James Wolfenson, Presidente del Banco

⁸⁷ Ramos, Joseph (1995) ¿Es posible crecer con equidad? Revista de la CEPAL 56, agosto 1995, pp. 13-24. Ver también: Bustelo, Eduardo. Hood Robin. Ajuste y equidad en América Latina en los 80. En: Bustelo, E. De otra manera. Ensayos sobre Política Social y Equidad. Santa Fe: HomoSapiens Ediciones, 2000, pp. 17-57. Ugalde, Antonio y Jeffrey Jackson. Las políticas de salud del Banco Mundial: una revisión crítica. Cuadernos Médico Sociales N° 73, mayo de 1998, pp. 45-60. Laurell, Asa Cristina (comp). Hacia una Política Social Alternativa. 1ª. Edición, México: Fundación Friedrich Ebert e Instituto de Estudios de la Revolución Democrática, 1996.

⁸⁸ Coase, Ronald. The Firm, the Market and the Law. Chicago: The University of Chicago Press, 1988.

⁸⁹ Ver sobre este debate: Emmerij, Louis y José Núñez del Arco (comp.): El desarrollo económico y social en los umbrales del siglo XXI. Washington D.C., 1999.

⁹⁰ Banco Interamericano de Desarrollo. América Latina tras una Década de Reformas. Progreso económico y social. Informe 1997. Washington DC, BID, pp. 36-37.

Mundial, anunció ni bien asumió el cargo en 1997 la necesidad de pasar de la concepción del “estado mínimo” a la del “estado eficaz”⁹². De ahí también los trabajos de Birdsall, Londoño, Székely y otros^{93,94,95,96} en la línea de mostrar las asociaciones entre educación y crecimiento y la imposibilidad del crecimiento con niveles altos de desigualdad social. En esta orientación crítica se han venido inscribiendo los escritos de Joseph Stiglitz, primero sobre las fallas el mercado, luego sobre la “ampliación de metas” de las políticas multilaterales⁹⁷ y más adelante sobre “el malestar en la globalización”⁹⁸.

Uno de los precursores históricos de este último viraje de la economía a lo institucional fue Albert Hirschman, que hizo valiosos aportes a la economía del desarrollo y a la comprensión del policy-making latinoamericano. De todos sus aportes nos parece de suma utilidad su enfoque sobre los mecanismos de las instituciones para recuperarse de sus fases de decaimiento, que ayuda a entender por qué en países como el nuestro se aprende a vivir con “imperfecciones evitables”. En el Perú, como veremos en el capítulo de resultados, existe un patrón histórico de desempeño del sistema de salud caracterizado por las performances regulares y los mejoramientos del desempeño con techos limitados. La pregunta que surge revisando la historia del sistema de salud

⁹¹ Naím, Moisés. Instituciones: el eslabón perdido en las reformas económicas de América Latina. Ponencia en Seminario Latinoamericano sobre Crecimiento Económico. Bogotá, Gobierno de Colombia y Banco Mundial, junio de 1994.

⁹² Banco Mundial. El Estado en un mundo en transformación. Informe sobre el desarrollo mundial 1997. Washington DC, p. 5.

⁹³ Birdsall Nancy and Juan Luis Londoño. No Tradeoff: Efficient Growth Via More Equal Human Capital Accumulation. Birdsall, Nancy, Carol Graham and Richard Sabot (editors): Beyond Tradeoffs. Market Reforms and Equitable Growth in Latin America. IADB, Brookings Institution Press, 1998, pp. 111-145.

⁹⁴ Lora, Eduardo and Juan Luis Londoño. Structural Reforms and Equity. Birdsall, Nancy, Carol Graham and Richard Sabot (editors): Beyond Tradeoffs. Market Reforms and Equitable Growth in Latin America. IADB, Brookings Institution Press, 1998, pp. 63-90.

⁹⁵ Londoño, Luis and Miguel Székely. Distributional Surprises after a Decade of Reforms: Latin America in the Nineties. BID, paper en la 38ava. Sesión anual de Gobernadores, Barcelona, marzo, 1997.

⁹⁶ Birdsall Nancy, Juan Luis Londoño y Leslie O’Connell. La educación en América Latina: La demanda y la distribución importan. Revista de la CEPAL N° 66.

⁹⁷ Stiglitz, Joseph. El malestar en la globalización. Madrid, Santillana Ediciones Generales, Buenos Aires, 2002.

⁹⁸ Stiglitz, Joseph. Más instrumentos y metas más amplias: desde Washington hasta Santiago. Paper presentado en Seminario Estabilidad y desarrollo económico en Costa Rica: Las reformas pendientes, San José, Costa Rica, abril de 1998, pp. 21-22.

peruano es porque nunca pudo darse propiamente una reforma en salud, ni la reforma burocrática o de los Sistema Nacionales de Salud, ni la de la Atención Primaria ni ninguna de las reformas contemporáneas. La ausencia del denominado “tríptico” de Hirschman - Salida, Voz y Lealtad⁹⁹ - creemos aporta a explicar en parte el problema.

Albert Hirschman enseñó sobre lo que hoy llamamos “evaluaciones de desempeño” que todas las empresas, organizaciones y Estados tienen lapsos de funcionamiento eficientes y lapsos de decaimiento y que hay dos formas de poner en marcha el mecanismo de recuperación de ellas cuando están por debajo del óptimo: por un lado la salida de los clientes que dejan de comprar sus productos o de pertenecer a la organización, y de otro lado la voz de los quejosos o insatisfechos con la organización. En ambos casos las administraciones toman nota del deterioro de sus productos. Si el precio no cambia y la calidad de los productos desciende, empieza la merma de los clientes o su insatisfacción manifiesta, lo que hace que las organizaciones asuman rectificaciones.

Puede suceder sin embargo que la demanda sea inelástica a las variaciones de la calidad, con lo cual no se producirán salidas y la institución no se enterará del problema. Al revés, si la demanda es muy elástica la caída de las ventas o adherentes es tan rápida que la institución o empresa puede colapsar sin apenas tiempo para darse cuenta de lo sucedido. Por tanto, para Hirschman los procesos de recuperación institucional o empresarial se dan si la elasticidad de la demanda respecto a la calidad no es ni muy grande ni muy pequeña. Esto es, para que exista el mejoramiento del desempeño es necesario que exista siempre un mix de clientes alertas e inertes, siendo los primeros los que advierten a la empresa el deterioro en curso y los segundos los que le dan el tiempo necesario para procesar las mejoras. Si todos fuesen alertas o inertes, no habría reflatamiento institucional o empresarial, pues o todos saldrían o todos mantendrían silencio.

La voz entonces es una salida intermedia, para los que desean mejorar un estado de cosas poco satisfactorio y no están dispuestos sin embargo a abandonar sus empresas o

⁹⁹ Hirschman, Albert. Exit, Voice, and Loyalty. Responses to Decline in Firms, Organizations, and States. Massachusetts, Cambridge, Harvard University Press, 1970.

instituciones. Esto es, no desean ejercer aún su derecho a la salida. Si existe una situación de monopolio, la voz resulta la única posibilidad para desplegar la recuperación y por tanto se hace más ruidosa conforme hay menos posibilidades de salida. La voz, además, tiene una eficacia que aumenta con su volumen. Pero si este volumen se eleva por encima de cierto punto, enseña el profesor Hirschman, comienza a tener un rendimiento decreciente pues amenaza la posibilidad de recuperación.

La voz sin embargo es más costosa que la salida. Para trasladarse de institución o empresa basta con cubrir los costos de información sobre productos sustitutos y calcular los costos de oportunidad. Pero quienes emprenden el camino de la voz tendrán que incurrir en un gasto de tiempo y dinero en el intento de mejorar las cosas, perderán de inmediato los descuentos por lealtad y probablemente tendrán que afrontar la inexistencia de mecanismos de queja baratos y eficaces. La voz no tiene asegurado el triunfo, dependiendo en mucho de la inclinación de la población a quejarse o a sufrir en silencio y de la posibilidad de la solidaridad con su causa.

Esta es una apretada síntesis del tríptico salida-voz-lealtad de Hirschman. Se puede apreciar su gran aporte a la conducción de firmas, instituciones y Estados al considerar a la voz y la salida como ganancias netas para emprendimientos mayores. Con ello aportó a la preocupación contemporánea de la gerencia por la satisfacción de los usuarios y respaldó en las ciencias políticas la línea teórica que aboga por la participación y la democracia participativa. La gente querrá a sus instituciones y se quedará en ellas si confía en la eficacia de la voz para conquistar mejoras.

El esquema tiene una enorme potencia explicativa de los problemas de desempeño en los sistemas públicos de atención latinoamericanos, que en su mayoría no tienen ni voz ni salida. Como veremos, los servicios públicos en su mayoría no tienen mecanismos para escuchar la voz de sus usuarios. No hay, además, una “cultura auditiva”, lo que hace que sólo se atienda la voz cuando aparece como escándalo en los medios, con volumen altisonante. De otro lado no existe tampoco la posibilidad de la “salida” de los usuarios porque los Ministerios de Salud suelen tener el monopolio del servicio y la pobreza de sus pacientes no les permite pagar productos sustitutos. El tríptico de Hirschman es así sumamente útil, pero tiene una flanco débil: al trasladar la dinámica

empresarial al terreno de las organizaciones y el Estado, no considera otros elementos desencadenantes de los mecanismos de recuperación institucional además de la voz y la salida. No toma en cuenta así otras fuentes del cambio institucional, entre ellas el rol político del decisor, la moral pública o “deber ser” normativo, la cultura y la renovación de paradigmas o enfoques, por sólo nombrar algunas.

Sin embargo, sea como fuere que el decisor procesa la articulación entre lo deseable y lo posible, en la práctica realiza un ejercicio de cálculo de los costos de transacción societales. Pasamos aquí a otro concepto clave para entender la situación peruana en los 90. Este concepto, el de costos de transacción, fue inicialmente formulado por Ronald Coase¹⁰⁰, luego desarrollado por Oliver Williamson¹⁰¹ y otros, y asumido por North¹⁰² y el neoinstitucionalismo contemporáneo. Lo recuperamos para nuestro marco teórico porque contribuye a explicar el mecanismo por medio del cual se “forma” la decisión. Enseña Easton¹⁰³ desde el enfoque sistémico que los inputs – demandas o apoyos - ingresan a la “caja negra” del Estado para convertirse ahí en decisiones políticas. Sin embargo, el enfoque sistémico no desarrolló la dinámica concreta de la decisión, cosa que realiza la teoría de los costos de transacción aunque con el sesgo economicista propio de sus orígenes. Lo que nos interesa aprovechar para nuestros propósitos es el proceso de balance – el calculo, la presunción, la intuición - realizado por el decisor entre los costos de transaccion y los beneficios netos del proyecto de mejora que siente necesario introducir, descontados dichos costos.

El concepto de costos de transacción alude a la estructura institucional necesaria para la realización de las transacciones económicas. Oliver Williamson, uno de los exponentes del tema, explica que los costos de los estados referidos al planeamiento y monitoreo son necesarios pero que obviamente los agentes económicos siempre preferirán estructuras de gobierno que minimizen estos costos. Los costos ex ante incluyen los del diseño, prevenciones contra incumplimientos de los contratos, costos

¹⁰⁰ Coase, Ronald, 1988, *ibídem*.

¹⁰¹ Williamson, Oliver. *The Economic Institutions of Capitalism: Firms, Markets, Relational Contracting*. New York, Free Press, 1985.

¹⁰² North, Douglass. *Instituciones, cambio institucional y desempeño económico*. México: Fondo de Cultura Económica, 1993.

¹⁰³ Easton, David. *Esquema para el análisis político*. Buenos Aires: Amorrortu editores, 1996.

de negociación y garantías de los contratos. Los costos ex post corresponden a los costos de alterar y resguardar el cumplimiento de los contratos o transacciones. Se asume por detrás del concepto de costos de transacción que la existencia del tercero en todo intercambio se justifica porque el comportamiento de los agentes económicos tratará de alinear a su favor la transacción.

El neoinstitucionalismo subsume los desarrollos previos sobre los costos de transacción en su preocupación por debatir la importancia de la institucionalidad y los incentivos para el comportamiento económico eficiente. North¹⁰⁴ desarrolla el argumento original de Coase sobre la diferencia entre los costos derivados de la transformación física de un bien y los costos del bien puesto en el mercado, hasta un punto que puede analizar las funciones de coordinación y cooperación, inenentendibles en el enfoque neoclásico. El punto de vista ortodoxo confía en el funcionamiento autónomo de los agentes en la economía de mercado, a diferencia de los institucionalistas, que sólo ven esto posible con la intervención de terceros, que por lo general es el Estado. Roemer resume la crítica a la ortodoxia de mercado: “la microeconomía convencional falla en aquellas situaciones (cotidianas) en las que los costos de las transacciones son mayores que cero.”¹⁰⁵ El caso es que éstas son prácticamente todas, por lo cual se requiere analizar el entorno del intercambio económico.

El problema en este tema es que si una sociedad es detallista y burocrática, la estructura de costos de transacción es alto y ello afecta a la economía. Pero puede existir, al revés, una sociedad anómica o de predominio de las violaciones de las normas, en que los costos altos no provienen de las normas sino de la cultura informal. Este es el caso peruano y en mucho latinoamericano, del cual no pueden hablar los neoinstitucionalistas, porque no se han visto de cara a esta situación. En estos casos es común la elevación de los costos de transacción hasta un nivel en que bloquean el intercambio mismo y esta elevación procede no sólo de la presencia del Estado sino de su ausencia. Se hace necesaria así una reforma de la institucionalidad, pero la reforma

¹⁰⁴ North, Douglass. Instituciones, cambio institucional y desempeño económico. México, Fondo de Cultura Económica, 1993.

¹⁰⁵ Roemer, Andrés. Introducción al análisis económico del derecho. México: Fondo de Cultura Económica, Instituto Tecnológico Autónomo de México y Sociedad Mexicana de Geografía y Estadística, 2000. p. 42.

del Estado en estas circunstancias suele tener un costo de transacción más alto que el normal, porque la ausencia o desarrollo inconcluso de la reforma burocrática hace que los intereses particulares primen más notoriamente sobre el interés general.

Lo que específicamente es de nuestro interés son por tanto los costos del cambio institucional. El objeto de aplicación de la teoría de los costos de transacción en nuestro caso ya no alude a la relación entre la institucionalidad y el mercado sino a los estímulos o dificultades provenientes de la propia institucionalidad a los arreglos de la misma institucionalidad. Para romper una situación de equilibrio o de estabilidad institucional dice North los agentes deben estar dispuesto a dedicar recursos a reestructurar los acuerdos. En un lado de la balanza está el beneficio derivado del mejoramiento del desempeño o reforma, mientras en el otro está el grado de facilidad o dificultad para la transformación. En términos de un sistema de salud por ejemplo los indicadores de producción de servicios descienden o mejoran conforme a la estructura institucional, que lleva implícita o explícita incentivos. Pero la modificación de dicha institucionalidad comporta también un “costo”, a contrastar con el mayor beneficio fruto del cambio. Para North la fuente del cambio es doble: las variaciones de los precios – que concretizan los incentivos – y la modificación de los gustos. En estos últimos estarían la moral pública o “deber ser” normativo, la cultura y la renovación de paradigmas o enfoques, que hemos enumerado antes como motivaciones de cambio para el decisor. Pero North avanza más y desarrolla la idea de que la estructura de las instituciones reduce o aumenta “el precio que pagamos por nuestras convicciones”.¹⁰⁶ Si reducen dicho precio, “las ideas, dogmas, modas e ideologías” (en otros términos, los gustos) se convierten en motivaciones importantes del cambio institucional.

De otro lado, tanto Hirschman como North son posibilistas, o mejor, incrementalistas. North es muy explícito al respecto: todo cambio “consiste en ajustes marginales al conjunto de reglas, normas y cumplimiento obligatorio que constituyen el marco institucional.”¹⁰⁷ Efectivamente todo gran cambio puede ser la sumatoria de pequeños virajes. Es más, lo que North denomina “cambios discontinuos” o cambios radicales, siempre terminan en un haz de cambios menores. Lo particular de la situación peruana

¹⁰⁶ North, Douglass, 1993, ibidem, p. 113.

¹⁰⁷ North, Douglass, 1993, ibidem, p. 110.

es que en salud hemos vivido otro caso, el de cambios pequeños pero no incrementales, esto es, cambios que van en sentido diverso y no construyen por tanto, una reforma más general. Estas fuertes limitaciones para arreglos institucionales sustantivos podrían confirmar el concepto clásico de “racionalidad limitada” de Simon, que intenta explicar por qué los individuos, al no llegar casi nunca a tener toda la información ni a tener todo el conocimiento necesario para una decisión óptima, terminan optando dentro de los límites de “decisiones satisfactorias”. En una palabra, se quedan donde están. En relación a esto Boston et al.¹⁰⁸ explican que la racionalidad incompleta del decisor le genera incertidumbre, lo que hace que se comporte conforme a rutinas, pautas y reglas, que le otorgan certidumbre y predictibilidad.

Nuestras investigaciones muestran la existencia de un tradeoff entre factibilidad y viabilidad en los proyectos de cambio en nuestras sociedades, que hacen posible lo imperfecto evitable e imposible lo beneficioso sustantivo. A mejor diseño del cambio, mayor resistencia, y viceversa.

La versión más extrema, pesimista, sobre la posibilidad de la acción colectiva es la de Mancur Olson¹⁰⁹. Hace muchos años Olson explicó la dificultad para agruparse cuando todos quieren gozar de los bienes públicos pero muy pocos quieren pagar los costos de ese bien colectivo. Él explicó que la lógica de la acción colectiva contenía esta tensión, pues no hay forma de que las personas no consuman bienes que por su naturaleza son colectivos pero cuyos costos no se distribuyen por igual entre todos los que los usufructúan. Bajo ese enfoque se fundó el public choice y la teoría de los juegos. El punto de partida era la antropología filosófica del hombre egoísta, fruto de la aplicación del cálculo económico a la interpretación de la política y sociabilidad. Para Olson sólo era posible la acción colectiva en los grupos pequeños, en que existían ciertos contrapesos, pero no en grupos mayores. Obviamente esto hacía incomprensible toda acción cooperativa en las sociedades, que es evidente existe. Pero en la historia de los países hay momentos sinérgicos y momentos en que priman los bloqueos por conductas no cooperativas, siendo por tanto útil apoyarse en la lúcida reflexión de

¹⁰⁸ Boston Jonathan et al, 1996, ibidem, p. 22.

¹⁰⁹ Olson, Mancur. La Lógica de la Acción Colectiva. Bienes Públicos y la Teoría de Grupos. México: Editorial Limusa, 1992.

Olson para estos últimos casos. En estas situaciones de suma cero florecen los “free riders” y las sociedades y los gobiernos se entrampan en mutuas desconfianzas – “dilemas del prisionero” diría Olson. Es el caso peruano luego de dos décadas de desestructuración y de años de culto al individualismo posesivo, precisamente con el fujimorismo.

Años más tarde Robert Putnam¹¹⁰ demostró las inconsistencias de una interpretación basada en sólo el cálculo y el interés, proponiendo la teoría del capital social. Esta responde a los dilemas de Olson planteando que “si los agentes no pueden hacerse mutuamente compromisos fiables, deben desaprovechar muchas oportunidades de obtener beneficios mutuos, con pesar, pero racionalmente.”¹¹¹ La cultura cívica, la solidaridad, la asociatividad, facilitan la cooperación y resuelven, a la vez, la posibilidad del intercambio y el abaratamiento de los costos de transacción. Putnam en cierta medida recupera en un lenguaje nuevo tesis planteadas desde la otra orilla, y quizás por eso se convierte en interlocutor válido ante la la franja tecno-académica de las multilaterales. Une su voz a Amartya Sen¹¹², que también había dejado establecido al respecto que el interés propio no es lo único racional ni toda desviación del interés propio es sinónimo de irracionalidad, planteando la existencia de una pluralidad en las motivaciones humanas. Ni siempre somos egoístas ni siempre somos desinteresados. Siendo el buen gobierno un bien público escaso en nuestro medio, Putnam y Sen iluminan las salidas, mientras North, Olson, Coase, iluminan el diagnóstico, aportan a la comprensión de la mecánica del autobloqueo constante como nación, como país, como sector y como sociedad.

¹¹⁰ Putnam, Robert. *Making Democracy Work. Civic Traditions in Modern Italy*. 5th printing, Princeton University Press, 1993.

¹¹¹ Putnam, Robert, 1993, *ibidem*, cap. 6.

¹¹² Sen, Amartya. *Sobre Ética y Economía*. Madrid: Alianza Editorial, 1989.

Capítulo 3

Objetivos y Metodología

3.1. Objetivos de Investigación.

3.1.1. Objetivo general.

Estimar los niveles de equidad y eficiencia en la prestación y el financiamiento de los servicios de salud del MINSA en el Perú en la década de los 90, vinculando los cambios en el desempeño de los servicios con las políticas de salud del periodo.

3.1.2. Objetivos específicos.

- a) Calcular indicadores de equidad en la prestación y financiamiento en salud en el sistema de servicios del MINSA en los 90.
- b) Realizar una comparación entre los indicadores de equidad y eficiencia en la prestación y financiamiento en el sistema público de la década de los 90 con las décadas anteriores.
- c) Establecer, a partir de los resultados encontrados, las políticas de salud que fueron centrales en la década pasada y describir sus efectos positivos o negativos sobre la eficiencia y la equidad.
- d) Realizar una comparación de los indicadores de equidad y eficiencia del sistema de atención del Perú en los 90 con los de países latinoamericanos.

3.2. Metodología.

La investigación buscó reconstruir la evolución de dos variables del sistema público de atención: la equidad y la eficiencia. Para ello trabajó sobre bases de datos nacionales e internacionales, aún inexploradas en sus múltiples relaciones.

3.2.1. Definición operacional de variables.

La investigación se basó en las siguientes definiciones y operacionalización de variables:

- a) Prestación.- Se define, conforme a Frenk, Londoño y Lozano¹¹³, como la combinación de insumos dentro del proceso de producción de servicios de salud, que se procesa en una estructura particular y conduce a una serie de productos (por ejemplo servicios de salud) que generan un resultado (por ejemplo cambios en el estado de salud del usuario). Los indicadores que se usaron para operacionalizar la variable prestación fueron:
 - ?? Atenciones y atendidos
 - ?? Consultas médicas
 - ?? Egresos hospitalarios

- b) Financiamiento en salud.- El financiamiento refiere a la movilización de dinero de fuentes primarias (hogares y empresas) y de fuentes secundarias (el gobierno en todos los niveles y organismos internacionales), y a su acumulación en fondos reales o virtuales que puedan entonces ser asignados.¹¹⁴ Hemos operacionalizado esta variable en los siguientes indicadores:
 - ?? Volumen del financiamiento sectorial
 - ?? Gasto per cápita sectorial

¹¹³ Frenk Julio, Juan Luis Londoño y Rafael Lozano. Futuros escenarios de la Salud en América Latina. Cocoyoc, México, junio de 1997, pp. 13-16

¹¹⁴ Frenk Julio, Juan Luis Londoño y Rafael Lozano. Ibidem.

?? Fuentes del financiamiento del sector público y por institución

- c) Gasto público en salud.- Refiere a los recursos financieros ejecutados por los prestadores de salud, procedentes de diferentes fuentes y agrupados conforme a los ítems presupuestales. Los indicadores de esta variables con los que trabajamos fueron:

?? Gasto público en salud en relación al PBI

?? Gasto público en salud en relación al presupuesto nacional

?? Gasto en salud por institución

?? Gasto per cápita en salud por institución

?? Gasto público en salud por fuente de financiamiento

- d) Equidad.- La investigación define la equidad como la mayor o menor desigualdad en la utilización o acceso a la atención de la salud brindada por el MINSA por parte de los diferentes grupos socio-económicos. Los indicadores que se usaron para la variable equidad son:

?? Personas con problemas de salud sin consulta

?? Consulta institucional y no institucional

?? Consultantes y no consultantes por quintiles de ingreso

?? Demanda atendida por grupos poblacionales

?? Utilización de servicios por quintiles de ingreso

?? Subsidio público recibido por el quintil 1

?? Filtraciones o subsidio público recibido por los quintiles IV y V

?? Gasto per cápita de salud por departamentos

?? Porcentaje del gasto de los hogares en el financiamiento en salud

- e) Eficiencia.- Se utilizó la definición de eficiencia económica, entendida como la combinación óptima de insumos para producir un nivel de servicios al menor costo. En razón de la inexistencia de un cálculo de costos en el sector público, se utilizó la data sobre gasto público en salud de la década procedente de los presupuestos ejecutados por el MINSA, conforme a la recomendación del LACRSS

sobre el cálculo de indicadores de eficiencia utilizando el gasto y / o presupuestos.¹¹⁵

Los indicadores que se usaron para la variable eficiencia fueron:

?? Consultas médicas por hora de trabajo médico

?? Concentración de uso en atenciones

?? Grado de uso de camas hospitalarias

?? Gasto público en salud por consulta médica

?? Gasto público en salud por atención por institución

?? Gasto en salud destinado a actividades administrativas dentro del total institucional

- f) Políticas de salud.- Refiere a los cambios en la regulación o legislación en salud que produjeron modificaciones de importancia en la gestión del sector público¹¹⁶, con efectos positivos o negativos sobre la eficiencia y la equidad. Operacionalizamos esta variable de esta forma:

?? Normas legales en salud centrales en la marcha de los servicios del MINSA 1990-1999.

3.2.2. Tipo de estudio y diseño general.

La presente investigación es un estudio descriptivo y correlacional, que analiza dimensiones centrales del sistema público de atención como la prestación y el financiamiento en salud, midiendo indicadores de equidad y eficiencia. Se estudiaron también las políticas centrales de salud de los 90 que influyeron en la equidad y eficiencia del sistema público.

¹¹⁵ Knowles James, Charlotte Leighton y Wayne Stinson. Indicadores de Medición del Desempeño del Sistema de Salud. Iniciativa Regional de Reforma del Sector de la Salud en América Latina y el Caribe (LACRSS). Septiembre de 1977, p. 33.

¹¹⁶ Latin America and the Caribbean Health Sector Reform Initiative (LACRSS). Methodology for Monitoring and Evaluation of Health Sector Reform in Latin America and the Caribbean. OPS & AID, December 1999, p. 10.

Es un estudio centralmente cuantitativo, tendiente a develar los efectos de las políticas de salud en el aparato prestador del sector público. Utiliza fuertemente una metodología comparativa, tanto para comparar el presente con el pasado como para comparar el sistema de salud peruano con el de otros países latinoamericanos.

3.2.3. Universo, unidad de análisis y observación, criterios de inclusión y exclusión.

El universo en nuestra investigación fué nuestro objeto de estudio, constituido por el sistema de prestación de servicios de salud del MINSA en los 90. No se necesitó una muestra porque no se realizó ninguna encuesta sobre personas, tratándose de un estudio de desempeño institucional.

El universo lo constituyeron el conjunto de servicios públicos de salud, entendiendo por sistema público, los estatales. Las unidades de análisis y observación fueron los recursos, actividades, productos y resultados del sistema público de atención, cuyas estadísticas sobre producción de servicios, gasto en salud, recursos humanos, poblaciones asignadas e infraestructura se recopilaron y agregaron. Se excluyó del estudio al sector privado en salud y al Seguro Social de carácter tripartito, así como otras variables referidas al desempeño de sistemas de salud y a la dinámica o proceso de implementación de nuevas estrategias y políticas en el sector público.¹¹⁷

La investigación se realizó entre abril del 2000 y abril del 2002, en la ciudad de Lima, Perú. El periodo de referencia abarcó todo el gobierno de Alberto Fujimori, entre agosto de 1990 y noviembre del 2000.

3.2.4. Procedimientos para la recolección de información, instrumentos y control de la calidad.

¹¹⁷ Latin America and the Caribbean Health Sector Reform Initiative (LACRSS), Ibidem, p. 9-10.

El estudio implementó un plan de análisis exhaustivo de las siguientes bases de datos existentes:

- a) La estadística de producción de servicios del MINSA entre 1990 y 1999 procedente del Health Information System (HYS), el principal sistema de información existente en el sector público a nivel nacional;
- b) La estadística del gasto en salud del MINSA existente en la Oficina General de Planificación del Ministerio de Salud;
- c) La estadística de la producción y gasto en salud en la década de los 80 procedente del mayor estudio hasta hoy realizado del sistema de salud del Perú, ANSSA-PERU 1985-86 (14 Informes Técnicos)¹¹⁸, y de las fuentes documentales de la época;
- d) La estadística sobre recursos humanos en salud procedente de los 2 censos sectoriales realizados por el MINSA en 1992 y 1996 ¹¹⁹ y data del Recenso parcial realizado en 1999.
- e) Las bases de datos de las Encuestas de Niveles de Vida 1991, 1994, 1997 y 2000; ¹²⁰
- f) La estadística sobre indicadores de sistemas de atención de salud por países, presentes en las bases de datos de la Organización Panamericana de la Salud y del Banco Mundial.

También se utilizó información procedente de fuentes secundarias, por lo que fue necesario realizar una amplia revisión de fuentes documentales, estadísticas y bibliográficas sobre el sector salud.

3.2.5. Plan de análisis de los resultados.

Las bases de datos arriba citadas se analizaron con apoyo del programa SPSS, realizando los cruces señalados en la operacionalización de variables. Dado el manejo de grandes bases de datos existentes sobre salud en el país, se trabajó directamente con un fuerte apoyo estadístico procedente de los equipos centrales del MINSA.

¹¹⁸ Zchock, Dieter. Análisis del Sector Salud del Perú, ANSSA-PERU. Lima, MINSA, 1986.

¹¹⁹ MINSA, Oficina de Estadística e Informática. 1er. y 2do. Censo de Infraestructura y Recursos Humanos del sector salud.

¹²⁰ Cuánto S.A. Encuestas Nacionales de Niveles de Vida 1991, 1994, 1997 y 2000. Lima: Cuánto S.A.

Para poder comparar el desempeño del sistema de salud peruano con los de América Latina se construyeron índices proxys de eficiencia, efectividad y equidad. Para construir los índices (proxys) de eficiencia y efectividad se utilizaron 10 indicadores de productos y resultados procedentes del Sistema de Información Técnica en Salud de la OPS, generándose índices de productos y resultados por país. Luego se les contrastó con el gasto per cápita en salud por año. Al final se pudo diferenciar países con alto y bajo gasto per cápita en salud y alta y baja gerenciabilidad por productos y resultados, conforme puede verse en el acápite respectivo de resultados. Para construir los proxys de equidad comparados se utilizaron 33 indicadores de la base de datos del Banco Mundial, por tener éstos indicadores diferenciados por quintiles.

Los indicadores para cada caso se seleccionaron conforme a su relevancia y pertinencia para expresar las variables de eficiencia, efectividad y equidad. Pero en algunos casos no se tuvo la oportunidad de elegir, por la ausencia de datos. La base de datos de la OPS no tiene los indicadores diferenciados por quintiles, por lo cual no pudo ser utilizada para la dimensionar la equidad. Pero tiene 19 países y la del Banco Mundial 8 con data completa. De esta forma la base de datos de la OPS pudo ser utilizada para obtener 10 indicadores de 19 países respecto a efectividad y eficiencia y la base de datos del Banco Mundial para 33 indicadores de 8 países en relación a equidad. Las dos bases de datos fueron utilizadas para variables y resultados distintos, no siendo mezcladas.

Los indicadores de productos procedentes del Sistema de Información Técnica en Salud de la OPS que se utilizaron para construir el índice global de productos por país fueron cinco: razón de atenciones ambulatorias por 1,000 habitantes, egresos hospitalarios por 1,000 habitantes, porcentaje de gestantes atendidas por personal capacitado, y coberturas de vacunación contra poliomielitis y sarampión. Igualmente los indicadores de resultados de la misma base de datos que se utilizaron para construir el índice global de resultados por país fueron esperanza de vida, mortalidad infantil por 1000 nacidos vivos, mortalidad en menores de 5 años, mortalidad materna y tuberculosis por 100,000.

Los indicadores utilizados para construir el índice de equidad, procedentes del Programa Pobreza y Salud del Banco Mundial, fueron 33: 8 de ellos fueron indicadores de productos (tasa de mortalidad infantil, tasa de mortalidad de menores de 5 años, porcentaje de niños no desarrollados, porcentaje de niños con bajo peso severo y moderado, porcentaje de madres con bajo índice de masa corporal, tasa global de fecundidad, tasa específica de fecundidad entre 15-19 años) y 25 de ellos fueron indicadores de resultados (cobertura de vacunación de sarampión, cobertura de DPT, cobertura de inmunizaciones completas, tasa de no cobertura en inmunizaciones, prevalencia de diarrea, tasa de tratamiento de rehidratación oral para diarrea, tasa de tratamiento médico para diarrea, porcentaje de casos de diarrea atendidos en establecimientos públicos, prevalencia de IRA, tasa de tratamiento médico de IRAs, porcentaje de IRAs tratadas en establecimientos públicos, tasa de gestantes tratadas por personal entrenado, tasa de gestantes tratadas por médico, tasa de gestantes tratadas por enfermera u obstetriz, tasa de gestantes con dos o más controles, porcentaje de atendidos por personal capacitado, porcentaje de atendidos por médicos, porcentaje de atendidos por enfermera u obstetriz, porcentaje de atenciones proveídas por establecimientos públicos, porcentaje de atenciones proveídas por establecimientos privados, porcentaje de atenciones proveídas en los hogares, uso de anticonceptivos modernos por mujeres casadas, uso de anticonceptivos modernos por hombres casados, conocimiento de medidas preventivas sobre VIH/Sida entre hombres, conocimiento de medidas preventivas sobre VIH/Sida entre mujeres).

Capítulo 4

Resultados:

La eficiencia en la prestación y financiamiento

¿La situación de salud de la población peruana mejoró o empeoró en los 90? ¿Los servicios de salud tuvieron un desempeño superior al de la década de los 80 o no? ¿La demanda en salud se comportó igual o hubo transformaciones importantes en ella? ¿Las políticas de salud de la década, en particular las referidas a la prestación y financiamiento, fueron “mejores” que las de las décadas anteriores? Estos han sido los interrogantes directrices de nuestra investigación, cuyos resultados expondremos.

Estas preguntas atraviesan el debate sobre el balance de la década pasada en salud. Las posiciones sobre esto son hasta ahora polares. Los que plantean que el balance es positivo argumentan que en los 90 hubo éxitos en la resolución de problemas de salud y que los establecimientos de salud prestaron más y mejores servicios de salud. Los que plantean que el balance es negativo enfatizan en los problemas de salud irresueltos e incluso agravados en la década de los 90 y en los problemas que quedaron pendientes en los servicios de salud.

Ciertamente, si la calidad de una buena política social son sus resultados, debemos remitir el balance de lo actuado en salud en los 90 a lo ganado en términos de “más” salud de la población. Un sistema de atención no puede ser evaluado en sí mismo pues *al final de cuentas lo que interesa no son tanto sus productos o actividades sino sus resultados* en términos de más salud. Pero la *dificultad para dejar que las cifras sobre la situación de salud hablen por sí solas deriva del hecho de que sus indicadores no dependen sólo ni principalmente de lo que se haga en el sector salud*. De tal forma que nuestra indagación ha reconstruido la data y calculado indicadores sobre los outputs o productos y actividades del sistema público de atención como expresiones más directas de las políticas de salud ministeriales. Los resultados de salud conseguidos en la década los estaremos revisando en el apartado dedicado a la comparación entre los países latinoamericanos. Pero nuestro estudio se centra en los efectos inmediatos de los procesos de toma de decisiones políticas de la década pasada, punto de partida para una problematización sobre el procesamiento de las políticas de salud en el Perú. El balance de una década polémica como la de los 90 nos ha llevado a apelar a la mayor objetividad en este balance en un terreno atravesado de prenociones y posicionamientos.

A renglón seguido vamos a mostrar en una mirada macro-sectorial lo actuado en salud, marcando lo que se hizo y lo que se dejó de hacer, lo que el sector produjo sin políticas ministeriales y lo que indujeron las políticas de salud explícitas e implícitas. *Cuatro criterios metodológicos* - que reiteramos- han sido tomados en cuenta:

- a) *No es posible establecer una relación de causa-efecto entre las políticas de salud y los problemas de salud por las variables externas que influyen sobre la situación de salud.* De ahí que se equivoquen quienes desean ver en los avances en la situación de salud una consecuencia de la bondad de las políticas de salud, y viceversa, en los retrocesos, una demostración de lo negativo de todo lo actuado. Esta relación esta mediada.
- b) *La evaluación de los servicios públicos de salud debe ir más allá de verificar el aumento o disminución en sus actividades o productos* (consultas, atenciones, egresos, partos, atenciones quirúrgicas) pues éstos se pueden deber a un incremento de los recursos físicos, financieros y humanos, por lo que se trata de evaluar la gestión limpiando el efecto de estos recursos. En nuestro caso se trata de una evaluación macro-sistemática de equidad y eficiencia del sistema público.
- c) *La línea base con la cual establecer una comparación de indicadores debe ser la dada por el nivel promedio de salud en los 80 y el desempeño histórico del sistema de atención en dicha década y no la línea base de 1990*, en que el país estuvo en tal situación crítica que todos los desarrollos sanitarios posteriores han sido cuesta arriba. Esto significa que a partir del punto de retorno de la crisis han existido dos etapas, la de recuperación de los niveles promedio, y la de nuevos desarrollos de la situación de salud y de la atención de la salud.
- d) *No es posible aprehender lo sucedido sin asumir una perspectiva comparada con otros países de la región*, en particular con los países de ingresos medios de América Latina, de tal forma de verificar si el posicionamiento relativo del Perú avanzó o retrocedió en la década. La metodología comparativa arroja resultados a asumir con cautela, por su complejidad y externalidades, pero es válida sobre todo para comparaciones de efectos de largo plazo, que es nuestro caso.

A renglón seguido vamos a exponer primero los aspectos que conducen a una estimación de la eficiencia, esto es, los relacionados a la disponibilidad de recursos, la producción de servicios de salud, el financiamiento y gasto en salud; y en segundo lugar, los aspectos que conducen a una evaluación de la equidad, que atañe a las transformaciones de la demanda en salud. Al final se hará una comparación de los proxys de eficiencia, efectividad y equidad con otros países latinoamericanos.

4.1. Los cambios en la disponibilidad de recursos físicos y humanos

4.1.1. La expansión de la infraestructura sanitaria: aumento de la accesibilidad geográfica.

En la década de los 90 se vivió una notable expansión de la infraestructura sanitaria, en particular de la del Ministerio de Salud. Los establecimientos de salud eran 4,617 en 1992 y pasaron a 7,189 en 1996 y a 7,501 en 1999. Lo notorio fue el incremento de centros y puestos de salud, siguiendo la tendencia marcada desde las décadas pasadas. Con esto se amplió en forma importante la accesibilidad geográfica, lo que repercutió en el aumento de la consulta institucional y de la demanda atendida del sistema público. El aparato prestacional del MINSA hoy está presente en 1,788 distritos del total de 1,812 distritos existentes en el Perú.

Tabla N° 1
Número de Hospitales, Centros y Puestos de Salud
del sector salud 1950-1999

Años	Hospitales	Centros	Puestos
1950	170	-	-
1955	179	-	-
1960	207	213	177
1965	267	330	538
1970	290	400	892
1975	326	533	1,115
1980	330	630	1,538
1983	347	772	1,815
1992	455	1,083	3,079
1996	472	1,849	4,868
1999	486	1778	5237

Fuentes: Elaborado en base a Bustíos, Carlos (1985); MINSA-OEI (1992); MINSA-OEI-PFSS (1997); OPS (2001)

Pero de otro lado, en los 90 el MINSA se consolidó como el primer subsector proveedor de servicios de salud. El MINSA tiene 6,208 establecimientos de los 7,501 existentes en el Perú, esto es tiene el 82,7% del total. El Seguro Social (ESSALUD) tiene sólo 321 establecimientos, las Sanidades militares 158 y el sector privado 826. ESSALUD, además, sólo está presente en 255 distritos y el subsector privado en 257, en las zonas más urbanizadas del país.¹²¹ En términos de tipos de establecimientos el MINSA tiene una preponderancia mayor a nivel de los establecimientos periféricos, pues cuenta con 5,069 de los 7,015 centros y puestos de salud existentes, esto es el 72,2% de ellos. En relación a hospitales sin embargo, el MINSA tiene sólo 139 mientras el Seguro Social tiene 91, las Sanidades militares 20 y el subsector privado 224. En términos de camas hospitalarias el Perú tenía 30,720 camas hospitalarias el año 1999, de las cuales 16,983 correspondían al MINSA, 5,435 al Seguro y 6,355 al subsector privado.¹²²

Tabla N° 2
Establecimientos de salud por tipo y pertenencia al MINSA, 1964-1999

Año	Hospitales		Centros de Salud		Puestos de Salud	
	Total	MINSA	Total	MINSA	Total	MINSA
1964 (1)	264	53	321	277	428	428
1975 (2)	337	110	533	347	1,110	994
1985 (2)	338	117	785	612	1,925	1,712
1992 (3)	455	148	1083	826	3,079	2,958
1996 (4)	472	136	1,849	1,028	4,868	4,762
1999 (5)	486	139	1,778	1,115	5,237	4,954

Fuentes: (1) Plan Nacional de Salud 1966 - 1970, MINSA 1965.
 (2) ANSSA-PERU (1986). Recursos Físicos del Sector Salud del Perú. Informe Técnico No. 4.
 (3) MINSA. Oficina de Informática y Estadística. I Censo de infraestructura Sanitaria 1992.
 (4) MINSA. Oficina de Informática y Estadística-Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud. II Censo de infraestructura sanitaria 1996.
 (5) MINSA. Infraestructura sanitaria de salud 1999, Oficina de Estadística e informática.

¹²¹ Cruz, Miguel. Informe sobre la situación del sector salud al final de la década de los 90. Lima, junio 2000.

¹²² Organización Panamericana de Salud. Perfil del Sistema de Servicios de Salud del Perú. 2da. Edición, mayo del 2001.

En el Perú hay dos grandes tipos de atención de la salud, la profesional y la popular, y cada vez que hay crisis nacional se desplazan segmentos importantes de la población hacia la segunda. Eso pasó con el colapso operativo de los servicios públicos entre 1988 y 1991. La ampliación importante de la infraestructura dada en los 90 fue la base de la reexpansión de la medicina profesional en relación a las medicinas populares y por tanto la mayor accesibilidad a la atención institucional, que fue el saldo general de la década pasada, si bien el autocuidado, el cuidado familiar son importantes y la asistencia en farmacia ha crecido hasta un punto que podría ser considerado un subsector prestador informal.

4.1.2. Los recursos humanos: de los problemas de disponibilidad a los desafíos de su distribución adecuada y desarrollo de capacidades.

Se puede decir que la problemática de recursos humanos en salud ha variado de énfasis, de estar centrada en los problemas de disponibilidad, a la problemática de su distribución, del desarrollo de capacidades, capacitación y motivación.

En alguna medida se ha resuelto el problema clásico de la disponibilidad por 10,000 habitantes en el Perú, si bien todavía hay un problema de distribución expresado en la sobre-oferta urbana y concentración en las principales capitales departamentales. En 1981 se contaba con 7,6 médicos y 5,8 enfermeras por cada 10,000 habitantes, cifras que llegaron en 1992 a 7,32 médicos y 8,7 enfermeras y en 1997 de 11,2 y 11,5 respectivamente.¹²³ Para efectos del cálculo de productividad, *el MINSA tenía 7,993 médicos en 1992, 9,893 en 1996 y 11,157 en 1999.*

La distribución sigue siendo sin embargo inadecuada. El I Censo de Infraestructura y Recursos Humanos realizado en 1992 reveló que el 60,2 por ciento de los médicos del sector público estaban en Lima metropolitana y 39.8 por ciento en las demás regiones del país. Conforme al registro del Colegio Médico de 1997, 67,47 por ciento de los

¹²³ Arroyo, Juan. Situación y desafíos de los recursos humanos en el área andina. En: Cuevas, Leobardo y Pedro Brito (coords.), *Presente y futuro en la formación, práctica y regulación profesional en ciencias de la salud*. 1ª. Edición, México: OPS, 2002.

médicos estaban en Lima. De ahí que los departamentos con mayor pobreza presenten una menor disponibilidad: en Huancavelica, Apurímac y Cajamarca, la tasa de médicos por cada 10,000 habitantes es de 2,8, 2,8 y 3,1 respectivamente; en tanto que en Callao, Lima y Arequipa es de 22,9, 17,3 y 14,5.

Gracias al Programa Salud Básica para Todos (PSBT) del MINSA, emprendido a partir de 1994, se ha logrado disminuir el porcentaje de médicos residentes en Lima, *ampliando en forma importante el tiempo efectivo global disponible en el sistema público*, al contratar por “servicios no personales” a 10,000 trabajadores en las regiones pobres del país desde 1995 en adelante. El PSBT tenía 1,676 médicos contratados en 1996 y 1,561 en 1998.¹²⁴

En términos de empleo, los dos grandes subsistemas prestadores, el MINSA y ESSALUD, son los más grandes empleadores en salud. El MINSA ocupaba en 1999 a 84,662 personas y ESSALUD a 31,631. Ese año laboraban en los servicios del MINSA 11,157 médicos y 9,862 enfermeras, mientras lo hacían en ESSALUD 5,237 médicos y 5,259 enfermeras. En el Perú las últimas cifras disponibles registran la existencia de 27,692¹²⁵ médicos activos y 21,820 enfermeras censadas¹²⁶.

La encuesta de la Escuela Nacional de Salud Pública, tomada en 1995, reveló que la actividad administrativa era realizada por 20.8% de los médicos del Ministerio de Salud y 13.2% de los del Seguro Social.¹²⁷

¹²⁴ Escalante, Giovanni. Los recursos humanos en salud. En. Consorcio de Investigación Económica y Social. Políticas de Salud 2001-2006. Lima, CIES, 2001, pp. 295-333.

¹²⁵ MINSA. Segundo Censo de Infraestructura Sanitaria y Recursos Humanos del Sector Salud. MINSA, Oficina de Estadística e Informática, 1996. Colegio Médico del Perú, Informe, 2000. Escalante, Giovanni. Los recursos humanos en salud. En: Consorcio de Investigación Económica y Social. Políticas de salud 2001- 2006. Lima, Julio 2001, pp.

¹²⁶ Colegio de Enfermeros del Perú. I Censo Nacional de enfermeros(as) del Perú, 2001

¹²⁷ MINSA. Escuela Nacional de Salud Pública. Encuesta nacional sobre la situación laboral de los médicos. Lima, ENSAP, 1995.

Tabla N° 3
Número de establecimientos, camas y recursos humanos
por instituciones, 1999

Instituciones	Infraestructura					Recursos Humanos		
	Hospit.	Centros de salud	Puestos de salud	Total de ES	Camas	Médico	Enfer	Personal Total
MINSA	139	1115	4954	6208	16983	11157	9862	84662
ESSALUD	91	38	192	321	5435	5237	5259	31631
FFAA y Policiales	20	81	57	158	1947	ND	ND	ND
Privado*	224	440	16	680	5851	ND	ND	ND
Otros*	12	104	18	134	504	ND	ND	ND
Total del Sector	486	1778	5237	7501	30720	ND	ND	ND

Fuente: OPS, Perfil del Sistema de Servicios de Salud de Perú, 2001.

* Los datos corresponden al año 1996.

4.2. La producción de servicios: repotenciamiento operativo sin reforma

4.2.1. El predominio de lo público estatal: el neoestatismo en lo social.

Lo relevante para nuestro estudio es que *un gobierno que se orientó por políticas económicas de mercado y que hacia 1991-92 quiso importar al sector salud peruano el modelo privatista chileno, produjo en la década pasada – por lo que se ve en las cifras- un modelo neoestatista.* A todo lo largo de la década no hubo una reforma privatista que cambiase centralmente la arquitectura organizativa y financiera del sector. Más bien hubo repotenciamiento operativo sin esta reforma, haciéndose más prominentes los servicios del MINSA dentro del sistema segmentado de provisión. Del total de la consulta institucional, el MINSA aumentó su participación en la demanda atendida del 44,8% en 1994 al 57,3% en el 2000. La participación del Seguro Social se mantuvo estable y la del sector privado disminuyó.

Tabla N° 4
Peso de los proveedores de servicios en la consulta institucional, 1994-2000

Año	MINSA	Seguro Social	Privado	Sanidad FFAA	Farmacia	Curandero	Otros
1994	44,8	16,9	12,2	1,8	4,4	3,8	1,0
1997	50,1	15,4	12,1	1,4	7,6	1,9	0,8
2000	57,3	16,6	9,6	1,0	5,3	2,3	0,7

Fuente: En base a ENNIV 1994, 1997 y 2000

Esta mayor presencia del Estado como proveedor contradice la tesis que interpreta todo lo sucedido en salud en los 90 como estrictamente neoliberal y privatista. El intento de aplicar el modelo de las ISAPRES en el Perú fracasó en 1991, luego de que el propio gobierno no reglamentase el Decreto Legislativo 718 impulsado por el Ministro de Economía Carlos Boloña, que estipulaba la creación de aseguradoras privadas con el nombre de Organización de Servicios de Salud. *El fujimorismo fue en lo social*

neopopulista y para ello necesitó ser estatista, lo que no obstaculizó el que buscara introducir el gerencialismo al interior del sistema segmentado y emprendiese una modernización de la atención de la salud. La difícil articulación entre el neoliberalismo en lo económico y el neopopulismo en lo político y social fue lo característico del fujimorismo. Ello explica el refuerzo del Estado proveedor, incluso en pleno auge en el Perú de la tesis de la Nueva Gestión Pública de la diferenciación de funciones.

4.2.2. Repotenciamiento operativo del sistema de atención: el volumen bruto de producción.

La estadística de la producción de servicios de salud, en particular la de consultas médicas, muestra que tanto el Ministerio de Salud (MINSA) como el Instituto Peruano de Seguridad Social (ahora ESSALUD) siguieron *una evolución similar desde 1985 hasta hoy: auge entre 1987 y 1989, caída hasta 1991, recuperación de los niveles perdidos hasta 1992 y desde 1993 en adelante una tendencia general ascendente hasta la actualidad, con una etapa 1996-97 de repliegue relativo.*

Se puede apreciar en la Tabla N° 5 que el periodo de mayor producción de consultas médicas durante el quinquenio 1985-1990 fué el de los años 1987-89, en que el MINSA y el IPSS produjeron alrededor de 9,500,00 y 8,600,000 de consultas médicas respectivamente. Esos fueron los momentos de mayor despliegue del sistema público de atención bajo el modelo anterior populista-estatista. Desde ahí ambos subsistemas entraron en crisis durante los años 1990-91, cosa más notoria en el caso del IPSS: el MINSA cayó a su punto más bajo en 1990 con 7,113,44476 de consultas y el IPSS en 1991 con 3,832,907, menos de la mitad de lo que venía produciendo normalmente en los 80. En el año 1992 los dos subsistemas recuperaron posiciones y ya *en 1993 lograron rebasar por primera vez las cifras del periodo 1987-89, que marcaban el desempeño histórico del sistema de atención en la década de los 80.* El MINSA produjo en 1993 10,900,745 de consultas médicas y el IPSS 9,633,121. Desde ese momento ambas instituciones prestadoras vivieron un desarrollo prestacional ascendente, sobre todo entre los años 1994 y 1995. En 1996 y 1997 hubo relativo descenso de la producción de consultas y

luego prosiguió el ascenso, llegándose en 1998 a 15,235,201 de consultas médicas en el MINSA y 11,358,649 en el IPSS.

En síntesis, desde 1993 los dos subsistemas públicos superaron los niveles históricos de producción de la década de los 80. Lo que toca ahora evaluar es si este aumento del volumen bruto de producción correspondió a un aumento proporcional de recursos financieros y del personal o se trató de una mejor gestión.

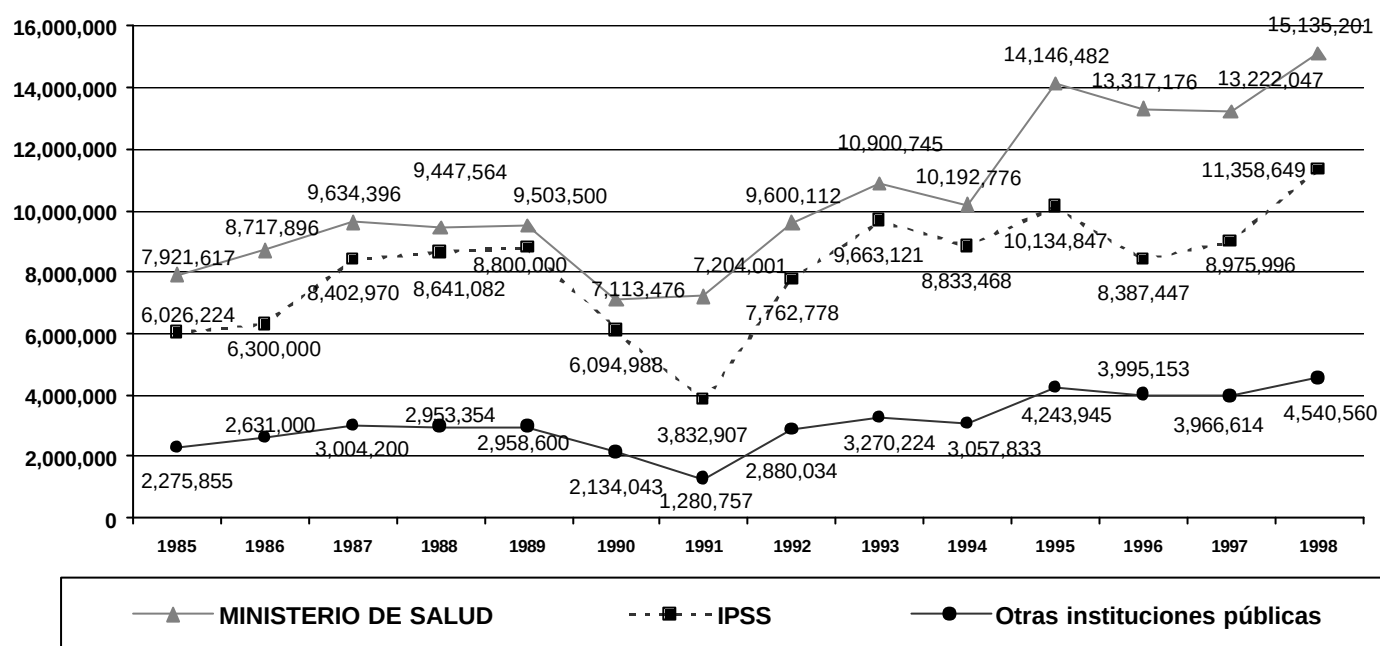
Tabla N° 5
Perú: Consultas medicas por instituciones prestadoras 1985-98

	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
MINSA	7,921,617	8,717,896	9,634,396	9,447,564	9,503,500	7,113,476	7,204,001
IPSS	6,026,224	6,300,000	8,402,970	8,641,082	8,800,000	6,094,988	3,832,907
Otras Inst. Public.	2,275,855	2,631,000	3,004,200	2,953,354	2,958,600	2,134,043	1,280,757

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
MINSA	9,600,112	10,900,745	10,192,776	14,146,482	13,317,176	13,222,047	15,135,201
IPSS	7,762,778	9,663,121	8,833,468	10,134,847	8,387,447	8,975,996	11,358,649
Otras Inst. Public.	2,880,034	3,270,224	3,057,833	4,243,945	3,995,153	3,966,614	4,540,560

Fuente: Elaborado en base a información de la Oficina de Estadística e Informática del MINSA

Gráfico N° 1
Consultas medicas por instituciones prestadoras 1985-98



4.2.3. Multiplicación de las atenciones: priorización en los programas verticales y en particular en inmunizaciones.

La evolución ascendente del sistema prestacional se muestra más pronunciada aún si pasamos a observar las atenciones ambulatorias, que incluyen todas las prestaciones del personal no médico (Tabla N° 6). Las atenciones del sistema global de atención del país han pasado de 7,204,001 en 1991 a 40,088,531 en 1998, mientras los atendidos aumentaban en el mismo lapso de 4,069,746 a 17,609,467. Las atenciones crecieron en la etapa 1991-1998 en 5.5 veces y los atendidos en 4.3.

La información sobre atenciones/atendidos fue mostrada reiteradamente por el régimen fujimorista como el *indicador principal de éxito en todas las publicaciones de la década*, lo que promovió una evaluación autocomplaciente sobre la marcha del sistema público. Todos sabemos su carácter bastante relativo por la inclusión en las atenciones de todas las actividades ejecutadas. Vale la pena sin embargo relieves dentro de este aumento de las atenciones las cifras bastante altas de las coberturas de vacunaciones en

los 90 (Tabla N° 7), indicador *de la prioridad que tuvieron en los 90 los programas y proyectos verticales y de la desconfianza relativa en los órganos regulares de línea*. El modelo de intervención preferido del fujimorismo fué a través de proyectos verticales sin articulaciones transversales ni mayores inserciones en la institucionalidad estatal. *El autoritarismo pragmático avaló la preferencia por intervenciones focalizadas proveniente del planteo de reforma del Estado minimalista.*

Tabla N° 6
Atenciones y atendidos del MINSA
Perú 1990 – 2000

Año	Atendidos	Atenciones
1990	4,445,808	7,967,093
1991	4,680,206	8,284,600
1992	5,318,767	10,862,847
1993	6,204,938	13,534,907
1994	7,977,570	18,017,440
1995	8,992,687	20,626,883
1996	13,822,269	28,050,974
1997	15,895,646	34,177,766
1998	17,609,467	40,088,531
1999	18,802,689	47,020,065
2000	19,573,798	51,150,131

Fuente. MINSA. Oficina de Estadística e Informática, 2002

Tabla N° 7
Perú: Cobertura de vacunaciones 1980-1999

Años	Cobertura de vacuna BCG en niños menores de 1 año	Cobertura de la DPT en niños menores de 1 año	Cobertura de la vacuna antipoliomelítica en niños menores de 1 año	Cobertura de vacuna antisaramponiosa en niños menores de 1 año	Promedio de coberturas en inmunizaciones
1980	ND	ND	ND	ND	ND
1981	59.7	18	17.9	24.5	30.0
1982	ND	ND	ND	ND	ND
1983	62.5	22.6	22.9	29.6	34.4
1984	ND	ND	ND	ND	ND
1985	ND	ND	ND	ND	ND
1986	53.6	49.5	50.3	40.7	48.5
1987	61.3	42.6	44.7	35.2	46.0
1988	70	60.9	60.8	52	60.9
1989	61.8	58.3	59.8	52.1	58.0
1990	78.4	67.1	69	59.8	68.6
1991	78.5	71	74.4	59.7	70.9
1992	85.2	82.9	84.6	83.3	84.0
1993	88.5	86.9	87.8	76.2	84.9
1994	92.1	87.4	87.4	75.1	85.5
1995	96.2	94.8	92.9	98.9	95.7
1996	96.9	100.5	100.6	86.6	96.2
1997	98.5	98.6	97	91.9	96.5
1998	96.2	99.6	98.6	94.5	97.2
1999	97	98.9	95.9	92.5	96.1

Fuentes: MINSA, Oficina de Estadística e Informática, 2002

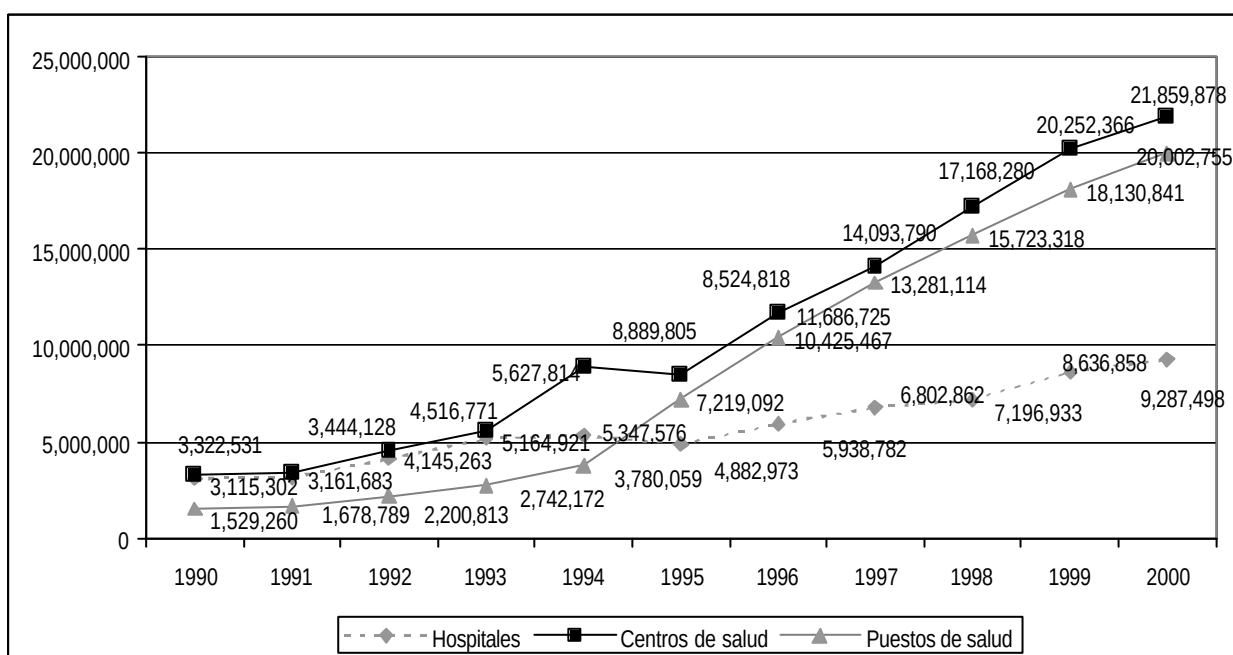
4.2.4. Despliegue de la periferia del MINSA, consecuencia del enfoque de focalización.

De otro lado, la observación de las atenciones según los niveles de los establecimientos en el MINSA (Tabla N° 8 y Gráfico N° 2) muestra que *el fenómeno de los 90 ha sido el amplio despliegue de la periferia* promovido por el Programa Salud Básica para Todos y el Programa de Administración Compartida. Esto fue consecuencia directa del nuevo enfoque de focalización propio del paradigma sanitario influido por la economía de la salud. En el Perú *la atención primaria recibió un impulso mayor en los 90, por obra de los*

nuevos enfoques de costo-efectividad, que en los 80, cuando el discurso de Alma Ata fue dominante.

En 1991 los hospitales producían el 38.1% de las atenciones, los centros de salud el 41.5% y los puestos de salud el 20.3%. Estas proporciones se modificaron sustancialmente a lo largo de la década: en 1998 los hospitales produjeron el 17.9% de las atenciones, los centros el 42.8% y los puestos de salud el 39.2%. De esta forma, el sistema prestador revirtió la anomalía generada por el colapso operativo de inicios de década, que afectó mucho más a la periferia que a los hospitales por estar los primeros en zonas rurales dominadas por la violencia armada de esos años.

Gráfico N°2
MINSA: Evolucion de las atenciones por niveles de atención, 1990-2000



Fuente. MINSA. Oficina de Estadística e Informática, 2002

Tabla N° 8
Atenciones del MINSA por niveles de establecimientos
Perú 1990 – 2000

Niveles	1,990	1,991	1,992	1,993	1,994	1,995	1,996	1,997	1,998	1,999	2,000
Hospitales	3,115,302	3,161,683	4,145,263	5,164,921	5,347,576	4,882,973	5,938,782	6,802,862	7,196,933	8,636,858	9,287,498
Centros de salud	3,322,531	3,444,128	4,516,771	5,627,814	8,889,805	8,524,818	11,686,725	14,093,790	17,168,280	20,252,366	21,859,878
Puestos de salud	1,529,260	1,678,789	2,200,813	2,742,172	3,780,059	7,219,092	10,425,467	13,281,114	15,723,318	18,130,841	20,002,755
Atenciones	7,967,093	8,284,600	10,862,847	13,534,907	18,017,440	20,626,883	28,050,974	34,177,766	40,088,531	47,020,065	51,150,131

Fuente: Oficina de Estadística e Informática del MINSA, 2002.

4.2.5. Estabilización de los egresos hospitalarios: el ingreso de la atención gerenciada y el estímulo de los recursos propios por la consulta externa.

Si observamos los egresos hospitalarios, un indicador clásico en el diagnóstico hospitalario, constatamos que en el caso de los hospitales no ha habido el ascenso pronunciado visto en las atenciones y consultas médicas en los últimos años y se ha dado más bien un comportamiento diferenciado entre el sistema prestador del MINSA y el Seguro Social. El aumento en las hospitalizaciones se ha dado sobre todo en el Seguro (Tabla N° 9 y Gráfico 3).

Los hospitales del MINSA en los 90 no han aumentado prácticamente el número de egresos respecto a las cifras de los 80. Entre 1985 y 1989 los hospitales del MINSA produjeron alrededor de 450,000 egresos: 441,996 en 1985, 462,326 en 1987 y 470,200 en 1989. Luego vino la caída hasta 341,365 egresos en 1990 y desde ahí cierta tendencia de recuperación lenta y sin superar con rotundidad las cifras de los años 1985-89, como sí pasó con las consultas médicas. En 1998 los hospitales del MINSA produjeron su punto más alto, 487,311 egresos. En el caso del Seguro, por el contrario, sí ha existido un aumento sostenido en las altas hospitalarias. El IPSS alcanzó en 1989 su punto más alto de egresos con 470,200 egresos. Luego este indicador cayó en 1990 y 1991 a su punto más bajo, 171,044 altas, pero desde ahí el Seguro aumentó sus egresos en forma sostenida hasta la cifra de 322,452 egresos en 1998.

En síntesis los egresos crecieron en la etapa 1991-1998 en el MINSA en 1.4 veces y en el IPSS en 1.9. Pero si comparamos el punto más alto en egresos de la década de los 90, el año 1998, con el promedio histórico de egresos en los años 80, el MINSA no creció y el IPSS lo hizo en 1.5. El débil crecimiento de los egresos hospitalarios es probable que se deba a varias razones, una de ellas el ingreso de la atención gerenciada y la transición actual a una medicina cada vez más ambulatoria, y otra, el incentivo de los recursos propios, que ha volcado a los hospitales hacia la consulta externa. Como fruto de este comportamiento diferenciado entre el MINSA y ESSALUD se ha establecido en el Perú una relativa división del trabajo entre el MINSA y ESSALUD en que el primero es más periférico y el segundo más especializado.

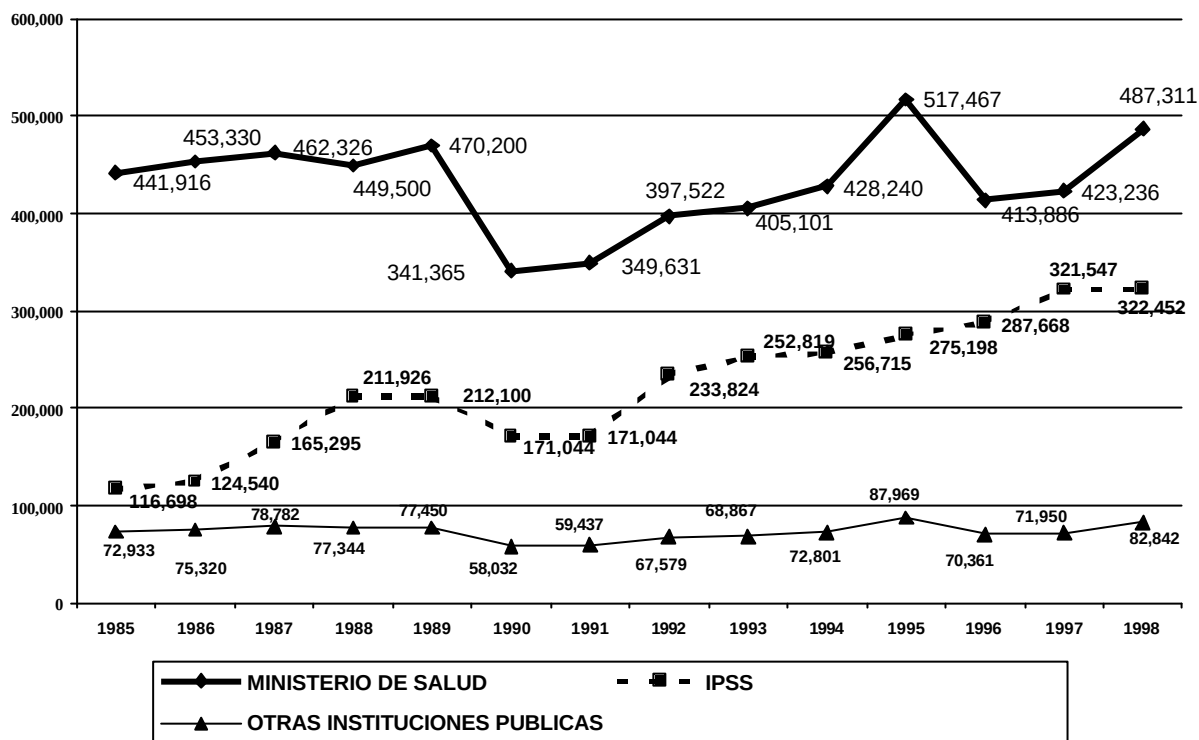
Tabla N° 9
Egresos hospitalarios en el sector público en salud
Perú 1985-1998

	1985	1986	1987	1988	1989	1990	1991
MINSA	441,916	453,330	462,326	449,500	470,200	341,365	349,631
IPSS	116,698	124,540	165,295	211,926	212,100	171,044	171,044
Otras Inst. Públic.	72,933	75,320	78,782	77,344	77,450	58,032	59,437

	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
MINSA	397,522	405,101	428,240	517,467	413,886	423,236	487,311
IPSS	233,824	252,819	256,715	275,198	287,668	321,547	322,452
Otras Inst. Públic.	67,579	68,867	72,801	87,969	70,361	71,950	82,842

Fuente: Oficina de Estadística e Informática del MINSA

Gráfico N° 3
Egresos hospitalarios en el sector publico en salud
Perú 1985-1998



4.2.6. Mayor producción que productividad: la preferencia por el volumen efectista y el corto plazo.

En términos de indicadores de producción el balance es cuantitativamente positivo, no así necesariamente en cuanto equidad y eficiencia. En otros términos, hay un aumento en la producción bruta de actividades, pero éstas no necesariamente se han distribuido mejor según los grupos más necesitados, por el significativo número de filtraciones y subcoberturas, y macroeconómicamente no existe una ganancia neta en eficiencia sistémica. Las cifras muestran *una mayor producción pero ésta en mucho aparece como correlato directo de la presencia de mayores recursos financieros, físicos y humanos más que por una mejor gerencia de la capacidad instalada del sistema o de una nueva manera de atender la salud, esto es, una reforma sanitaria.*

Tabla N° 10
Consulta Médica anual por médico por instituciones del sub-sector público de salud
Perú: 1964-1983

Sub sector	1964	1969	1974	1979	1983
MINSA	1462	2152	2050	1776	1710
Seguridad social	2210	2875	3158	1842	1827
Otras ent. Pub	1624	ND	681	583	688
Sector no público	5927	ND	5342	4724	2803

Fuente: MINSA-OPS. Atención Médica y su contexto Perú 1963-83. Lima 1985

Tabla N° 11
Número de egresos por cama hospitalaria disponible
según entidades de atención, 1964-83

Año	Total	MINSA	Segurida d social	Otras ent. Publicas	Sector no público
1964	13.7	13.2	18.7	7.5	17.3
1969	16.1	16.1	16.9	8.7	19.4
1974	21.7	22.7	22.5	12.3	23.6
1979	20.8	20.2	22.4	10.8	26.9
1983	24	23	24.7	17	33

Fuente: MINSA-OPS. Atención Médica y su contexto Perú 1963-83. Lima 1985

Se puede observar en las Tablas N° 10 y 11 que las consultas anuales por médico en el MINSA tuvieron su pico más alto en 1969 con 2,152 y llegaron en 1983 a 1,710. Los datos posteriores muestran que el MINSA produjo en 1986 8,716,896 consultas con un total de 5,697 médicos, lo que significa 1,530 consultas médicas anuales.¹²⁸ La encuesta de 1995 de la Escuela Nacional de Salud Pública reveló que la actividad administrativa era realizada por 20,8% de los médicos del MINSA. Restando este porcentaje de médicos en funciones administrativas, las consultas anuales promedio por médico fueron 1,447.76 en 1992, 1,699.48 en 1996 y 1,712.70 en 1998. Recién en este tramo final de la década las consultas/médico superan las cifras de 1983 y alcanzan las de 1969. Tomando como denominador el número de médicos nombrados y contratados en

¹²⁸ Cuánto S.A. Perú en Números 1994. Lima: Cuánto.

el Estado en 1999 la cifra de productividad anual fue de 6.77 consultas por día, esto es 1,69 consultas por hora médico, que está por debajo del estándar establecido. Este es obviamente un promedio que no expresa bien el rendimiento médico general. Tiene en parte que ver con la baja productividad en una franja de establecimientos. La estadística de producción de atenciones en la periferia del subsector público revela que 800 centros de salud producen el 80% de dichas actividades, lo que quiere decir que el resto de establecimientos periféricos, que son más de 4,000, tienen una productividad muy baja. En resumen, *para el caso de las consultas/médico en el MINSA, hubo un aumento de la producción más notorio que de la productividad, arribándose sin embargo a una tasa promedio de consultas por hora/médico relativamente baja, por las disparidades en los rendimientos, mientras a nivel global del sistema público se daba un aumento simultáneo e importante de la producción y productividad de atenciones por recurso humano contratado y nombrado en los 90.* Hubo, entonces, un aumento general en la eficiencia técnica, que fue mucho mayor en el caso de las atenciones que en el de las consultas médicas.

Tabla N° 12
Relación entre atenciones y disponibilidad de recursos humanos por año

Atenciones / Recursos Humanos	1992	1996	1999	2002
Recursos humanos del MINSA(sin agentes comunitarios ni personal administrativo)	47,515	68,638	73,401	69,457
Atenciones	10,862,847	27,770,987	46,191,701	51,660,268
Atenciones/Recursos Humanos	229	405	629	744

Fuente: Observatorio de RRHH en Salud, IDREH-OPS, Perú 2004. Nota: Hay una diferencia en el número de atenciones relativamente pequeña con la data procedente del HIS-MIS del año 2000.

Los egresos por cama fueron de 22,7 en 1974 y estuvieron en 23 en 1983. En 1992 fueron de 24 y en 1996 y 1999 de 21. El grado de ocupación de camas se ha calculado en 51,6% para el MINSA y en 71,8 para el Seguro Social para 1998.¹²⁹

¹²⁹ De Habich, Midori. El financiamiento de la salud en el Perú. Lima, exposición, octubre de 1999.

4.3. La evolución del financiamiento y gasto en salud: incremento y dispendio

4.3.1. El volumen de recursos financieros del sector: recuperación relativa del gasto en salud al nivel histórico previo a la crisis 1988-91.

En la década de los 90 hubo una recuperación del gasto en salud a los niveles previos a la crisis fiscal 1988-1991. No se ha avanzado más allá del gasto histórico de los 80.

El gasto del sector salud representaba entre 1980-1983 el 4,5% del PBI, proporción que disminuyó hasta 3,1% en 1990. En 1995 esta cifra subió al 3,9% y en 1996 al 4,0% del PBI. Las cifras de 1998 revelan que la sociedad peruana destina alrededor del 4,4% de su Producto Bruto Interno al sector salud. Para el año 2000 se ha estimado entre 4,7 y 5,0% del PBI. *Hemos retornado así luego de la década de los 90 al nivel previo a la crisis 1988-91.* Esto representaba un volumen de recursos financieros de USD 2,638,8 millones de dólares en 1995, de USD 2,906,6 millones de dólares en 1996 y de USD 2,652 millones de dólares en 1998.^{130,131}

En términos de per cápita en salud éste era de USD 59 dólares por habitante en 1990. Las últimas cifras de que se disponen en el sector salud sobre el financiamiento sectorial revelan que el per cápita en salud llegó en 1995 a USD 97 dólares, en 1996 a USD 103 dólares y en 1998 a USD 97.

El Perú está en América Latina en los tres últimos lugares en cuanto a gasto en salud respecto al PBI, junto con Ecuador y México. El promedio para América Latina del gasto en salud era en 1997-98 de 7,67% del PBI. Respecto al gasto per cápita en salud, el Perú se ubica en el tercio medio de Latinoamérica, como se puede apreciar en la Tabla N° 13.

¹³⁰ MINSA. Financiamiento del sector salud 1995-1996. Lima, Proyecto Generación de Capacidades, enero de 1998.

¹³¹ ESAN. Estudio de financiamiento del sector salud. Lima, MINSA, 1996.

Los países latinoamericanos con similares PBI per cápita, esto es en el rango entre 2,000 y 3,000 dólares, tenían un gasto per cápita en salud de US 177 dólares por habitante.

Tabla N° 13
América Latina: Gasto Nacional en Salud per capita por año, 1998

Países con alto gasto per-capita	US \$	Países con gasto per-capita intermedio	US \$	Países con bajo gasto per-capita	US \$
Argentina	928.65	Colombia	225.15	Ecuador	64.64
Uruguay	697.28	México	220.75	Honduras	59.09
Chile	449	El Salvador	161.13	Bolivia	53.04
Brasil	407.64	Paraguay	157.24	Nicaragua	40.58
Panamá	365.09	Perú *	130.42	Cuba	138.9
Venezuela	290.41	Rep. Dominicana	111.55	Haití	23.93
Costa Rica	272.79	Paraguay	157.24	Guatemala	s/d

Fuente: OPS. Sistema Organización Panamericana de la Salud, Programa Especial de Análisis de Salud. Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud; Sistema de Información Técnica en Salud. Washington DC, 2001.

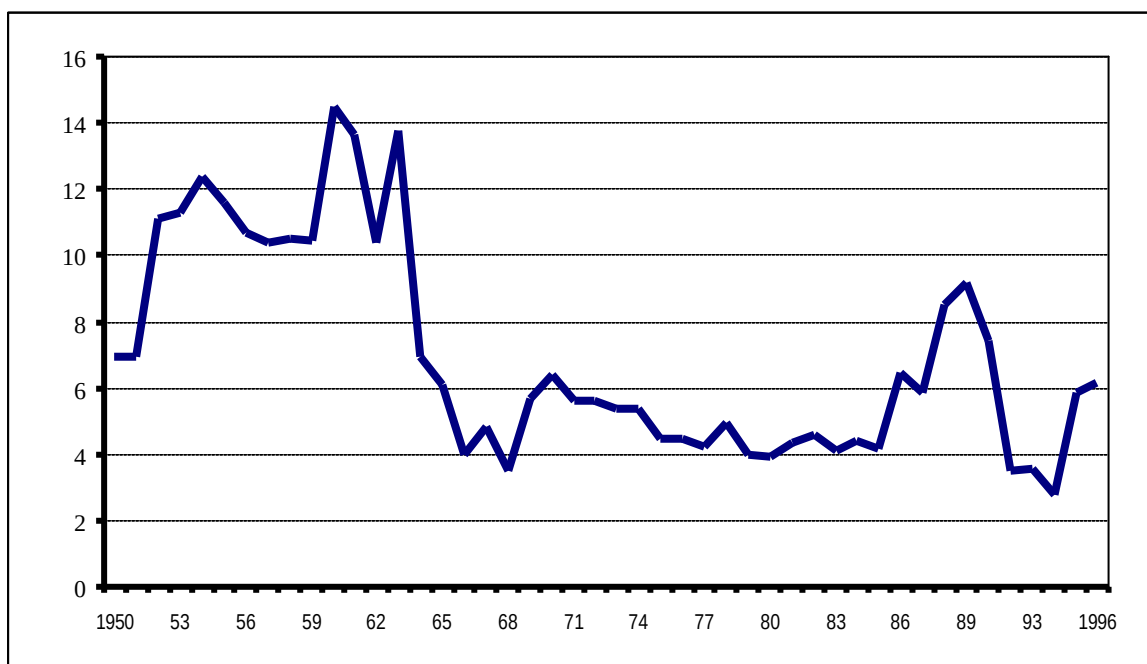
* Fuentes nacionales indican un per capita de 102,3 dólares para el Perú en el 2000 (OPS, Proyecciones de financiamiento de la atención de salud 2002-2006).

El hecho de que el Perú ocupe los últimos lugares en el financiamiento de la salud respecto al PBI expresa *una no priorización de la salud en la sociedad peruana* y en particular por sus gobiernos. Como definiera acertadamente Carlyle Guerra de Macedo el volumen absoluto y relativo de la riqueza nacional de recursos destinados a salud expresa el nivel del esfuerzo de un país para atender las necesidades de salud y por tanto la “prioridad nacional de la salud” en ese país. En contraste, el análisis de la composición del financiamiento o fuentes del financiamiento debe revelar la distribución social de ese esfuerzo nacional para atender las necesidades de salud y su nivel de equidad o inequidad.¹³² Dado que, como veremos, el Perú también ocupa posiciones en desventaja en cuanto a su situación de salud, *estamos ante una combinación de grandes problemas de salud y escasa asignación de recursos a la salud, lo que expresa un alto nivel de tolerancia social, cultural y política a la discapacidad y a la morbimortalidad evitable.*

¹³² Macedo, Carlyle Guerra de. La extensión de la protección social en salud en el nuevo Estado latinoamericano. Reforma y Democracia, N° 19, febrero de 2001.

Esta *ética nacional esquiva ante la desprotección social* es un producto histórico. Hubo puntos de viraje en que la salud descendió de status, sin recuperar luego posiciones. Se puede observar en el Gráfico N° 4 que en la etapa 1950-63 los presupuestos asignados al MINSA siempre estuvieron por encima el 10% respecto al del gobierno central. La primera etapa de descenso nunca más recuperado se dió entre 1963 y 1968, dándose luego una leve recuperación hasta 1970. De ahí en adelante, siempre estuvo entre 4,0 y 5%, elevándose en los dos primeros años del gobierno aprista, para luego caer fuertemente entre 1988-93. Se puede concluir, en base a estas cifras, que en la década de los 90 se recuperó el nivel 1975-85, no más.

Gráfico N° 4
Presupuestos del Ministerio de Salud respecto a los del Gobierno Central
1950-1996



Elaboración propia en base a Presupuestos Generales de la República del Perú, de 1950-98.

4.3.2. Las fuentes del financiamiento en salud: modelo mediterráneo o familiar.

Durante los años 1992 al 2000, se ha mantenido el orden de importancia de las fuentes de financiamiento de la salud, siendo los hogares los principales aportantes al financiamiento de la salud en el Perú. En términos generales en la década el gasto de los hogares disminuyó aunque conservando el primer lugar, el aporte de las empresas subió levemente por haberse dispuesto incluya el aporte al Seguro Social, el Estado mantuvo su contribución alrededor del 25% y el financiamiento por fuente externa estuvo en sus márgenes regulares (ver Tabla N° 14).

Este es un indicador claro de inequidad, pues expresa que el nivel de protección financiera en salud es bajo. Al darse en simultáneo un gasto de bolsillo alto, porcentajes de pobreza elevados y bajos porcentajes de asegurados en salud, los problemas de salud resultan eventos catastróficos para los pobres y no sólo dañan y discapacitan sino son un factor de empobrecimiento de las familias pobres. *El círculo vicioso pobreza-enfermedad-pobreza se completa.*

Tabla N° 14
Fuentes de financiamiento en salud. Perú 1992 - 2000

Fuentes	1992*	1993*	1994*	1995**	1998**	2000***
Hogares	43.9	46.7	46.1	43.3	38.5	36.9
Empresas	30.1	27.7	28.3	27.7	34.1	33.5
Gobierno	25.4	24.9	24.4	24.8	24.8	25
Externas	0.6	0.7	1.2	1.5	2.6	1.1
Sub-total	100.0	100.0	100.0	100.0	100	100.0

Fuentes: * MINSA. Proyecto 2000. Análisis del financiamiento del sector salud.

** OPS. Perfil del sistema de servicios de salud de Perú, 2001.

*** OPS. Proyecciones de financiamiento de la atención de salud. Perú 2002-2006. Lima, julio de 2002.

El modelo de financiamiento de la salud en el Perú es así más privado que público y esta distribución con fuerte peso de los hogares, como veremos, proviene de las décadas pasadas, de tal forma que confirman que en el país no se llegó a desplegar el modelo de Estado Benefactor, por lo menos en su versión clásica o modelo público nórdico. Puede observarse en la Tabla N° 15 que el peso relativamente alto de los hogares y bajo de los

gobiernos en el financiamiento de la salud es casi generalizado en América Latina. Según la clasificación de modelos de protección social de Esping-Anderson¹³³ el Perú y gran parte de Latinoamérica son parte del *modelo mediterráneo*, que se caracteriza por el peso de la contribución de las familias en la respuesta social a los problemas de salud. En este tipo de países no se dio la transición completa a los sistemas de protección social estatales, descansando en las familias los sucesivos problemas sociales que van apareciendo, lo que a su vez excusa la baja performance estatal y amortigua la visibilidad de reformas en profundidad.

Tabla N° 15
Fuentes del Financiamiento en Salud en 8 países latinoamericanos, 1995

Países	Gobierno	Empresas	Hogares*	Externas
Rep.Dominicana	14,4	8,7	75,1	1,8
México	14,4	21,8	63,6	0,2
El Salvador	35,8	9,5	50,2	4,5
Ecuador	38,7	3,7	48,6	9,0
Guatemala	31,9	19,2	43,0	5,9
Perú	34,0	28,0	37,0	1,0
Bolivia	18,4	38,9	32,5	10,2
Nicaragua	42,0	12,0	23,0	23,0
Promedio	28,7	26,1	38,2	7,0

Fuente: OPS, Sistema de Base de Datos.

Analizando el destino del financiamiento de los hogares (Tabla N° 16) se observa que el 18,1% es para compra de medicamentos en farmacias ubicadas fuera del prestador, el 11,9% para gastos por pagos a los prestadores privados y el 4,1% para gastos en los establecimientos del MINSA. Se deduce de esto que las farmacias mueven un volumen de financiamiento casi similar al del MINSA, habiéndose convertido de hecho en los 90 en un subsector prestador informal en el Perú. Las políticas de salud en los 90 liberalizaron la política de medicamentos, facilitando su registro, desregulando sus precios y debilitando los programas estatales de medicamentos, a diferencia de lo que hicieron con la prestación, en que el Estado incrementó su presencia. Se consolidó así

¹³³ Esping-Andersen, Gosta. Reestructuración de la protección social. Nuevas estrategias de reforma en los países adelantados. En. Rolando Franco (ed.). Sociología del Desarrollo, Políticas Sociales y Democracia, México. Siglo XXI y CEPAL, 2001, pp. 202-216.

un esquema de atención de la salud que venía de atrás pero que apareció más claro en los 90: los insumos farmacéuticos los coloca el mercado, la prestación, centralmente el Estado y el financiamiento, mayoritariamente los hogares y empresas.

Tabla N° 16
Destino de gasto del financiamiento de los hogares
Perú 2000

Destino del dinero de los hogares	%
Gasto directo en farmacias	18,1
Prestadores privados (atenciones, servicios intermedios y medicamentos)	11,9
MINSA (atenciones, servicios intermedios y compra de medicamentos dentro de establecimientos)	4,1
Pagos a EPS	1,2
Compra de seguros privados	0,8
Sanidades y otros	0,4
Compra de seguros independientes a ESSALUD	0,4
Total	36,9

Fuente: OPS. Proyecciones de financiamiento de la atención de salud 2002-06.

4.3.3. El gasto del Ministerio de Salud: reexpansión y cofinanciamiento público-privado a través de recursos propios.

Del gasto total en salud el MINSA ejecuta el 29,1% mientras ESSALUD – con menos establecimientos, población asignada y recursos humanos – gasta el 25,4% y el subsector privado lucrativo el 21,0%.

Entre los años 1992 y 1999 el gasto del MINSA se duplicó, incrementándose en 2,13 veces, como puede verse en la Tabla N° 17. Es inobjetable por tanto que la expansión productiva de la década de los 90 se apoyó en una expansión financiera. En la misma Tabla se puede apreciar que el presupuesto de las OPDs es pequeño, siendo el del pliego central del MINSA el doble del que recibieron las Regiones de Salud directamente desde el Ministerio de Economía y Finanzas.

Tabla N° 17
Presupuesto del MINSA 1990-2000

	Pliego del MINSA Nivel Central S/. (a)	OPDS S/. (b)	Regiones de Salud S/. (c)	Presupuesto Total del MINSA S/. (d) = (a+b+c)	Tipo de cambio (e)	Pliego del MINSA Nivel Central US\$ (a)/(e)	Presupuesto Total del MINSA US\$ (d)/(e)
1990	34,118,478	--	--	--	0.52	65,612,458	--
1991	148,208,634	--	--	--	0.97	152,792,406	--
1992	254,588,688	--	143,180,000	397,768,688	1.25	203,670,950	318,214,950
1993	346,939,666	--	224,854,000	571,793,666	1.99	174,341,541	287,333,501
1994	540,061,039	--	330,537,000	870,598,039	2.20	245,482,290	395,726,381
1995	947,350,575	--	534,285,552	1,481,636,127	2.25	421,044,700	658,504,945
1996	1,160,353,272	--	629,393,168	1,789,746,440	2.45	473,613,580	730,508,751
1997	1,246,530,779	101,644,403	528,257,218	1,876,432,400	2.74	454,938,241	684,829,343
1998	1,471,954,694	116,134,994	679,378,033	2,267,467,721	2.93	502,373,616	773,879,768
1999	1,484,304,766	139,102,030	698,868,702	2,322,275,498	3.47	427,753,535	669,243,659
2000	1,665,222,639	162,362,400	806,500,842	2,634,085,881	3.61	461,280,509	729,663,679

Fuente: MINSA, Oficina General de Planificación, 2001

El gran cambio en el financiamiento de la atención en la década ha sido el incremento de los denominados “recursos directamente recaudados” (recursos propios) y por tanto la modificación histórica del patrón del financiamiento en salud, que se caracterizaba por el subsidio casi total del estado. Se puede apreciar en la Tabla N° 18 que en la década de 1970 los ingresos propios fueron relativamente altos, variando entre 8,2 y 20,2% del presupuesto del MINSA. En la década de los 80 los recursos directamente recaudados oscilaron entre 3 y 6%. se puede observar en el Gráfico N° 5, los recursos propios en los 90 pasaron del el 6,2% en 1990 al 15,9% en 1999 y 15,4% el 2000.¹³⁴

¹³⁴ Lituma, Doris. El gasto en salud en los 90. Lima, diciembre de 1999.

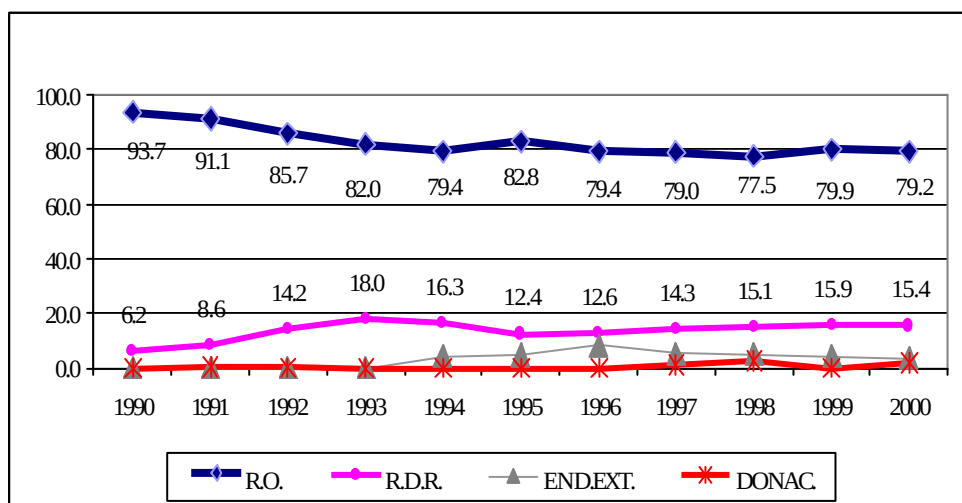
Tabla N° 18
Presupuesto MINSA: Estructura porcentual por fuentes de financiamiento 1965-90

Año	Tesoro Público	Ingresos propios	End. Interno	End. Externo	Transf..	Año	Tesoro Público	Ingresos propios	End. Interno	End. Externo	Transf.
1965	98.5		0.0	0.0	1.5	1980	79.9	4.0	0.0	2.0	14.1
1966	98.8		0.0	0.0	1.2	1981	80.0	4.0	4.0	2.0	10.0
1967	99.2		0.0	0.0	0.8	1982	83.8	4.2	4.2	2.8	5.0
1968	98.3		0.0	0.0	1.7	1983	79.9	4.0	0.0	2.1	14.0
1969	65.6	10.7	0.0		23.5	1984	80.0	4.0	0.0	2.0	14.0
1970	89.7	8.2	0.7		1.4	1985	85.7	3.2	0.0	6.3	14.0
1971-72	84.4	12.0	2.5		1.1	1986	93.2	6.7	0.0	0.0	3.5
1973-74	69.0	20.2	3.9		6.9	1987	88.4	3.9	0.0	7.6	0.1
1975-76	90.5	6.0	2.7		0.8	1988	95.6	4.4	0.0	0.0	0.1
1977	78.6	6.8	14.6		0.0	1989	95.7	2.5	0.0	1.2	0.0
1978	73.5	7.0	19.0	0.0	0.5	1990	93.7	6.2	0.0	0.0	0.0
1979	80.3	6.6	12.0	0.0	0.4						

Fuentes: Periodo 1965–83: MINSA-OPS. Atención Médica y su contexto Perú 1963-83, Lima 1985
Periodo 1984-90. Cuánto. Perú en Números 1992. Ministerio de Salud. Logros del sector salud 1985-1990

La política general del gobierno del ingeniero Fujimori ha sido así neoestatista en la producción de servicios pero semi-privatista en el financiamiento de la atención, de tal forma que al final de la década tenemos como esquema de organización y financiamiento del sector salud una estructura de servicios que siguen siendo del Estado pero ahora financiada en una proporción importante por la sociedad.

Gráfico N° 5
Fuentes de financiamiento del MINSA 1990-2000



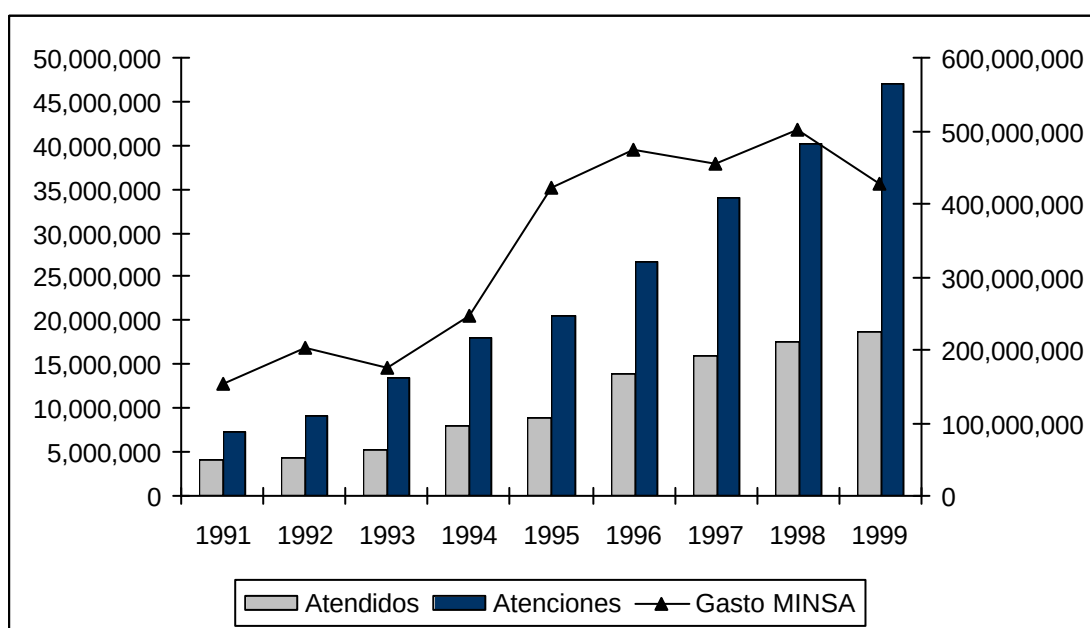
Fuente: MINSA, Oficina General de Planificación, 2001.

4.3.4. Las variaciones en la eficiencia global del sistema público de atención: más volumen de productos con más recursos.

El repotenciamiento operativo característico de los 90 no fue fruto sino por etapas muy breves de un aumento de *la gerenciabilidad de los recursos, obedeciendo en parte a un incremento de los recursos financieros y humanos, y hacia finales de la década, a un uso más intensivo de los recursos.*

En el Gráfico N° 6 se puede observar la evolución simultánea de los atendidos, atenciones y gasto del MINSA, apreciándose que en la etapa 1991-98 las curvas del gasto y de las atenciones guardan cierta simetría, lo que quiere decir que el costo por atención no se redujo y la mayor producción obedeció a un incremento correlativo del gasto. Sólo en el año 1999 se rompe este paralelismo pues el gasto en salud disminuye y las atenciones prosiguen subiendo, indicando mayor eficiencia. La razón de esta mayor rendimiento del gasto a finales de la década tuvo que ver con las atenciones del Seguro Escolar Gratuito y Seguro Materno-Infantil.

Gráfico N° 6
MINSA: Evolución del gasto, número de atendidos y número de atenciones



Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Oficina de Estadística e Informática.

Si se toma la estadística de producción de atenciones y no la de atendidos para el cálculo de gasto por unidad de producto, el indicador de eficiencia - gasto por atención - sale muy favorable. Los gastos por atendido y por atención aparecen disminuyendo en la década, siendo la razón de este resultado el hecho de que las atenciones comprendan todo tipo de actividades desarrolladas por los servicios del Estado (Tabla N° 19). Dada la importancia atribuida por el MINSA a la estadística de atenciones en la década pasada, se terminó generando un espejismo de hiper-producción y eficiencia. Por el contrario, si centramos el análisis en las consultas médicas, se empiezan a notar problemas de gestión, pues entre 1992 y 1998 el gasto global por consulta médica aumentó de 33,1 dólares a 51,1. Las consultas crecieron en 1.57 veces en ese lapso 1992-98 mientras el gasto del MINSA creció en 2,43 veces. Iguaes resultados se obtienen comparando la consulta por mil habitantes con el gasto del MINSA en los mismos años (Gráfico N° 7), en que sólo al final la curva de las consultas supera la del gasto, denotando su abaratamiento. Este cuadro general indica que la tendencia general fue el encarecimiento de las consultas, por lo menos hasta 1998.

Conforme puede observarse en la Tabla N° 19, respecto a las atenciones la tendencia general fue el aumento del gasto por unidad de producto hasta los años 1995-96 y luego su disminución, que alcanzó notoriedad en los dos últimos años de la década, por la implementación de los seguros. El Estado invirtió para el Seguro Escolar Gratuito sólo 100 millones de soles por año, desarrollando éste 3,561,125 atenciones en 1998, 7,700,269 en 1999 y 8,622,166 el año 2000. El Seguro Materno-Infantil tuvo un menor desarrollo y el año 2001 cubrió recién el 18% de su población objetivo. Pero ambos aumentaron la eficiencia del sistema público en el tramo final de la década.

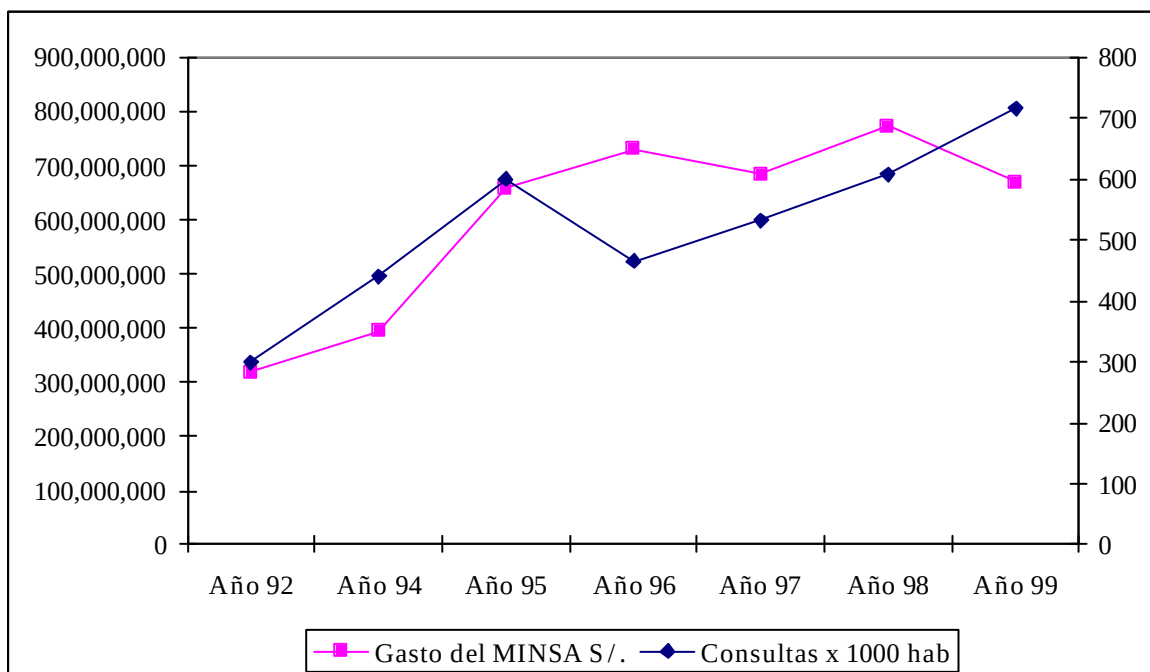
El aumento del volumen de producción a través de la mayor inversión expresa un tipo de política social centrada en la visibilidad de los productos, que obtiene una relativa eficacia pero no una mejor eficiencia. Se incrementan las consultas pero a mayor costo.

Tabla N° 19
Evolución del gasto por atención, atendido y consulta médica (US\$)

	Atendidos	Atenciones	Consultas médicas	Gasto MINSA US\$	Gasto global por atendido US\$	Gasto global por atención US\$	Gasto global por consulta médica US\$
1990	4,445,808	7,967,093	7,113,476	--	--	--	--
1991	4,680,206	8,284,600	7,204,001	--	--	--	--
1992	5,318,767	10,862,847	9,600,112	318,214,950	59.8	29.3	33.1
1993	6,204,938	13,534,907	10,900,745	287,333,501	46.3	21.2	26.4
1994	7,977,570	18,017,440	10,192,776	395,726,381	49.6	22.0	38.8
1995	8,992,687	20,626,883	14,146,482	658,504,945	73.2	31.9	46.5
1996	13,822,269	28,050,974	13,317,176	730,508,751	52.9	26.0	54.9
1997	15,895,646	34,177,766	13,222,047	684,829,343	43.1	20.0	51.8
1998	17,609,467	40,088,531	15,135,201	773,879,768	43.9	19.3	51.1
1999	18,802,689	47,020,065	ND	669,243,659	35.6	14.2	--
2000	19,573,798	51,150,131	ND	729,663,679	37.3	14.3	--

En base a datos de la Oficina de Estadística e Informática del MINSA, 2001

Gráfico N° 7
Evolución del gasto total del MINSA
y de las consultas médicas por mil habitantes 1992-99



Elaboración propia en base a datos de la Oficina de Estadística e Informática

4.4. La equidad en la prestación y financiamiento y las transformaciones en la demanda

4.4.1. La demanda potencial: personas que reportan enfermedad, malestar o accidente en las últimas cuatro semanas.

Según las Encuestas de Niveles de Vida de los años 1994, 1997 y 2000 se habría dado un aumento del reporte de enfermedad, malestar o accidente entre 1994 y 1997 y luego una disminución hasta el año 2000. El aumento fue de 5 puntos en el primer periodo y el descenso de casi 11 puntos en el segundo. Viceversa, la población sin síntomas declarados bajó en la etapa 1994-97 y subió en la etapa 1997-2000.

Tabla N° 20
Porcentaje de personas con enfermedad, malestar o accidente
en últimas 4 semanas según quintiles de pobreza y por año

	Con síntomas			Sin síntomas		
	1994	1997	2000	1994	1997	2000
Quintil I (+pobre)	33.6	32.7	20.8	66.4	67.3	79.2
Quintil II	32.4	35.6	23	67.6	64.4	77
Quintil III	32.2	35.1	23.9	67.8	64.9	76.1
Quintil IV	31.2	36.3	28.2	68.8	63.7	71.8
Quintil V (- pobre)	29.1	40.6	29.8	70.9	59.4	70.2
Total	31.7	36.1	25.2	68.3	63.9	74.8

Fuente: En base a ENNIV 1994, 1997 y 2000

Esto quiere decir que, en términos generales, la demanda potencial en salud en el Perú fluctuó entre 36,1% y 25,2% de la población en el periodo estudiado.

Se puede observar de otro lado, que las variaciones de comportamiento entre los quintiles son notorias. Mientras en 1994 no existía mucha diferencia entre las personas de los distintos quintiles que reportaron síntomas de enfermedad, malestar o accidente, en 1997 el quintil 1 ? de mayor pobreza? mantuvo casi el mismo porcentaje de personas con síntomas de enfermedad de 1994 mientras que el resto de quintiles incrementó sus porcentajes, sobre todo el quintil 5 ? no pobre? que pasó de 29,1% a 40,6%. Luego, en la etapa 1997-2000, cuando les tocó a todos los quintiles bajar, los tres quintiles más pobres bajaron por debajo de su reporte de 1994, mientras que los 2 quintiles superiores retornaron a su “línea base” de ese año.

Sería motivo de un estudio específico analizar las causas por las cuales se dieron estas variaciones de alza y descenso del reporte de enfermedad en los dos periodos 1994-97 y 1997-2000. Dado que este reporte de enfermedad, malestar o accidente expresa no sólo la necesidad objetiva sino las percepciones de la población, es probable este cambio tenga que ver con los efectos iniciales de la ampliación de la oferta de servicios públicos producida luego de la crisis de los servicios de salud peruanos, a partir de 1994, y luego, con los efectos de la recesión vivida en el Perú entre los años 1997-2001. Es probable que las capas relativamente más pudientes sepan aprovechar mejor las alzas del sistema de atención que las capas bajas, y que las capas pobres sean las primeras en “no enfermarse” cuando viene una recesión.

4.4.2. Demanda expresada: personas con enfermedad o malestar que reportan consulta o gasto en salud según quintiles.

En general puede observarse que del total de personas que reportaron enfermedad, malestar o accidente, una proporción creciente hizo una consulta o gasto en salud, pasando esta cifra del 40,06% en 1994 al 48,5% en 1997 y 55,16% en el 2000. La demanda expresada se incrementó en alrededor de 15 puntos porcentuales en la etapa estudiada.

Tabla N° 21
Porcentaje de personas enfermas, accidentadas o con malestar según
quintil de pobreza y consulta o gasto en salud, 1994-1997-2000

Quintil Pobreza	Consulta 1994 ***		Consulta 1997 ***		Consulta 2000 ***	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Quintil I (Mayor Pobreza)	21.1	78.9	31.5	68.5	46.4	53.6
Quintil II	26.1	73.9	41.1	58.9	51.8	48.2
Quintil III	43.3	56.7	50.1	49.9	55.8	44.2
Quintil IV	48.1	51.9	57.3	42.7	58.2	41.8
Quintil V (No pobreza)	61.7	38.3	62.5	37.5	63.6	36.4
Total	40.06	59.94	48.5	51.5	55.16	44.84

*** p < ,000

Fuente: En base a ENNIV 1994, 1997 y 2000

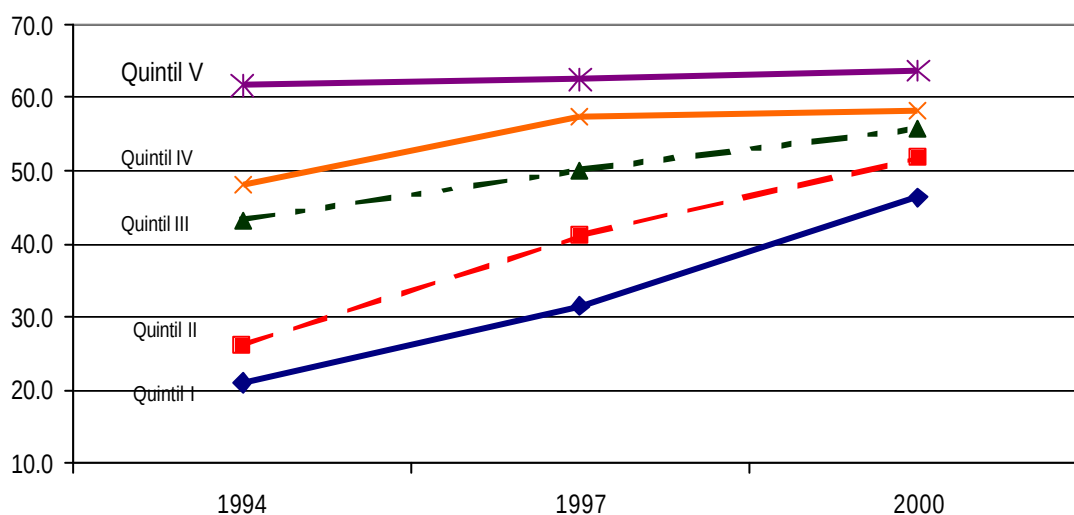
Al diferenciar este incremento de los consultantes por niveles de pobreza notamos que el incremento fue mayor en los sectores más pobres. Hay una asociación positiva entre niveles de pobreza y niveles de consultantes. El quintil I, el más pobre, aumento en 2,19 veces su nivel de consultas; el quintil II, en 1,84 veces; el quintil III en 1,28 y el IV, en 1,2 veces, mientras el quintil V se mantuvo igual.

Esto querría decir que, como vimos en el subtítulo anterior, en las etapas de recesión los que más rápido repliegan sus necesidades de salud son los más pobres, pero que de otro lado, en la década de los 90 se vendría produciendo un cambio en la cultura sanitaria de los sectores pobres, que una vez con problemas de salud aumentan su nivel de consulta o gasto en salud. En un mismo contexto de recesión, los enfermos de los quintiles pobres no se replegaron hacia el autocuidado, pese a tener menos recursos, probablemente por el mejoramiento de la accesibilidad geográfica por la expansión de la infraestructura, por la ampliación de la oferta de servicios de salud gratuitos hacia fines de la década con el Seguro Escolar Gratuito, por la mayor necesidad en salud propia de la crisis y probablemente también, por la mayor conciencia preventiva fruto de las campañas y educación en salud. Habríamos vivido así una transformación de los patrones culturales en salud, sobre todo de los sectores pobres.

Curiosamente el quintil mas alto no aumento su proporción de enfermos consultantes pese a tratarse hipotéticamente de la capa de mayor conciencia sanitaria y sin trabas económicas para el acceso a los servicios. La tasa entre reportantes/consultantes del quintil V (63,6% el 2000) podría ser el actual techo de conciencia sanitaria del país, que seguramente es más difícil de aumentar conforme es más alto, por la ley de rendimientos decrecientes.

Cabe destacar también que, a pesar del incremento de personas pobres con gasto o consulta en salud, aún existe una brecha de inequidad importante entre los quintiles I y V, si bien ha disminuido (ver Gráfico 8). La brecha en 1994 era de 40,6 puntos, en tanto que en el 2000 fue de 17,2 puntos. El repotenciamiento operativo de los servicios al parecer incidió en la modernización de la cultura sanitaria del país, en particular de los más pobres, aunque manteniendo brechas aún importantes.

Gráfico N° 8
Porcentaje de personas enfermas, accidentadas o con malestar que tuvieron consulta o gasto en salud en las últimas 4 semanas según quintil de pobreza, 1994-1997-2000



4.4.3. Demanda institucional: la consulta institucionalizada.

Respecto a los porcentajes de consulta institucionalizada y no institucionalizada, los resultados globales muestran que entre los años 1994 y 2000 hubo un incremento de 8,9 puntos porcentuales de la consulta institucionalizada. Así, mientras ésta era del 75,8%

en 1994, pasó a 79,2% en 1997 y a 84,7% en el 2000. Esto denota el hecho objetivo de una progresiva institucionalización de la demanda en salud.

Tabla N° 22
Porcentaje de personas enfermas, accidentadas o con malestar que tuvieron consulta institucionalizada, según quintiles de pobreza 1994-1997-2000

Quintil Pobreza	Consulta Institucionalizada 1994 *		Consulta Institucionalizada 1997		Consulta Institucionalizada 2000	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Quintil I (Mayor Pobreza)	72.0	28.0	81.9	18.1	87.4	12.6
Quintil II	74.3	25.7	77.0	23.0	82.2	17.8
Quintil III	73.8	26.2	77.3	22.7	85.5	14.5
Quintil IV	80.2	19.8	80.6	19.4	85.0	15.0
Quintil V (No pobreza)	78.9	21.1	79.5	20.5	83.4	16.6
Total	75.8	24.1	79.2	20.7	84.7	15.3

Fuente: ENNIV 1994, 1997 y 2000

* p < ,05

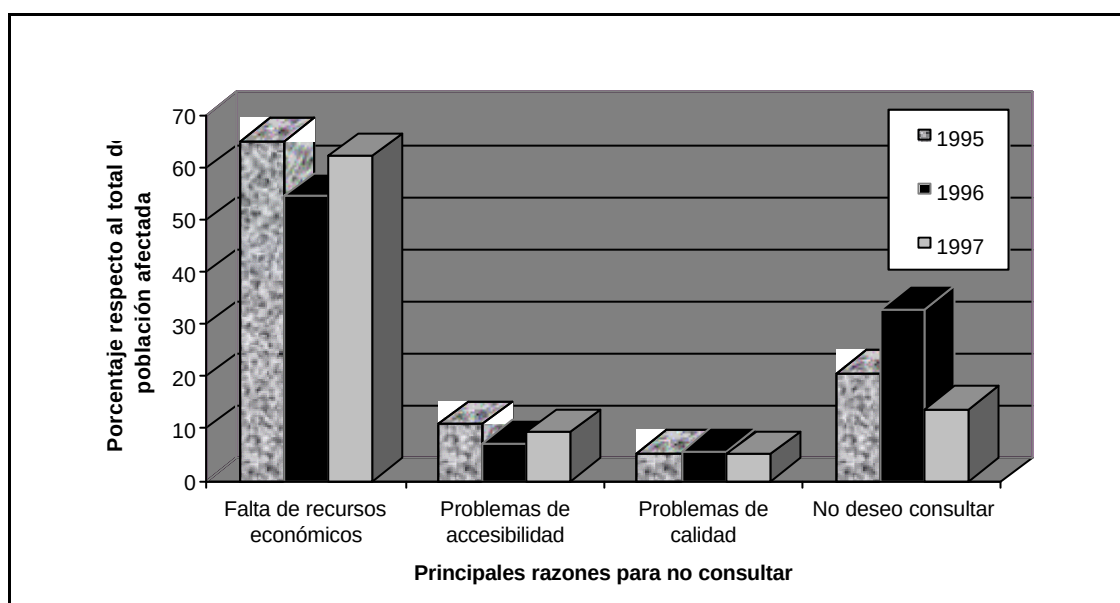
Al diferenciar el uso de servicios de salud institucionalizados por quintiles de pobreza se observa que en general todos los quintiles incrementaron su consulta institucional pero los quintiles pobres lo hicieron en mayor medida, existiendo una asociación positiva entre el nivel de pobreza y el porcentaje de consulta institucionalizada. En el quintil más pobre hubo un aumento de la consulta institucional del 72% en 1994 al 87,4% en el 2000, siendo el aumento más moderado en el caso del estrato V, de 78,9% a 83,4%. Se puede observar que en el año 2000 la consulta institucionalizada es mayor en los quintiles pobres que en el quintil V.

4.4.4. La demanda no atendida, franja de inaccesibilidad.

El porcentaje de la población que manifiesta enfermedad, malestar o accidente en las últimas 4 semanas pero que no efectuó consulta, pese a haber disminuido en los 90, sigue siendo muy alta en el Perú: fue el 60,7% de la demanda potencial en 1994, el 50,9% en 1997 y el 44,8% el 2000. Ello expresa las barreras de inaccesibilidad del

sistema de atención. Según la Encuesta de Demanda de Servicios de Salud realizada por la Universidad del Pacífico en 1995 el 26,6% de los enfermos no se atendió, el 33.5% se automedicó o consultó a un familiar, amigo o curandero. Sólo el 6.3% acudió a una clínica o consultorio, el 6,8% a los hospitales del MINSA, el 9% a los hospitales del IPSS, el 9.7% a los centros y postas del MINSA y el 5.8% a farmacias.¹³⁵ La Encuesta Nacional de Hogares de 1997 del INEI confirma la fuerte proporción de personas que, estando enferma, no asiste a consulta. Las razones principales de no consulta son económicas, siguiéndole los problemas de accesibilidad y por último los de calidad de servicios.

Gráfico N° 9
Razones de no consulta, 1995-1997



Fuente: INEI, ENAHO - IV Trimestre 1995, 1996, 1997

¹³⁵ MINSA. Encuesta de Demanda de Servicios de Salud 1995. Lima: Universidad del Pacífico, 1995.

4.4.5. La demanda atendida por subsector utilizado, por quintiles de pobreza.

Con relación al tipo de subsector consultado la tendencia general de la década de los 90 fue el incremento de la utilización de los servicios del MINSA, la estabilización de la demanda atendida por el Seguro Social y la disminución de aquella que acudió al sector privado. El MINSA subió su “participación relativa en la demanda” 12,5 puntos porcentuales, pasando del 44,8% en 1994, al 57,3% en el año 2000, mientras el Seguro Social estuvo en 16,6 en 1994 y llegó al 16,9% en el 2000 y el sector privado bajó del 12,2% al 9,6% el 2000.

Tabla N° 23
Porcentaje de personas que tuvieron consulta en salud según subsector utilizado y por quintiles de pobreza años 1994-1997-2000

Año	Quintil de Pobreza					Total
	Quintil I (Pob. Ext.)	Quintil II	Quintil III	Quintil IV	Quintil V (no pobre)	
1994 ***						
MINSA	61.4	56.5	44.1	39.5	22.7	44.8
ESSALUD	5.3	9.5	19.7	23.5	26.6	16.9
FFAA-FFPP	0.8	0.6	1.5	2.3	3.9	1.8
Privado	4.5	7.6	8.4	14.9	25.7	12.2
No institucionalizado	28.0	25.7	26.2	19.8	21.1	24.1
1997 ***						
MINSA	73.4	55	52.6	42.5	27.3	50.1
ESSALUD	3.0	12.7	15.7	21.3	24.4	15.4
FFAA-FFPP	0.2	1	0.4	3.4	2.4	1.4
Privado	5.2	8.2	8.6	13.4	25.4	12.1
No institucionalizado	18.1	23	22.7	19.4	20.5	20.7
2000 ***						
MINSA	74.4	58.4	62.4	49.6	42.1	57.3
ESSALUD	11.1	14.9	16.6	19.6	21.2	16.6
FFAA-FFPP	0.7	0	1.3	1.5	1.6	1.0
Privado	1.2	8.9	5.2	14.3	18.5	9.6
No institucionalizado	12.6	17.8	14.5	15	16.6	15.3

Fuente: Elaborado en base a ENNIV 1994, 1997 y 2000

*** p < ,000

Diferenciando la demanda atendida por los diferentes subsectores según quintiles de pobreza se puede observar, como era previsible, que el segmento de demanda del MINSA son los más pobres, que se incrementaron a lo largo de la década, pasando del 61,4 en 1994 al 74,4 en el 2000.

Pero lo nuevo es que han sido los quintiles más pudientes los que han aumentado su utilización de los servicios públicos del MINSA, disminuyendo su utilización de los establecimientos privados de salud y de ESSALUD. Los consultantes del quintil V, el más pudiente, en 1994 iban en un 22,7% al MINSA, porcentaje que en 1997 subió a 27,3% y que en el 2000 volvió a subir al 42,1%. A la inversa, este mismo segmento utilizó cada vez menos servicios privados en la década: en 1994 lo hizo en un 25,7%, en 1997 en un 25,4% y en el 2000 en un 18,5%. Igual disminución se procesó respecto a los servicios del Seguro Social en la década: los enfermos consultantes del quintil V fueron a ESSALUD en un 26,6% en 1994, en un 24,4% en 1997 y en un 21,2% en el 2000. Se puede observar cómo la recesión trajo a este quintil a los servicios del Estado entre 1997 y 2000. Es remarcable que el año 1997 marca un corte en los comportamientos en salud, probablemente por obra de la recesión.

Respecto al sector privado en salud, todos los quintiles disminuyeron sensiblemente su utilización, en particular el quintil más pudiente (V). Los enfermos consultantes del quintil más pobre (I) prácticamente desaparecieron como demandantes de servicios privados, disminuyendo de 4,5% en 1994 a 1,2% en el 2000. Lo que quiere decir que los sectores pobres dependen ahora centralmente de la consulta no institucional y sobre todo del MINSA.

Respecto al Seguro Social, los quintiles I y II aumentaron su utilización y los quintiles III, IV y V disminuyeron la misma. Los consultantes del quintil I aumentaron su utilización de servicios del Seguro de 5,3% en 1994 a 11,1% en el 2000; igual el quintil II del 9,5 a 14,9%. El quintil III bajó del 19,7% al 16,6%; el quintil IV del 23,0% al 19,6%; y el V del 16,9% al 16,6%. Esto implica que en los 90 se han dado dos procesos de diferenciación de la demanda de atención entre los públicos del MINSA y ESSALUD, en que mientras el primero “asciende” en términos relativos (MINSA y sobre todo sus hospitales), el otro se pauperiza.

Finalmente, en cuanto al uso de servicios no institucionalizados se apreciaba una reducción en su uso entre 1994 y 2000, disminución que ha sido más importante en los sectores más empobrecidos. En el quintil V cayó 15,4 puntos, del 28% en 1994 a 12,6% en el 2000; mientras que en el quintil I su disminución fue de 8,8 puntos, del 24,1% en 1994 al 15,3% en el 2000.

4.4.6. La demanda atendida en el Ministerio de Salud por tipo de establecimiento, por quintiles de pobreza.

La diferenciación entre los consultantes del MINSA que utilizaron hospitales y aquellos que fueron a establecimientos periféricos revela que en general los consultantes del MINSA de todos los quintiles disminuyeron su opción por los hospitales y aumentaron su preferencia por la periferia. Los consultantes en Hospitales disminuyeron del 43,62% en 1994 al 35,5% en el 2000 mientras los consultantes en periferia aumentaron del 56,38% en 1994 al 64,5% en el 2000.

Tabla N° 24
Porcentaje que tuvieron consulta de salud según tipo
de establecimiento del MINSA, por quintiles de pobreza 1994-1997-2000

Quintil Pobreza	Consulta a Establecimientos					
	MINSA 1994 ***		MINSA 1997 ***		MINSA 2000 ***	
	Hospital	Periferia	Hospital	Periferia	Hospital	Periferia
Quintil I (Mayor Pobreza)	34.0	66.0	22.3	77.7	22.5	77.5
Quintil II	29.8	70.2	34.6	65.4	29.8	70.2
Quintil III	46.5	53.5	41.2	58.8	36.4	63.6
Quintil IV	53.2	46.8	42.8	57.2	43.4	56.6
Quintil V (No pobreza)	54.6	45.4	48.0	52	45.4	54.6
Total	43.62	56.38	37.78	62.22	35.5	64.5

Fuente: En base a ENNIV 1994, 1997 y 2000

*** p < ,000

El quintil más pobre disminuyó su opción hospitalaria del 34% en 1994 al 22,3 en 1997 y 22,5 en el 2,000, aumentando su utilización periférica del 66% al 77,7 y 77,5% en dichos años. Igual pasó con el quintil V, que disminuyó su preferencia hospitalaria del 54,6% en 1994 al 48% en 1997 y al 45,4% en el 2000, aumentando su utilización de servicios periféricos del 45,4 primero al 52 y luego al 54,6% en ese lapso. Sin embargo, viendo ya no la evolución en la década sino la situación en el año 2000, es notorio que

se ha establecido una correlación entre pobreza y tipo de establecimiento en que la opción por los hospitales es más fuerte cuanto más se asciende en los quintiles y viceversa para la periferia.

No sorprende que los más pobres hayan incrementado su preferencia por la periferia, pero sí que ello se dé por igual en todos los quintiles y en particular con el quintil más pudiente, el V, que ha aprovechado igual que todos la expansión de los servicios periféricos del MINSA en los 90. Esto quiere decir que los efectos globales del Programa Salud Básica para Todos fueron universalistas y no focalizadores, por haber sido concebido solo para atacar sólo la accesibilidad geográfica apoyando toda la periferia en general, lo que originó un cambio del público-objetivo de los servicios del Estado.

4.4.7. La equidad y las variaciones en la demanda atendida en el MINSA y el sector salud en los 90.

- a) El reporte de enfermedad, malestar o accidente varió entre 1994 y el 2000, fluctuando la demanda potencial en salud en el Perú entre 36,1% y 25,2% de la población. Entre los quintiles extremos existe aún una brecha de 9 puntos porcentuales, siendo las capas altas las que más reportan problemas de salud.
- b) Se ha dado en la década de los 90 un aumento notorio de la proporción de consultantes o personas con gasto en salud respecto al total de personas que reportaron enfermedad, malestar o accidente, pasando esta cifra del 40,06% en 1994 al 48,5% en 1997 y 55,16% en el 2000. La demanda expresada se incrementó en alrededor de 15 puntos porcentuales. El comportamiento por quintiles fue diferenciando, aumentando su porcentaje de consultantes los 4 quintiles relativamente más pobres mientras el quintil V se mantuvo igual. Estas cifras confirman un incremento del acceso y un cambio en los patrones culturales en salud, si bien se mantiene aún una brecha de 17,2 puntos entre los quintiles V y I.
- c) Igualmente aumentó la consulta institucionalizada en 8,9 puntos porcentuales, denotando el hecho de una progresiva institucionalización de la demanda en salud.
- d) Dos franjas de demandantes potenciales que no arriban a los servicios expresan los problemas pendientes de acceso: los reportantes no consultantes y los que acuden a

formas de consulta no institucional. Los reportantes no consultantes fueron el 44,8% el año 2000, que en parte no consultaron pese a considerar que necesitaban consulta. Los consultantes no institucionalizados llegaron ese año a ser el 8,5% de las personas que reportaron problemas de salud.

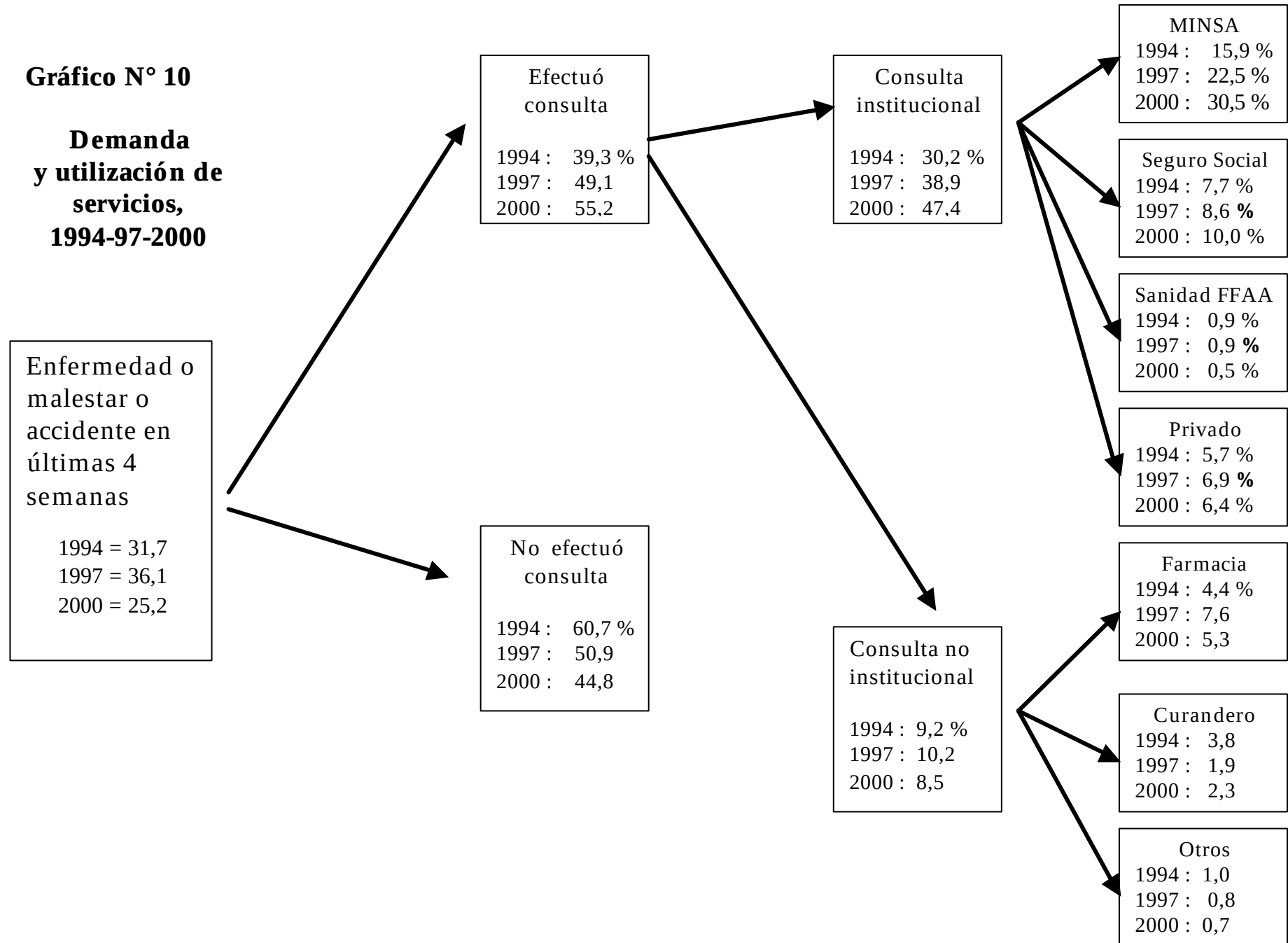
- e) La demanda atendida en los 90 muestra el incremento de la utilización de los servicios del MINSA, la estabilización de la demanda atendida por el Seguro Social y la disminución de aquella que acudió al sector privado.
- f) Pero ha habido un desplazamiento de los patrones de utilización de servicios por parte de los quintiles y en correspondencia, un desplazamiento de los segmentos de demanda de las instituciones proveedoras.
- g) En los 90 hubo así un crecimiento importante de la demanda atendida probablemente por la ampliación de la oferta, pero dentro de ese volumen incrementado los quintiles superiores aprovecharon mejor esta ampliación. Aumentaron así en términos absolutos los pobres atendidos, pero en términos relativos disminuyeron.
- h) En general el quintil V ha sido estable en cuanto a su reporte de enfermedad y en su proporción de consultantes respecto a enfermos/accidentados/con malestar, incluso en cuanto a su utilización de consulta institucional, pero dentro del volumen casi estable de demanda que genera la que se dirige al MINSA ha venido siendo cada vez mayor.

Tabla N° 25
Variaciones en la Demanda Potencial, Expresada y Utilización de Servicios
en la década 1990-2000

	Reporte de enfermedad	Consulta	Consulta institucional	Patrón de utilización de servicios	Utilización de ES del MINSA
Quintiles pobres	Alza inicial leve / disminución posterior fuerte	Aumento notorio de proporción de consultantes	Aumento mayor	Mayoritariamente al MINSA Aumento leve en ESSALUD	Ocupan la periferia Disminuyen en Hospitales
Quintiles altos	Alza inicial fuerte / disminución posterior leve	Proporción de consultantes alto pero estable	Aumento moderado	Se reorientan hacia el MINSA Disminución notoria en sector privado	Aumentan en Hospitales Utilizan la periferia

Gráfico N° 10

**Demanda
y utilización de
servicios,
1994-97-2000**



4.5. La salud y la gerenciabilidad del sistema de atención en una perspectiva comparada: el Perú en América Latina

4.5.1. El proceso epidemiológico peruano en los 90: la salud fragmentada.

La estadística social de la década de los 90 muestra que la política social fujimorista no pudo cerrar la brecha social que el periodo gubernamental de Alan García abrió. Más bien estabilizó los márgenes de pobreza y desigualdad social que entonces se ensancharon.

Esto no quiere decir que no haya habido ganadores y perdedores en la década de los 90, pues siempre los hay, sino que la proporción entre ambos no varió centralmente. Las cifras muestran que la expansión pavorosa de la pobreza se dio en el gobierno del APRA 1985-90. En los 90 esas cifras no pudieron ser reviradas sino en algunos años y terminaron casi igual a fines de década, pese al aumento del gasto social. Como explicaremos en el siguiente capítulo, *en los 90 no ha habido dualización social sino estabilización, pero luego de un retroceso de veinte años en el país*. Esta evolución social obviamente repercutió en la situación de salud.

Como correlato de la profunda crisis que vivimos *durante la fase final del periodo de Alan García*, en salud se vivió una *contratransición epidemiológica*, esto es, un retroceso del perfil epidemiológico hacia enfermedades desaparecidas y patologías infecto-contagiosas que son características de países subdesarrollados. La epidemia del cólera de 1991 fue expresión de ese retroceso social y epidemiológico.

Es más difícil, sin embargo, entrever *el sentido general del proceso epidemiológico durante el periodo de gobierno del ingeniero Fujimori*, pues se ha dado, a la vez, una transición hacia enfermedades crónicas no transmisibles (diabetes, cáncer, cardiovasculares) propias de niveles de mayor desarrollo y de perfiles etéreos más longevos, un retorno de viejas patologías y un ascenso de enfermedades infectocontagiosas. *Hasta hoy la epidemiología nacional no puede dar cuenta de qué pasó en los 90*, limitándose a mostrar un cuadro de

cifras por patologías. *La razón es que el proceso de modernización neoliberal, por su carácter poco inclusivo y más bien excluyente, ha hecho más heterogénea y fragmentada la situación de salud.*

De ahí que no aparezca una transición epidemiológica clara en los 90, esto es, una evolución del perfil de morbilidad del perfil de países atrasados al perfil de países modernos, como sostiene la teoría de la transición epidemiológica clásica.¹³⁶ Lo sucedido con el perfil de morbilidad en los 90 brinda el cuadro siguiente:

a) En contraste con la evolución epidemiológica normal, se ha dado *una re-tropicalización del perfil epidemiológico del Perú*, esto es, un retorno en importancia de las enfermedades infecciosas.

La malaria ha re-emergido en forma importante, incrementando su incidencia y extensión geográfica. En 1998 alcanzó la tasa más alta de los últimos 60 años, registrándose 212,590 casos, concentrándose en la selva y costa norte del país¹³⁷. La malaria causada por *plasmodium falciparum* en 1993 se incrementó presentándose 6,575 casos, aumento que prosiguió hasta 1998 en que hubo 77,056 casos. En el año 2000 disminuyó pero siempre manteniéndose en una cifra elevada (16,653).

Los casos de dengue durante el periodo 1996 al 2000 ascendieron a casi 15 mil. Sólo en 1996 se presentaron 6,426 casos, ocurriendo luego una progresiva disminución hasta 1999 donde se reportaron 554 casos; posteriormente en el año 2000, se experimentó un nuevo rebrote de la enfermedad notificándose 5,486 casos. Otra enfermedad re-emergente fue la fiebre amarilla. Entre 1996 y 1998, los casos de fiebre amarilla prácticamente se duplicaron, de 86 en 1996 a 165 en 1998; luego en el 2000 se produjo un descenso bastante significativo, siendo el número de casos 43.

Respecto a las enfermedades infecciosas, entre 1994 al 2000 se triplicó el número de niños menores de 5 años con infecciones respiratorias agudas (IRAS), de 742,524 en

¹³⁶ Frenk, J. ; et al. La Transición Epidemiológica en América Latina. OPS Bol. N° 111(6), 1991. pp 485-495.

¹³⁷ Alcázar Lorena. Impacto Económico de la Malaria. Lima: Apoyo, 1999

1994 a 2, 210,457 en el 2000. En cambio, entre 1996 y 2000, los casos de Enfermedades Diarreicas Agudas (EDAS) en menores de 5 años tuvieron un comportamiento oscilante, de 526,597 en 1996, 607,871 en 1997, descendiendo luego a 514,424 en 1999 para volver a elevarse a 553,854 casos en el 2000.

Hay varios factores explicativos de esta re-tropicalización epidemiológica, en particular el Fenómeno del Niño, la re-primarización de nuestra economía y la mantención de la mitad de la población en condiciones de pobreza. La estadística creciente de enfermedades infecto-contagiosas también tiene que ver, sin embargo, con la disminución de los niveles de subregistro anteriores, lo que viene revelando las verdaderas dimensiones del problema. Por último, con la globalización se ha complejizado la situación de salud, quebrándose la idea de una transición ineluctable hacia las enfermedades crónicas no transmisibles y de etapas epidemiológicas homogéneas sucesivas.

Tabla N° 26
Perú: Evolución de enfermedades tropicales e infecciosas, 1992-2000

Enfermedades	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Casos notificados Malaria Falciparum (a)	725	6,575	10,003	25,356	38,738	52,719	77,056	ND	16,653
Casos notificados de Dengue (a)	ND	ND	ND	ND	6,426	1356	988	554	5,486
Casos notificados de Fiebre Amarilla (a)	ND	ND	ND	ND	86	46	165	95	43
N° de menores de 5 años con IRAS, atendidos (c)	ND	ND	742,524	1,194,994	1,561,603	1,597,106	1,896,943	2,035,813	2,210,457
N° de menores de 5 años con EDAS, atendidos (d)	ND	ND	ND	ND	526,597	607,871	606,544	514,424	553,854

Fuentes: (a) MINSA. Oficina General de Epidemiología;

(b) MINSA. Sub Programa Nacional de Infecciones Respiratorias Agudas.

(c) MINSA. Sub Programa Nacional de Control de Enfermedades Diarreicas y Cólera

b) Ha avanzado la transición demográfica convirtiéndose ya la población adulta entre 15 y 64 años en el grupo etáreo mayoritario y aumentado el grupo mayor de 65 años de 6,1% a inicios de década a 7,1% el 2000. Dado el énfasis en la política de planificación familiar y salud reproductiva en el segundo quinquenio de los 90, es esperable se vean sus

efectos claros en los próximos años. Todo ello viene reconfigurando la pirámide etárea original. Estos cambios nos permiten afirmar que ***ha habido más transición demográfica que epidemiológica en el Perú de los 90*** y que en los próximos años se verá un aumento importante de las enfermedades crónicas no trasmisibles.

Tabla N° 27
Perú: Evolución de la población según grupos de edad, 1960-2000

Grupo de edad	1960	1970	1980	1990	2000
De 0 a 9	3,157,385	4,189,391	5,121,123	5,699,925	6,111,542
De 10 a 19	2,107,193	2,973,729	4,030,956	4,959,022	5,492,227
De 20 a 59	4,106,152	5,298,623	7,209,761	9,776,995	12,496,637
De 60 a más	560,235	730,934	962,339	1,317,386	1,838,923
Total	9,930,965	13,192,677	17,324,179	21,753,328	25,939,329

Elaboración en base a Cuánto, Perú en números 2001.

En las décadas de los sesenta y setenta casi la tercera parte de la población, el 32.8%, tenía menos de 10 años, en tanto que en el año 1990, éste porcentaje descendió a 26.2% y en el 2000, a 23.6%, un poco menos de la cuarta parte. En sentido inverso ocurrió con la población adulta (de 20 a 59 años de edad), cuyo volumen se fue incrementando: de 41,3% en 1960 a 44,9% en 1990 y 48,2% el 2000. Asimismo, el tamaño de la población mayor de 60 años también aumentó: de 5,6%, porcentaje mantenido desde 1960 a 1980, a 6,1% en 1990 y a 7,1% en el año 2000. Respecto a la población adolescente (de 10 a 19 años de edad) ésta no sufrió variaciones importantes en términos relativos, entre 1960 y 2000. Estamos demográficamente en la denominada etapa del “bono demográfico”, en que la franja adulta es mayoritaria y ofrece mayor potencialidad productiva a los países.

c) Del conjunto de patologías existentes, el Perú ha avanzado más en resolver *las enfermedades inmunoprevenibles*. Este avance obedece a los programas de salud y las campañas de inmunizaciones en la década pasada. Pero junto a este éxito *ha habido una extensión de enfermedades prevalentes, emergentes (SIDA) y reemergentes (cólera, TBC)*. El dato más crítico de nuestra situación de salud es la alta mortalidad materna de 180 por

mil en 1999.¹³⁸ En otras palabras, por cada patología resuelta se han abierto nuevos frentes sanitarios, afrontándose actualmente un abanico variado de patologías.

Tabla N° 28
Perú: Evolución de las enfermedades infectocontagiosas, 1990-2000

Enfermedades	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Casos notificados de Cólera (a)		322,562	210,836	71,448	23,887	22,397	4,518	3,483	41,717	1,546	934
Tasa de morbilidad de tuberculosis (por 100.000 hab) (b)	198.6	202.3	256.1	248.6	227.9	208.8	198.1	193.1	186.4	165.4	155.6
Tasa de TBC pulmonar BK+ (por 100.000 hab) (b)	116.1	109.2	148.7	161.1	150.5	139.4	111.9	112.8	111.7	97.1	88.0
Casos notificados de SIDA(c)	406	477	746	710	835	1,090	1,410	1,486	1,342	1,269	1,064

Fuente: (a) OPS. La Salud en las Américas, edición 2002, volumen I,
(b) MINSA. Programa de Control de Enfermedades Transmisibles - Control de Tuberculosis;
(c) MINSA. Oficina General de Epidemiología

El rebrote del cólera en 1991 se manifestó con 322,562 casos, el número más elevado de casos notificados en toda América Latina. En los años siguientes de la década, la enfermedad se fue controlando en forma paulatina, pero sin llegar a ser erradicada; así, de 210,836 casos registrados en 1992, éste descendió a 934 en el 2000.

La tasa de tuberculosis tuvo un comportamiento diferente. En 1990 la tasa de morbilidad era de 198.6 por 100,000, tasa que en 1992 ésta se elevó a 256.1. En los años siguientes, la tasa descendió alcanzando en 1996 un valor similar al experimentado en 1990, de 198.1 por 100.000. En el 2000 fue de 155.6, equivalente a 39,918 casos de tuberculosis en todas sus formas. La tasa de tuberculosis pulmonar BK+, tuvo una tendencia similar a la anterior: su valor más alto fue en 1993, con una tasa superior en 1.38 veces a la del año 90 que era de 116.1 por 100 mil habitantes y en los años posteriores se produjo una reducción de la tasa a 88 por 100 mil habitantes en el 2000. Sin embargo ésta sigue siendo una de las más altas en América Latina.

¹³⁸ Aguinaga, Alejandro. Exposición en la Juramentación del Decano del Colegio Médico del Perú, Lima, 7 de enero del 2000.

La evolución del SIDA en el país ha pasado de una fase incipiente a concentrada, presentándose principalmente en la población con conductas sexuales de riesgo. Desde que en 1983 se presentó el primer caso de SIDA hasta el año 2000 se totalizaron 11,527 casos. En los 90s el número de infectados se ha ido incrementando sostenidamente hasta 1997, donde se reportó 1,482 casos. En los años siguientes, se observó un descenso respecto al número de casos notificados. Este hecho no necesariamente grafica una caída en la velocidad de la infección, si no más bien problemas en el sistema de información nacional a consecuencia de la desactivación del Programa de Control de Enfermedades de Transmisión Sexual y SIDA (PROCETSS). Pese a ello, el Perú mantendría todavía una tasa de prevalencia inferior a la de muchos países de la región como Haití, República Dominicana y Honduras.

Se puede apreciar que los problemas de salud que el sistema de salud debe afrontar son serios. Las políticas públicas de los 90 han moldeado o reconfigurado los problemas de salud que se heredaron de los 80 estructurando un tipo de reproducción social que tiene superpuesto lo globalizado, los rezagos de la etapa industrial de los 70, la nueva sociedad urbano-informal de los 80-90 y la vieja franja de pobreza estructural en la sierra rural. De ahí la no resolución del problema clave de la salud materno-infantil, pues ella se asienta en el cruce entre pobreza y exclusión, en el campo. Este nuevo país de dos vertientes andinas, la chola y la indígena, de varios mundos comunicacionales, algunos interconectados y otros desconectados, de varios tiempos, el globalizado y el local y todas sus variaciones intermedias, produce la paradoja de promedios de salud mejores que sin embargo se acompañan de la ampliación o mantención de las brechas en salud.

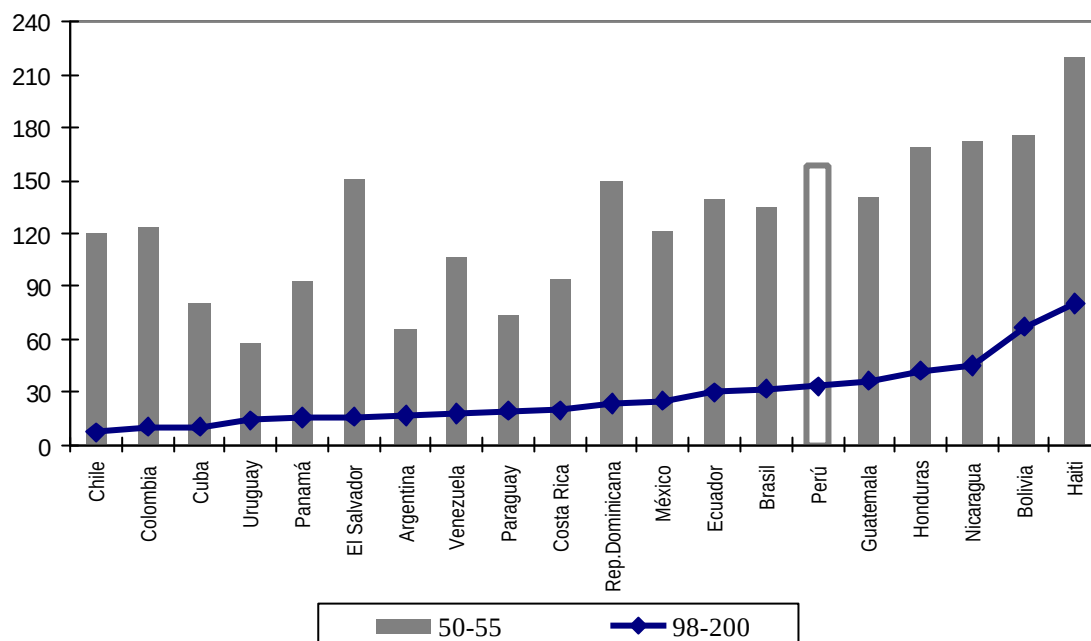
d) ***En una perspectiva comparada con los países de América Latina, el Perú parece no haber revirado la tendencia de largo plazo de retroceso en posiciones relativas.*** El Perú en el periodo 1950-2000 ocupó el segundo lugar en años ganados en esperanza de vida, para ubicarse el 2000 en el puesto 13avo. en América Latina. En cuanto a la disminución de su tasa de mortalidad infantil fue el 6° país en obtener una variación en la etapa 1950-2000 para ubicarse en el 15avo. lugar en Latinoamérica. En cuanto a mortalidad materna ocupa el 18avo. lugar (Tabla N° 32). Es curioso, en toda la

mitad del siglo XX *los peruanos avanzamos en vivir más pero cargando un alto desgaste sanitario* expresado en el descenso relativamente lento de la mortalidad infantil y materna. En esto hemos marchado en sentido inverso al movimiento por la promoción de la salud canadiense, que se propuso como lema “no sólo añadir más años a la vida sino más vida a los años”: los peruanos somos más longevos pero con una calidad de vida relativamente más deteriorada dentro del conjunto de Latinoamérica.

En torno a la esperanza de vida, en los últimos 50 años la población peruana ganó 25 años más de vida, siendo el promedio regional de años ganados 18. La esperanza de vida en el Perú es de 68,9 años, casi exactamente el promedio regional, de 69,8 años. El Perú dejó de estar así entre los países con más bajos niveles de esperanza de vida para colocarse entre aquellos con niveles intermedios. Los países con valores más altos son Cuba (76,4), Chile (76,1) y Costa Rica (71,3), en tanto que en el otro extremo figuran Guatemala (65,0), Bolivia (62,6) y Haití (52,7).

En cuanto la mortalidad infantil, en el transcurso de los últimos 50 años el Perú -al igual que el resto de países latinoamericanos- ha tenido una reducción importante de sus tasas, pero esta disminución no lo ha sacado de las últimas posiciones relativas en el continente. En efecto, en 1950-55 el promedio regional de la TMI era $127 \times 10,000$, mientras que a finales del siglo XX, éste se redujo a $28.5 \times 10,000$. En esos años Uruguay como es hoy Chile, tenía la tasa más baja de la región, de 57.4; en tanto que Haití como sigue sucediendo en la actualidad, mantenía el nivel más alto de defunciones infantiles, de 219.6. El Perú en ese entonces registraba una tasa de 158.6 y figuraba entre los países con las tasas más altas de la región conjuntamente con su vecino Bolivia y los centroamericanos: Nicaragua, Honduras y El Salvador. Al término de la década de los 90s, el país redujo su tasa a $33.4 \times 10,000$, pero ha seguido manteniendo una de las cifras más altas de la región. Es decir, el Perú no ha ganado posiciones respecto a otros países latinoamericanos como si sucedió con El Salvador, Chile y Colombia que de tener tasas intermedias a mediados del siglo anterior, hoy registran los niveles más bajos de mortalidad infantil en la región.

Gráfico N° 11
Mortalidad Infantil en América Latina, 1950 - 2000



En cuanto a la mortalidad de niños menores de 5 años, en los últimos 30 años el Perú sigue manteniendo una posición rezagada a nivel latinoamericano. Efectivamente, si bien el país ha reducido su tasa de 178 x 10,000 (1970)¹³⁹ a 59 x 10,000 (1999), ésta todavía es una de las más altas de América Latina, muy por encima del promedio regional de 42 x 10,000 (1999), distanciándose de aquellos países que han experimentado mejoras importantes como Chile y Colombia, que de tasas intermedias en 1970, hoy tienen conjuntamente con Cuba y Uruguay, los valores más bajos de mortalidad de niños menores a 5 años en la región.

¹³⁹ Naciones Unidas. Informe de Desarrollo Humano, 2002.

Tabla N° 29
América Latina: Variaciones en la esperanza de vida, tasa de mortalidad infantil
y tasa de mortalidad materna, 1950-2000

Esperanza de vida al nacer					Tasa de mortalidad Infantil x 1,000nv					Tasa de mortalidad materna x 100,000nv *		
País	1950-55	98-2000	Variación	Posición	País	50-55	98-2000	Variación	Posición	País	98-2000	Posición
Cuba	59.5	76.4	16.9	1°	Cuba	80.6	7.2	73.4	1°	Uruguay	11.1	1°
Chile	54.8	76.1	21.3	2°	Chile	120.3	10.1	110.2	2°	Chile	22.7	2°
Colombia	50.6	75.4	24.8	3°	Costa Rica	93.8	10.2	83.6	3°	Cuba	34.1	3°
Uruguay	66	74.5	8.5	4°	Uruguay	57.4	14.1	43.3	4°	Argentina	35	4°
Panamá	55.3	74.1	18.8	5°	Panamá	93	15.6	77.4	5°	Costa Rica	35.3	5°
Argentina	62.7	73.5	10.8	6°	El Salvador	151.1	15.9	135.2	6°	Brasil	55.8	6°
Venezuela	55.2	73	17.8	7°	Argentina	65.9	16.6	49.3	7°	Venezuela	60.1	7°
México	50.7	72.7	22	8°	Venezuela	106.4	17.7	88.7	8°	Panamá	60.7	8°
Costa Rica	57.3	71.3	14	9°	Paraguay	73.4	19.4	54	9°	Rep.Dom.	80	9°
Paraguay	62.6	70.3	7.7	10°	Colombia	123.2	19.6	103.6	10°	México	83.6	10°
Ecuador	48.4	70.1	21.7	11°	Rep. Dom.	149.4	23.5	125.9	11°	Ecuador	91.7	12°
El Salvador	45.3	69.8	24.5	12°	México	121.2	24.9	96.3	12°	Colombia	91.7	11°
Perú	43.9	68.9	25	13°	Ecuador	139.5	30	109.5	13°	Guatemala	98.1	13°
Nicaragua	42.3	68.6	26.3	14°	Brasil	134.7	31.8	102.9	14°	Honduras	108	14°
Brasil	51	67.9	16.9	15°	Perú	158.6	33.4	125.2	15°	Paraguay	114.4	15°
Rep. Dom.	46	67.1	21.1	16°	Guatemala	140.8	36.5	104.3	16°	Nicaragua	118	16°
Honduras	41.8	65.7	23.9	17°	Honduras	169.3	42	127.3	17°	El Salvador	120	17°
Guatemala	42	65	23	18°	Nicaragua	172.3	45.2	127.1	18°	Perú	185	18°
Bolivia	40.4	62.6	22.2	19°	Bolivia	175.7	67	108.7	19°	Bolivia	390	19°
Haití	37.6	52.7	15.1	20°	Haití	219.6	80.3	139.3	20°	Haití	523	20°
Promedio	51.8	69.8	18		Promedio	127.3	28.1	99.3		Promedio	115.9	

Fuentes: Periodo 1950-55: CEPAL. Boletín demográfico América Latina: población por años calendarios y edades simples 1995-2005, 2003;
Periodo 1998-2000. OPS. Programa Especial de Análisis de Salud. Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud; Sistema de Información
Técnica en Salud. Washington DC, 2001. * Para la mortalidad materna, no existe data consistente y comparable de las décadas pasadas.

Tabla N° 30: Indicadores de insumos, productos y resultados de sistemas de salud de América Latina

País	Insumo	Productos					Resultados (mortalidad y más)				
	Gasto nacional en salud por año per cápita (1998)	Razón atenciones ambulatorias por 1.000 hab. (1998-2000)	Egresos hospitalarios por 1.000 hab. (1999-2000)	% de partos atendidos por personal capacitado (1998-2000)	Cobertura menores de 1 año vacunados contra poliomielitis (1998-2000)	Cobertura menores de 1 año vacunados contra sarampión (1998-2000)	Esperanza de vida (1998)	Tasa de mortalidad Infantil (x 1.000nv) (1998)	Tasa de mortalidad de niños menores de 5 años (1998)	Tasa de mortalidad materna (por 100.000 nv) (1998)	Casos de tuberculosis por 100.000 (1999)*
Argentina	928,65	2241,1	59,4	97,9	85	91	73,5	17	24	35	31
Bolivia	53,04	1011,3	32,1	52,0	89	100	62,6	67	80	390	121
Brasil	407,64	10367,9	70,3	97,0	100	99	67,9	32	46	56	47
Colombia	225,15	ND	ND	86,4	89	97	75,4	10	14	23	26
Costa Rica	272,79	3297,4	83,8	97,5	79	84	71,3	20	35	92	22
Cuba	138,9	9551	119	100,0	100	96	76,4	10	14	35	10
Chile	449,00	2859,2	101,3	99,7	89	97	76,1	7	10	34	31
Ecuador	64,64	1445,6	51,2	83,5	83	89	70,1	30	57	92	50
El Salvador	161,13	ND	ND	71,7	98	97	69,8	16	37	120	26
Guatemala	ND	874,4	22	84,0	94	88	65,0	37	57	98	28
Haití	23,94	ND	ND	24,2	58	80	52,7	80	108	523	113
Honduras	59,09	1023,1	32,7	60,0	91	98	65,7	42	52	108	72
México	220,75	2473,4	56,7	85,4	89	96	72,7	25	36	84	16
Nicaragua	40,58	2006,6	57,4	81,5	94	100	68,6	45	47	118	52
Panamá	365,09	1364,1	81,8	90,1	100	97	74,1	16	25	61	51
Paraguay	157,24	544,7	23,5	85,6	73	92	70,3	19	47	114	40
Perú	130,42	2250,3	45,2	59,3	93	97	68,9	33	59	185	160
Rep. Dom.	111,55	1039,8	50,4	96,0	67	88	67,1	24	55	80	72
Uruguay	697,28	5198,6	ND	99,6	88	90	74,5	14	17	11	19
Venezuela	290,41	151,9	ND	95,3	88	84	73,0	18	23	60	28

Fuente: OPS. Programa Especial de Análisis de Salud. Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud; Sistema de Información Técnica en Salud. Washington DC, 2001

Respecto a la mortalidad materna, el Perú tiene una de las tasa más elevadas de la región, de 185 x 100,000 n.v¹⁴⁰, después de Haití (523 x 100,000 n.v) y Bolivia (390 x 100,000 n.v). Sin embargo, otros países de la región con similar ingreso per cápita que el Perú tienen tasas de mortalidad materna mucho menores: la cuarta parte en Colombia y la quinta parte en Costa Rica y Cuba. En el Perú cada día mueren 2 mujeres por complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio, mientras que 856 mujeres sufren complicaciones del embarazo. Las principales causas de muertes maternas, como sucede en el resto de países latinoamericanos, son prevenibles (en Perú, 47% ocurrieron por hemorragias y 15% por infecciones). De otro lado, la probabilidad de morir es dos veces mayor para las mujeres del área rural en comparación con las del área urbana.¹⁴¹

En 1999, el Perú reportó el 17% de los casos de tuberculosis en todas las Américas¹⁴² y la tasa más alta de tuberculosis (160 x 100,000 hab.) en América Latina, seguido de Bolivia (121) y Haití (113). Asimismo, los mayores casos de cólera notificados en el periodo 1991-95 en la región provinieron del Perú. La tasa de incidencia del país fue la más elevada, 1495.5, seguida de Ecuador 450.9, Guatemala 325.7 y Bolivia 315.2, países donde la epidemia fue bastante crítica. Otras enfermedades como la lepra (180 casos en 1999) y el dengue (5486 casos en el 2000) no representaron volúmenes altos a nivel de Latinoamérica, aunque sí causaron preocupación en el contexto nacional porque rebrotaron después de décadas pasadas como expresión de la agudización de la pobreza sobre todo en las zonas rurales.

4.5.2. La efectividad, eficiencia y equidad del sistema de salud peruano en una perspectiva latinoamericana comparada.

Como explicamos en el capítulo referido a la metodología, con el fin de poder establecer cierta comparabilidad del desempeño del sistema de salud peruano con el de los sistemas latinoamericanos se estandarizaron los datos de gasto per capita, de

¹⁴⁰ INEI. Encuesta Nacional Demográfica de Salud ENDES 2000. Lima: INEI, 2001

¹⁴¹ Ministerio de Salud. Información epidemiológica, 2001.

¹⁴² OPS. La Salud en las Américas, Edición 2002, Volumen I.

productos de los sistemas de salud y de resultados y con ellos se construyeron proxys de eficiencia, de efectividad y de equidad comparados.

Para construir los índices (proxys) de eficiencia y efectividad se utilizaron 10 indicadores de productos y resultados procedentes del Sistema de Información Técnica en Salud de la OPS, generándose índices de productos y resultados por país. Luego se les contrastó con el gasto per cápita en salud por año. Al final se puede diferenciar países con alto y bajo gasto per cápita en salud y alta y baja gerenciabilidad por productos y resultados. Para construir los proxys de equidad comparados se utilizaron 33 indicadores de la base de datos del Banco Mundial, por tener ésta indicadores diferenciados por quintiles.

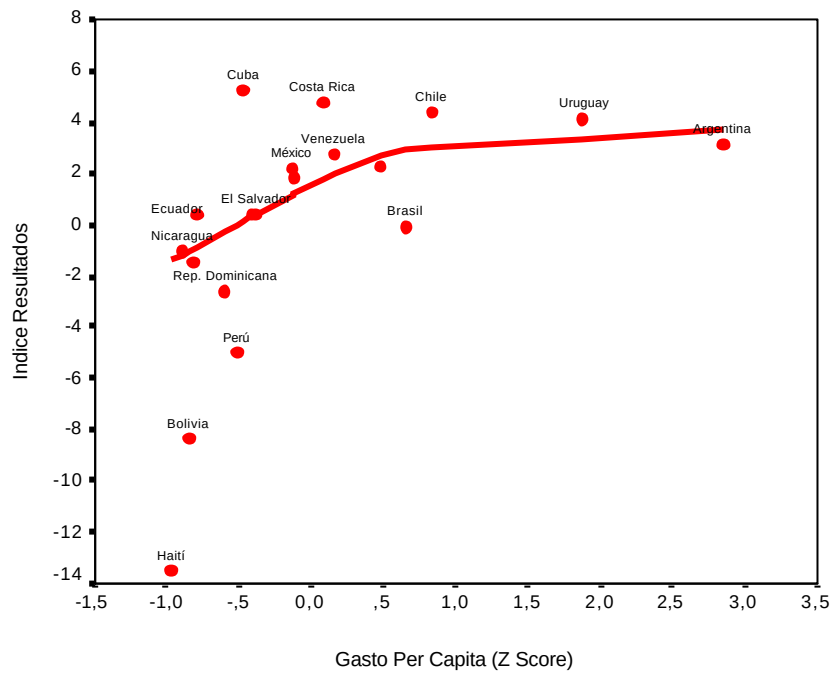
Los indicadores para cada caso se seleccionaron conforme a su relevancia y pertinencia para expresar las variables de eficiencia, efectividad y equidad. Pero en algunos casos no se tuvo la oportunidad de elegir, por la ausencia de datos. La base de datos de la OPS no tiene los indicadores diferenciados por quintiles, por lo cual no pudo ser utilizada para la dimensionar la equidad. Pero tiene 19 países y la del Banco Mundial 8 con data completa. De esta forma la base de datos de la OPS pudo ser utilizada para obtener 10 indicadores de 19 países respecto a efectividad y eficiencia y la base de datos del Banco Mundial para 33 indicadores de 8 países en relación a equidad. Las dos bases de datos fueron utilizadas para variables y resultados distintos, no siendo mezcladas.

Los indicadores de productos procedentes del Sistema de Información Técnica en Salud de la OPS que se utilizaron para construir el índice global de productos por país fueron cinco: razón de atenciones ambulatorias por 1,000 habitantes, egresos hospitalarios por 1,000 habitantes, porcentaje de gestantes atendidas por personal capacitado, y las coberturas de vacunación contra poliomielitis y sarampión. Igualmente los indicadores de resultados de la misma base de datos que se utilizaron para construir el índice global de resultados por país fueron esperanza de vida, mortalidad infantil por 1000 nacidos vivos, mortalidad en menores de 5 años, mortalidad materna y tuberculosis por 100,000.

Los indicadores utilizados para construir el índice de equidad, procedentes del Programa Pobreza y Salud del Banco Mundial, fueron 33: 8 de ellos fueron indicadores de productos (tasa de mortalidad infantil, tasa de mortalidad de menores de 5 años, porcentaje de niños no desarrollados, porcentaje de niños con bajo peso severo y moderado, porcentaje de madres con bajo índice de masa corporal, tasa global de fecundidad, tasa específica de fecundidad entre 15-19 años) y 25 de ellos fueron indicadores de resultados (cobertura de vacunación de sarampión, cobertura de DPT, cobertura de inmunizaciones completas, tasa de no cobertura en inmunizaciones, prevalencia de diarrea, tasa de tratamiento de rehidratación oral para diarrea, tasa de tratamiento médico para diarrea, porcentaje de casos de diarrea atendidos en establecimientos públicos, prevalencia de IRA, tasa de tratamiento médico de IRAs, porcentaje de IRAs tratadas en establecimientos públicos, tasa de gestantes tratadas por personal entrenado, tasa de gestantes tratadas por médico, tasa de gestantes tratadas por enfermera u obstetriz, tasa de gestantes con dos o más controles, porcentaje de atendidos por personal capacitado, porcentaje de atendidos por médicos, porcentaje de atendidos por enfermera u obstetriz, porcentaje de atenciones proveídas por establecimientos públicos, porcentaje de atenciones proveídas por establecimientos privados, porcentaje de atenciones proveídas en los hogares, uso de anticonceptivos modernos por mujeres casadas, uso de anticonceptivos modernos por hombres casados, conocimiento de medidas preventivas sobre VIH/Sida entre hombres, conocimiento de medidas preventivas sobre VIH/Sida entre mujeres).

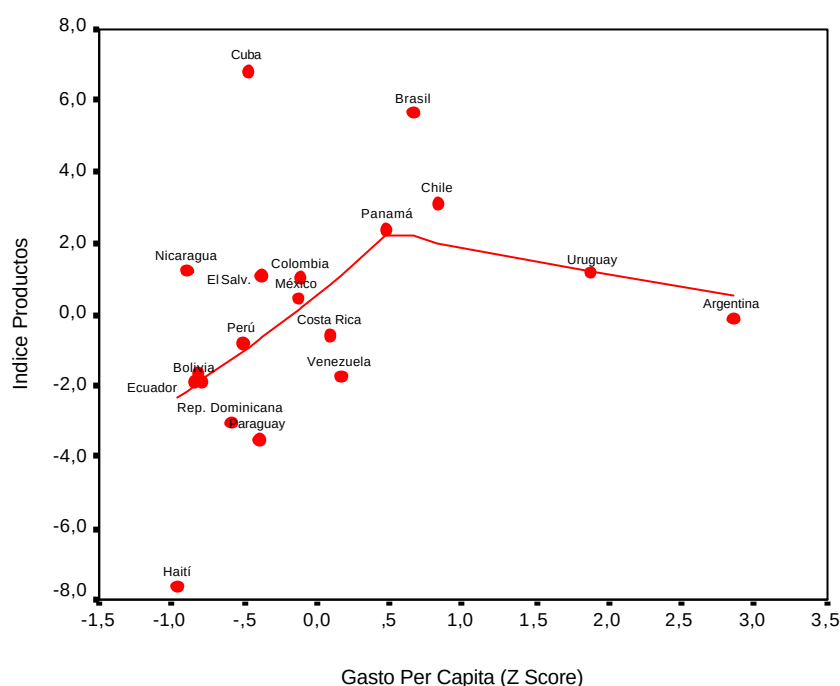
Observando los Gráficos N° 12, 13, 14 y 15 se puede apreciar la ubicación relativa de los países conforme a los proxys de efectividad, eficiencia y equidad.

Gráfico N° 12
Gasto per cápita e índice de resultados
de 19 países latinoamericanos (proxys de efectividad)



Se puede apreciar que los países con mejores resultados son Cuba, Costa Rica, Chile, Uruguay y Argentina, pero que entre éstos aquellos que tienen menor gasto per cápita son Cuba, Costa Rica y Chile, lo que los convierte en los países con sistemas de salud más efectivos. El Perú figura, junto a Haití y Bolivia, entre los países con menores gasto per cápita y menores resultados.

Gráfico N° 13
Gasto per cápita e índice de productos
de 19 países latinoamericanos (proxys de eficiencia)

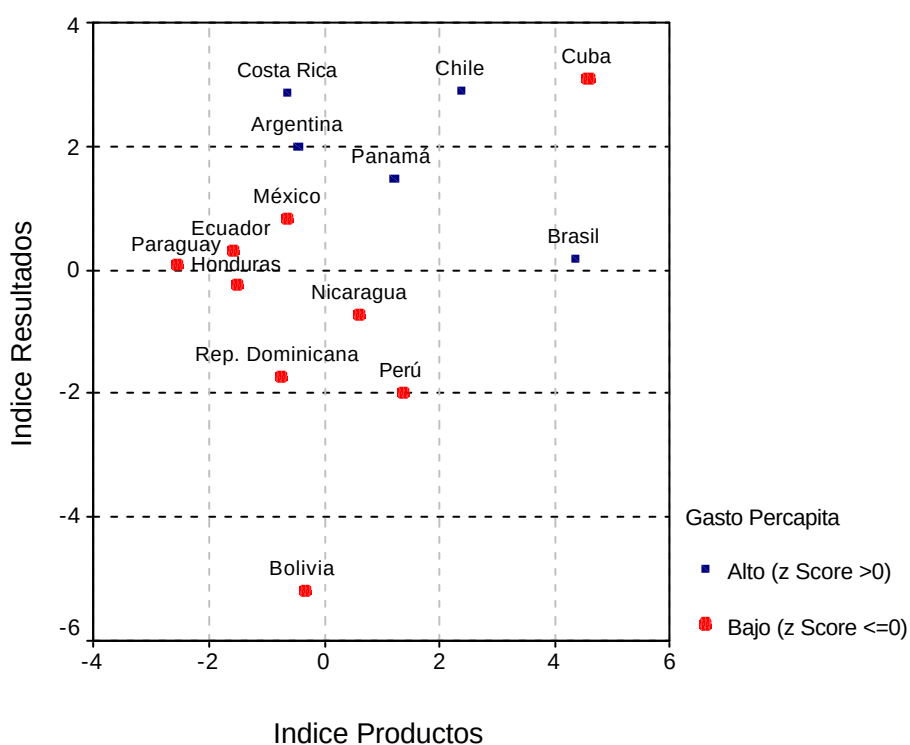


Se observa en el Gráfico N° 13 que los países con índices de productos más elevados son Cuba, Brasil, Chile y Panamá, pero entre ellos el que tiene a la vez un menor gasto per cápita es Cuba, lo que lo convierte en el más eficiente. Brasil, Chile y Panamá tienen un alto índice de productos y un gasto per cápita mediano, lo que les otorga rangos de eficiencia superiores al resto. Un conjunto de países, entre los cuales se ubican Perú, Costa Rica, Nicaragua, México y Colombia, se ubica en la zona de menor gasto per cápita e índice mediano de productos. Los tres peores países, con muy bajo gasto per cápita y además bajo índice de productos son Haití, Paraguay, República Dominicana, Ecuador y Bolivia.

En el Gráfico N° 14 se han comparado los proxys de efectividad y eficiencia por país con el gasto per cápita anual de cada uno. Los sistemas de salud comparados tienen así seis posibilidades de clasificación: bajo y alto gasto per cápita (z score mayor o menor que cero), bajo y alto índice de efectividad (de -6 a 4) y bajo y alto índice de eficiencia

(de -4 a 6). Se puede apreciar que la zona de países con mayor índice de productos incluye a Costa Rica, Argentina, Chile y Cuba, pero entre éstos aquellos que a la vez son eficientes y efectivos son Chile y Cuba, siendo éste último el único país que, además de ser eficiente y efectivo, lo es con un gasto per cápita bajo. Bolivia es el país con peor eficiencia y efectividad y además bajo gasto per cápita, *clasificándose el Perú como un país de bajo gasto per cápita, bajos resultados y ubicación regular en productos*. Se puede apreciar un grupo de países de bajos gasto per cápita (República Dominicana, Nicaragua, Honduras, Paraguay y Ecuador) que, al revés del Perú, tiene índices de productos bajos e índices de resultados regulares.

Gráfico N° 14
Gasto per cápita y proxys de efectividad y eficiencia
en 19 países de América Latina



En cuanto a equidad, en base a la base de datos del Banco Mundial de 8 países con 33 indicadores por quintiles de ingreso se pudo establecer, previa estandarización de los datos, una ubicación relativa de dichos países. Para ello se utilizó dos índices: el coeficiente de concentración, que permite medir la distribución de los productos entre

grupos de ingreso, y el índice de Kakwani, que permite medir la brecha global de inequidad entre las necesidades y los productos por grupos de ingreso. Ambos índices se expresan en unidades de áreas. Los valores positivos para los productos indican una distribución inequitativa por privilegiar a los quintiles pudientes y los valores negativos en resultados, una distribución inequitativa pero por asentarse mayoritariamente los problemas de salud en los quintiles pobres. Hay así países más inequitativos en productos que en resultados, y viceversa, países con altas inequidades en resultados pero no en productos. También los hay inequitativos en ambos casos. El índice de Kakwani permite dimensionar la brecha global de inequidad sumando las de productos y resultados. En el Gráfico N° 15 se pueden apreciar los coeficientes de concentración para los productos por país, observándose que los países con distribución más inequitativa (hacia los quintiles pudientes) son Guatemala, Haití, Bolivia y Perú. En cuanto a inequidad en resultados Bolivia, Brasil, Perú y República Dominicana tienen los valores más regresivos.

Gráfico N° 15
Inequidad en Productos y Resultados
(coeficiente de concentración) en 8 países de América Latina

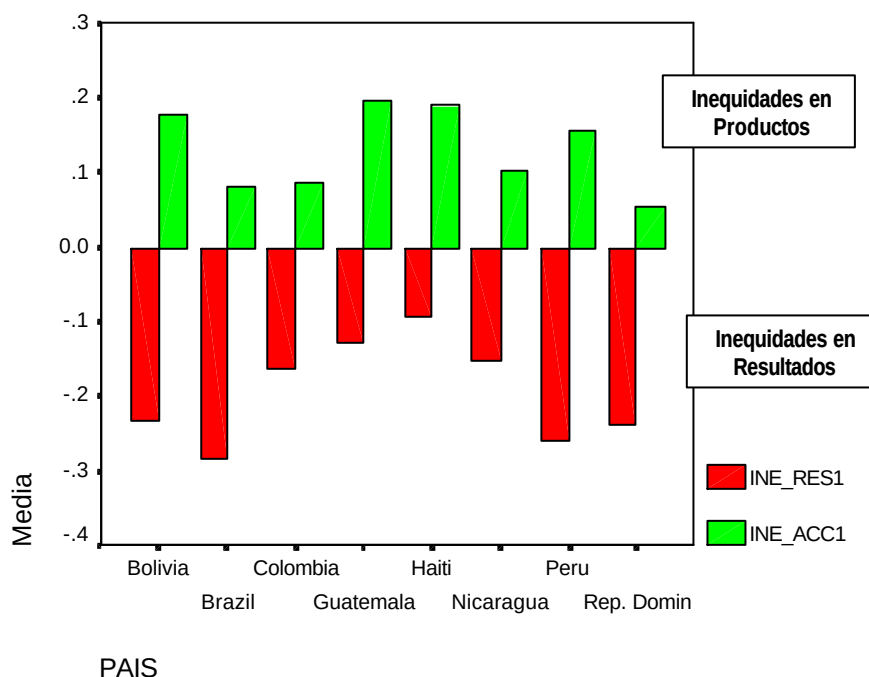
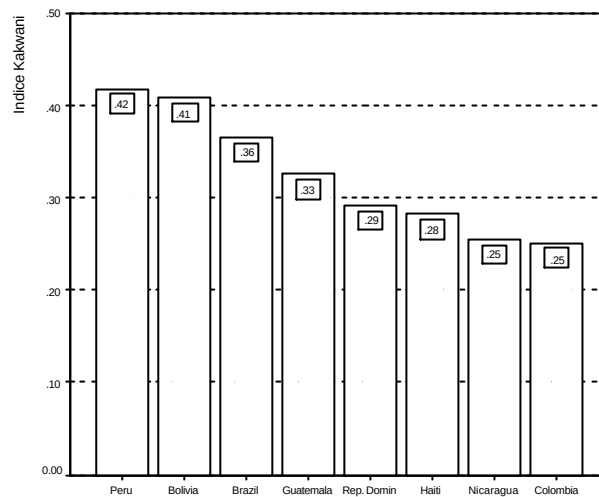


Gráfico N° 16
Brecha de inequidad entre resultados (necesidad) y productos (atención)
(Índice de Kakwani)



En el Gráfico N° 16 podemos observar el índice de Kakwani por país, que ha dimensionado la brecha de inequidad global sumando las inequidades en cuanto a productos y resultados. El Perú resulta como el país con mayor inequidad entre los 8 comparados. Le siguen en inequidad Bolivia y Brasil, mientras Colombia y Nicaragua son los que tienen relativamente menor inequidad.

Tabla N° 31: Indicadores estandarizados (z scores) y proxys de eficiencia, efectividad en 19 países de América Latina

Países	ZGASTO	ZRAZ_ATE	ZEGR_HOS	ZPAR_ATE	ZCOB_POL	ZCOB_SAR	ZCAS_TBC	ZESP_VID	ZTMI	ZMOR_5A	ZTMM	Indice de Resultados (proxy)	Indice de Productos (proxy)	Gasto dicotomizado
Bolivia	-.84297	-.63750	-1.09455	-1.48230	.17817	1.12832	1.72098	-1.42047	1.78775	1.55923	1.85595	-5.20	-.37	.00
Brasil	.65549	2.47678	.31461	.72297	1.15813	.96083	-.12330	-.39535	-.39313	.07796	.12774	.19	4.35	1.00
Colombia	-.11567			.20350	.17817	.62586	-.64668	.17023	-.22957	-.29236	-.47338	1.00		.00
Rep. Domi.	-.59572	-.62802	-.41948	.67396	-1.78174	-.88150	.49977	-.37768	.69731	.37421	.65372	-1.73	-.76	.00
Haití	-.96594			-2.84467	-2.58353	-2.22138	1.52160	-3.08188	2.82368	3.22566	2.83277	-8.88		.00
Nicaragua	-.89562	-.30622	-.16126	-.03663	.62361	1.12832	.00131	-.30698	.42470	.26312	.05260	-.74	.63	.00
Paraguay	-.40264	-.79281	-1.41180	.16430	-1.24722	-.21156	-.29776	.02884	-.17505	-.25532	.35316	.08	-2.55	.00
Perú	-.51598	-.22511	-.61131	-1.12456	.53452	.62586	2.69296	-.25396	.58827	.44828	.95428	-1.99	1.36	.00
Venezuela	.16010	-.92355		.63966	.08909	-1.55144	-.59683	.52372	-.50218	-.55158	-.62366	1.68		1.00
Uruguay	1.87944	.75621		.85038	.08909	-.54653	-.82114	.78884	-.82931	-.81080	-.87914	2.52		1.00
Panamá	.47568	-.52008	.73884	.38483	1.15813	.62586	-.02361	.73582	-.50218	-.44048	-.54852	1.49	1.21	1.00
México	-.13427	-.15085	-.18708	.15450	.17817	.45838	-.89591	.48838	-.22957	.07796	-.66123	.81	-.62	.00
Honduras	-.81740	-.63358	-1.07242	-1.09025	.35635	.79335	.49977	-.67814	.42470	.07796	-.24796	-.25	-1.50	.00
El Salvador	-.38621			-.51688	.97996	.62586	-.64668	-.05954	.26113	.07796	-.17282	-.17		.00
Ecuador	-.79395	-.49295	-.38997	.06139	-.35635	-.71401	-.04853	.01116	-.22957	-.21829	.12774	.32	-1.58	.00
Chile	.83027	-.02244	1.45818	.85528	.17817	.62586	-.52206	.96559	-1.04740	-.95893	-.90168	2.91	2.39	1.00
Cuba	-.47592	2.20488	2.11111	.86999	1.15813	.45838	-1.04544	1.10698	-1.21097	-1.07002	-.82654	3.11	4.60	.00
Costa Rica	.08564	.12341	.81262	.74747	-.71270	-1.55144	-.74637	1.16001	-1.04740	-.95893	-.85659	2.86	-.61	1.00
Argentina	2.85568	-.22817	-.08748	.76707	-.17817	-.37904	-.52206	.59442	-.61122	-.62564	-.76643	2.00	-.45	1.00

En base a base de datos de OPS. Programa Especial de Análisis de Salud. Iniciativa Regional de Datos Básicos en Salud; Sistema de Información Técnica en Salud, Washington DC, 2001

Capítulo 7

A manera de discusión

7.1. El perfil de desempeño de las políticas sociales neopopulistas.

El sentido general de nuestros resultados son coincidentes con los de la literatura peruana sobre sistemas y servicios de salud. Muchos de sus informes y publicaciones han sido insumos para la visión histórica y global que hemos tratado de construir. Nuestros resultados concuerdan por eso, con los estudios llevados adelante hacia 1995 por el Consorcio ESAN-AUPHA-SEVERS-FUNSALUD ¹⁴⁴, por Macroconsult ¹⁴⁵ y por el Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico (CIUP)¹⁴⁶, así como los posteriores de Pedro Francke¹⁴⁷, Margarita Petrera y Luis Cordero¹⁴⁸ y otros sobre el sistema de salud peruano.

Todos ellos mostraron en forma reiterada los problemas del desempeño del sistema público de atención en expansión. No hubo entonces, es verdad, una visión general del sistema, estudios comparados con otros países y una visión histórica de la atención, que es probable hubieran ayudado a ubicar la dificultad para el cambio no en el dato mismo sino en la envoltura institucional del actor, que es la entrada que hemos deseado promover. Pero brindaron información valiosa y recomendaciones que los Ministros de Salud y funcionarios de confianza, que promovieron dichos estudios, no atendieron. A diferencia de lo que podría pensarse desde un enfoque racionalista de la toma de decisiones, las evidencias no produjeron cambios en las políticas. Ello ratifica el punto de vista de Trostle, Bronfman y Langer ¹⁴⁹ cuando advierten a los académicos que la investigación produce sólo un input entre muchos otros elementos con igual legitimidad para ser considerados por los decisores.

De otro lado, los resultados de nuestro estudio ratifican que hay cierta relación entre el desempeño de los sistemas públicos y el tipo de política social y de régimen político. A la inversa se expresa mejor la idea: el tipo de régimen político y las líneas de fuerza de un gobierno se expresan en un perfil de desempeño de sus aparatos de provisión de servicios. Hay regímenes descuidados de sus políticas sociales pero también hay regímenes cuidadosos de lo social, por sus clivajes neopulistas. Nuestro estudio revela una combinación particular propia del neopulismo fujimorista.

Si tuviéramos que resumir la evolución del desempeño del sistema público de atención en los 90 lo haríamos en cuatro cambios: *expansión en productos, incremento en recursos, estabilización de resultados y modificación de la composición de los usuarios y beneficiarios*. En otras palabras, ha habido un incremento de las consultas, egresos y atenciones, pero a la vez un aumento del gasto, la infraestructura física y el tiempo efectivo de recursos humanos empleado y un cambio en el peso entre los quintiles en la demanda atendida por la mayor presencia de los quintiles IV y V, sin que los indicadores de salud mostraran un claro saldo neto a favor a pesar de los avances registrados en algunos puntos. Como concluíamos más adelante, por cada patología resuelta se han abierto nuevos frentes sanitarios, afrontándose hoy un abanico variado de patologías.

¿Cómo se podría denominar a esta política de salud que ha expandido notoriamente el acceso geográfico, promovido el aumento de la demanda institucional y atendida, incorporado a más pobres por el aumento en el volumen bruto de producción pero, a la vez, tiene una parte importante de los recursos públicos dedicados a los quintiles más altos? ¿Podríamos llamar neoliberalismo a esta incrementada presencia del Estado que ha habido en los 90 y denominar como privatizadora a una política de salud que ha reducido la prestación privada al 6,4 % de las personas con problemas de salud? ¿No aparece como paradójico que una década neoliberal, se supone eficientista, haya tenido un comportamiento poco eficiente y etapas de gasto indiscriminado? Y sin embargo, ha habido también muchos de los rasgos propios de la salud pública tecnocrática, en particular la preocupación mayor por los procesos y gestión, por una presupuestación conforme a resultados y el afloramiento de múltiples innovaciones gerencialistas. Este panorama abigarrado de mixturas nos ha llevado a concluir que estamos ante un caso de “hibridación institucional” conforme a lo explicado por Ramió.

El fujimorismo en salud fue un caso de “hibridación”. El sector salud resultante del fujimorismo es por eso una mixtura de patrimonialismo, burocratismo y gerencialismo. En la década pasada la tendencia general, propiciada por la “teoría del Estado mínimo”, fue desmontar el modelo burocrático de gestión, en el entendido de que ya se había concluido

el tránsito de la administración patrimonialista a la administración burocrática en nuestro país. Con el correr de los años se produjo un “decoupling” extraño entre patrimonialismo y gerencialismo, en que bajo el discurso gerencialista se exacerbaban lealtades y círculos de confianza, el manejo discrecional de la administración, el prebendalismo y las relaciones de reciprocidad. En un medio así, marcado por una cultura cívica incipiente y el debilitamiento del ethos público, no se procesó una reforma sistémica, saliendo a la luz la existencia de un *trade-off entre viabilidad y factibilidad en el Estado peruano*, en que los proyectos de reformas con mayor factibilidad demostrada suelen tener menor viabilidad y viceversa, los de menor beneficio, un mayor viabilidad. En el lenguaje neoinstitucionalista, los costos de transacción del cambio son muy elevados en el Perú por la cultura fuertemente patrimonialista, pese al discurso gerencial.

Esta hibridación particular de los 90 fue moldeada por la concepción pragmática y utilitaria de las políticas sociales característica del neopopulismo fujimorista. Hubo neoliberalismo en lo económico y neopopulismo en lo social. Al servicio de ese propósito neopopulista se pusieron los discursos de todos los agentes involucrados en el bloque de fuerzas fujimoristas en el Estado, entre ellos el discurso tecnocrático ortodoxo del equipo del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), el discurso vertical-autoritario de las Fuerzas Armadas y el discurso tecnocrático gerencialista del equipo que entre 1994 y el 2000 condujo el Ministerio de Salud. Esta interacción de actores con orientaciones diversas explica el resultado polícromo: el resultado fue un empaste contradictorio pues la segmentación y el neopulismo dilapidaban recursos que los acuerdos de gestión y cambios en los mecanismos de pago, también incentivados por el gobierno, intentaban maximizar.

El criterio centralmente efectista fue el gran filtro de todas las grandes iniciativas de la década. Las evidencias fueron evaluadas como relevantes o no según este criterio político. *Esta lógica general de un desempeño subordinado a las necesidades de un presidente-candidato* promovió que los decisores ministeriales asumieran como indicador de éxito de la década pasada, las atenciones y los “productos” en general, buscando el aumento del volumen bruto de la producción como señal de avance. Esto explica la coexistencia de un discurso

eficientista, racionalizador de los recursos, y sin embargo el aumento de productos en base al incremento del gasto. El neopulismo no podía esperar el tiempo de maduración que necesita una modernización gerencialista, y la única forma de tener una elevación rápida de outputs era incrementando los recursos. Dentro de este programa social neopopulista no cabían grandes reestructuraciones sociales, solo algunos cambios menores indispensables para el objetivo político. El fujimorismo fue por eso el filtro de los impulsos reformistas provenientes del MEF, de corte neoliberal, de la Presidencia del Consejo de Ministros, más neoinstitucionalistas y modernizantes, y de los Ministerios sociales, de sentido más técnico-social.

Por tanto, el neopulismo no llegó nunca a involucrarse plenamente en los discursos de reforma, siendo su interés políticas sociales efectistas, basadas predominantemente en productos visibles, no en resultados de lenta maduración. Los cambios sectoriales y las evaluaciones de desempeño no tenían así espacio en esta lógica de corto plazo, que podía velar tras el volumen en crecimiento de actividades y productos, la asignación poco eficiente de los recursos. De ahí el cuidado en mostrar más, no importa cómo. Este enfoque fue predominantemente asistencialista pues en él la política social terminaba en el punto terminal de servicios o en la entrega de la obra. El estado paternalista daba las cosas. El momento culminante de la política aquí es la inauguración. El ciclo de la intervención concluye allí. De allí su particular combinación de eficacia con poca efectividad, inequidad e ineficiencia, formula de desempeño que expresa la década fujimorista.

De otro lado, nuestros resultados invitan igualmente a rediscutir otro gran tema, asociado al desempeño de los sistemas de servicios: ¿es correcto denominar como reformas a las micro-reformas e innovaciones institucionales sin procesos de cambio nacionales o de nivel meso? La literatura sobre evaluación del desempeño en salud y políticas de salud en su enorme mayoría estudia cambios micro e institucionales habiendo tenido hasta hoy como un “punto ciego” las enormes dificultades para emprender reformas macro en los países latinoamericanos. Es curioso que en un continente con solo dos reformas estructurales de carácter nacional en la ola privatista de reformas de los 90 - la chilena y la colombiana - no se haya atendido con la amplitud y profundidad del caso al por qué de

esta situación: cuál es la dinámica particular que explica el camino tortuoso de cambio institucional en los países con bases culturales y de gestión diferentes a las de los países desarrollados. Tal como reseñamos más adelante, Alberto Infante ¹⁵⁰ realizó el año 2000 un balance de las reformas en América Latina en base a 19 Perfiles de País existentes en la OPS, concluyendo que había todo tipo de situaciones: países con cambios en el sector que no podían ser denominados reforma, países con proyectos de reforma en discusión y no implementados todavía, países con cambios en áreas concretas sin afectación de los actores públicos y privados, otros con cambios globales en una de las instituciones públicas pero no en las restantes, países sin ningún proyecto de reforma, países con cambios sustantivos pero no explicitados y países con dos o tres periodos de reforma en la última década. En general el informe concluía que *la mayoría de países de América Latina se encontraba o en el diseño o en las primeras fases de implementación* de las reformas. Este no es el tenor de la mayoría de los artículos publicados en las revistas especializadas sobre los sistemas y servicios de salud del continente, que hablan de la reforma, como si ésta fuera homogénea y unidireccional, y esbozan el cuadro de una ola de reforma más o menos potente y unilineal, que despliega sin mayores particularidades ni contratiempos el paradigma de la economía neoclásica.

Esto marca una diferencia con las olas de reformas anteriores – se trate de la ola bismarckiana o la del modelo de Beveridge- en que las mejoras cualitativas en el desempeño de los sistemas de salud de los países se pensaron siempre a partir de reestructuraciones sectoriales y cambios en el modelo de atención, en la organización de la provisión y en el financiamiento en salud. Así surgieron en América Latina desde los 20's los Institutos o Cajas de Seguridad Social, y desde los 50's, los “Sistemas Nacionales de Salud”. Lo que la historia de la Salud Pública registra no son las pequeñas variaciones en las performances de servicios que se produjeron en esas décadas sino los puntos de virajes de aquellos países que pasaron así a convertirse en modelos de reforma (Costa Rica 1942, Brasil 1989-94, Chile 1952). Las grandes preguntas se soslayaron en el Perú de los 90: ¿cuál sistema como visión-objetivo? ¿el pluralismo estructurado (Colombia)?, ¿un sistema nacional de salud (Chile 1952)?, ¿un sistema único de salud (Brasil 1989-94)?, ¿un sistema

segmentado (área andina y centroamericana)?, ¿una seguridad universal bismarckiana (Costa Rica)?, ¿un sistema dual (Chile 1980-90)?, ¿seguros básicos (Bolivia 1995)? Las mejoras menores en el desempeño antes de los 90 eran dejadas a la planificación y programación, pues las mejoras mayores pertenecían al capítulo de las reformas. La gran preocupación de esos tiempos por el acceso refería directamente al debate sobre la construcción de los denominados sistemas nacionales de salud.

Este soslayamiento del cambio sistémico ha tenido como consecuencia que la particularidad de lo que hemos denominado reforma en la década de los 90 en el Perú (y en muchos países latinoamericanos) sea la introducción de elementos de la reforma gerencial en la estructura segmentada de provisión y financiamiento, heredada del pasado ¹⁵¹. De esta manera las reformas se han convertido la mayoría de veces en procesos de modernización de la gestión, capaces de mejorar los procesos y optimizar la producción de servicios pero siempre dentro del techo marcado por las viejas estructuras segmentadas en las cuales se desenvuelven. Las tensiones originadas por este encuentro, desencuentro, cooptación, integración, mezcla, conflicto, entre tradiciones diferentes y las “hibridaciones institucionales” que se han originado con la reforma gerencial no han motivado, paradójicamente, una poderosa línea de investigaciones en el campo de las políticas y sistemas de salud.

En este sentido nuestra investigación sintoniza con la literatura sobre administración pública, que se ha ido interesado por las “hibridaciones” administrativas que se han producido en el Estado con la introducción del gerencialismo contractualista en países que no han concluido sus reformas burocráticas. Lo que hemos encontrado en el Perú de los 90 ratifica que hay hibridaciones sinérgicas y otras paralizantes, hibridaciones incoherentes y coherentes, las concientes y las enteramente inconscientes. La reforma latinoamericana, como hemos mostrado, es según esto una “reforma silenciosa” llena de hibridaciones ocultas. La “reforma peruana” está llena de hibridaciones contrapuestas e inconcientes. Ramió¹⁵² aportó para la comprensión de estos procesos el concepto de “decoupling”, que refiere al desajuste entre la institucionalidad informal y la formal que suele originarse

cuando se produce la implantación de elementos que proceden de contextos de referencia distintos. Mediante el decoupling la apariencia institucional se moderniza y asume las formas importadas, pero la dinámica real corre en paralelo como organización informal, dándose así “un cambio que no cambia el funcionamiento real de la organización”. Este ha sido, creemos, en alguna medida, el caso del sector salud peruano en los 90. Al final de la década se había producido una extraña mezcla de patrimonialismo, burocratismo y gerencialismo en el subsector público. Convendrá en el futuro, conforme relieves Sara Atkinson¹⁵³, advertir la complejidad surgida del intento de redireccionamiento de instituciones con culturas de gestión diferentes a las de los países desarrollados y darle un lugar al estudio de los aspectos informales y culturales en la gerencia de sistemas de salud.

Por último, nuestro estudio ratifica, prosiguiendo a Hirschman¹⁵⁴, que el margen o elasticidad para producir mejoras pequeñas en las instituciones públicas generalmente es amplio, de tal forma que una gestión activista puede quedar satisfecha obteniendo constantemente niveles de tensión mayores del viejo esquema organizacional. Enseñó Hirschman que sólo cuando hay una crisis aparece manifiesta la necesidad del cambio, pero el tramo para que un sistema o institución se deteriore hasta el punto de la crisis operativa, puede ser largo, de tal forma que las administraciones ministeriales se abocan a la lucha cotidiana por evitar el decaimiento del sistema y la obtención de logros inmediatos. El margen o elasticidad para producir mejoras generalmente es amplio, de tal forma que una gestión activista puede quedar satisfecha obteniendo constantemente niveles de tensión mayores del viejo sistema o incluso retroceder en esto sin darse cuenta. Este margen de juego entre el uso pleno de las capacidades instaladas y la situación de crisis, de alguna manera vela la visibilidad de cambios mayores y estimula una asertividad ingenua, micro-propositiva, siempre satisfecha con cambios que tienen un techo limitado. El problema *más común en la administración pública no es por tanto la ineficiencia/ineficacia absolutas sino la medianía institucional, aquellas situaciones en que la sociedad se ve obligada a convivir con servicios públicos con cierto nivel de deterioro o subfuncionamiento normal.*

En el Perú de los 90 el volumen de producción excusó la mala utilización de recursos y promovió una brecha entre el discurso y la práctica. En los ámbitos internos del Ministerio de Salud se procesó a lo largo de la década una fuerte introducción del gerencialismo, sobre todo a partir de 1994. El espejismo de la década para quienes vivieron en la franja intermedia o superior del MINSA y abrevaron de la nueva salud pública globalizada, era - y de repente es-, sin embargo, que el campo de la operacionalización técnica definía la política. Sólo cuando se fue comprobando, a fines de décadas, que gran parte de las innovaciones promovidas desde los proyectos y programas de reforma no tenían inserción institucional, quedó al descubierto el modelo oculto burocrático-clientelar y la necesidad de una mirada más comprehensiva.

Por eso, cuando una parte de la literatura internacional sobre reforma en salud se dedicó a evaluar la aplicación de herramientas derivadas del enfoque de la economía de la salud en los países no desarrollados sin una comprensión de las tradiciones y culturas de gestión existentes, reforzó esta mirada desenraizada de los cambios institucionales. Hay que acordarse de que en los 90 dos de los temas más estudiados fueron los acuerdos de gestión y los cambios en los mecanismos de pago. En muchos casos éstos fueron analizados en sí mismos, por fuera del tejido institucional de base. De esta forma, las dificultades que se encontraban en su aplicación se atribuían sólo al tipo de convenio o de mecanismo de pago propuesto, o a los indicadores planteados, a los mecanismos de monitoreo, y nunca a la interacción con las tradiciones administrativas vigentes.¹⁴⁴ Los cambios en el nivel de operacionalización - resumidos bien por Rolando Franco como el paso a la lógica de proyectos, cofinanciación, subsidio a la demanda, satisfacción universal, focalización y búsqueda de impacto – se confundieron como un cambio en el paradigma efectivo de las políticas sociales.¹⁴⁵ Efectivamente estos elementos expresan un cambio de paradigma pues se desprenden de otro modelo de protección social, pero son metodologías e instrumentos. La distinción es importante por lo que hemos visto en este estudio.

¹⁴⁴ Abramson, Wendy. Monitoring and evaluation of contracts for health service delivery in Costa Rica. *Health Policy and Planning*; 16(4): 404-411.

¹⁴⁵ Franco, Rolando. Introducción. En: Franco, Rolando (coord.), *Sociología del desarrollo, Políticas Sociales y Democracia*, 1ª. Edición, México: Siglo XXI y CEPAL, pp. 41-58.

Sólo en algunos casos se propuso el debate sistémico, en particular por Sonia Fleury¹⁴⁶, Celia Almeida¹⁴⁷, Julio Frenk y Juan Luis Londoño¹⁴⁸. A estas voces se añadieron algunas otras, que señalaron la nueva complejidad surgida del intento de redireccionamiento de instituciones con culturas de gestión diferentes a las de los países desarrollados, como Sara Atkinson¹⁴⁹, que reclamó por un lugar para el estudio de los aspectos informales y culturales en la gerencia de sistemas de salud; o Lucy Gilson con Gill Walt¹⁵⁰, que reclamaron simplemente un lugar para el estudio de las políticas y sus procesos; o Rebecca Sutton¹⁵¹, que argumentó en contra del “modelo lineal” que separa la formulación y gestión de políticas, proponiendo entender el proceso político como un “caos de propósitos y accidentes”; o Mario Bronfman, que advirtió a los investigadores las razones por las cuales sus resultados no se traducen en decisiones de política.¹⁵²

7.2. El modelo de protección social tras el colapso de fines de los 80.

Lo que pasó en los 90 en el campo de las políticas sociales, visto desde una perspectiva amplia, fue una forma de retorno al status previo a la hiper-crisis 1988-91, la etapa del denominado colapso operativo de los servicios públicos. Pero ya ese status de los 80 era un tercio del status de la atención de la salud en la sociedad peruana de los 50, como hemos visto. Las políticas sociales y de salud neopopulistas no pudieron avanzar más.

¹⁴⁶ Fleury, Sonia. Reforma del Estado. Washington D.C., INDES-BID, diciembre 2000.

¹⁴⁷ Almeida, Celia. Os modelos de reforma sanitaria dos anos 80: uma analise critica. Saúde e Sociedades 5(1):3-53, 1996.

¹⁴⁸ Londoño, Juan Luis y Julio Frenk. Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. En: Julio Frenk (ed.), Observatorio de la salud. Necesidades, servicios y políticas. México: FUNSALUD, pp. 307-346.

¹⁴⁹ Atkinson, Sarah. Political cultures, health systems and health policy. Social Science and Medicine 55 (2002) 113-124.

¹⁵⁰ Walt, Gill and Lucy Gilson, 1994, ibidem.

¹⁵¹ Sutton, Rebecca. The policy process: an overview. London. Overseas Development Institute, 1999, WB, Working Paper N° 118.

¹⁵² Bronfman, Mario. How do resarchers influence decisión-makers? Case studies of Mexican policies.

Dentro de este cuadro histórico de lo social, la sociedad peruana de los 90 se tuvo que acomodar a su nuevo status, y el reflatamiento de los aparatos prestadores luego de su colapso de inicios de los 90 fue necesario para evitar se disparara un proceso de contra-transición epidemiológica, del cual la epidemia del cólera de 1991 fue sólo una de sus manifestaciones. El repotenciamiento operativo de los servicios públicos restablecieron el balance entre salud y enfermedad previo a la crisis de fines de los 80. Este es el sentido general de lo actuado en los 90.

Evidentemente esta conclusión se apoya en *la diferenciación que hace Oswaldo Sunkel entre “distribución primaria del ingreso y la redistribución posterior por la intervención del Estado.”*¹⁵³ La distribución primaria la hace la economía y *las políticas sociales son en buena medida una distribución secundaria del ingreso*. Por tanto estas últimas cumplen eficazmente su labor cuando permiten una mayor redistribución de beneficios sobre la base de la pirámide social moldeada por las políticas económicas. Esto siempre ha sido así incluso en la etapa desarrollista o de predominio de la concepción del estado benefactor pero es más válido aún para las políticas sociales de los 90 en el Perú, que han sido más intra-sectoriales que en el pasado y han tenido una función clara de contrapeso de las políticas económicas.

Por tanto *el análisis de la situación de salud remite al efecto de las políticas económicas o políticas públicas del decenio fujimorista en la situación social de la población peruana, que es todo un diagnóstico no sanitario sino social, un diagnóstico de la calidad de vida en el Perú*. Hay algunos estudios realizados en los últimos años sobre este balance social global pero todos se definen como tentativos y los estudios que se consideran definitivos son investigaciones cuantitativas sobre la pobreza y la desigualdad, componente de la calidad de vida. Deseamos por eso mostrar *el rol de las políticas de salud en el tipo de sociedad y reproducción social que ha resultado de las políticas macro-económicas fujimoristas, para tentar un panorama más abarcativo de lo social*. Vamos a reseñar el régimen de bienestar peruano, dentro del cual tienen sentido las políticas de salud.

¹⁵³ Sunkel, Oswaldo. La sostenibilidad del desarrollo vigente en América Latina, p. 47.

Como se sabe, cada cierto tiempo las sociedades producen/reproducen su nivel de derechos humanos, concretizado en salud en un nivel de tolerancia a la enfermedad y muerte evitables. El reconocimiento de que este umbral es móvil se enmarca en la teoría histórica de los derechos formulada por Bobbio¹⁵⁴: los derechos no son genéticos, son un producto social. El problema es que en la sociedad peruana esta historicidad o relatividad de los derechos en salud no siempre ha significado progresividad sino regresividad.

El caso más claro, mostrado más adelante, fue el descenso de status del presupuesto de salud entre 1962-63, cuando dejó de estar por encima del 10% del presupuesto del gobierno nacional, para desenvolverse de ahí en adelante entre 4 y 6%. Entre 1952 y 1962 se vivió la etapa de oro del financiamiento de la salud en el Perú. No es casual este *retroceso histórico del status de la salud se diera con el paso de la sociedad criolla a la sociedad peruana chola informal actual*. El Perú tenía en 1955 sólo 8'671,541 millones de personas y su sistema de salud 3,772 médicos y 179 establecimientos y sin embargo recibía un presupuesto entre dos y tres veces mayor que el que ahora recibe la sociedad peruana con 26,5 millones de personas, 27,000 médicos y 7,000 establecimientos. Esa decisión sobre el financiamiento de la salud fijó el “valor” de la salud de los nuevos peruanos en un standard menor, que todos los siguientes gabinetes, ministros de economía y de salud, congresistas, en fin decisores, dieron por establecido, por “normal”. Los productores de políticas públicas en salud, las capas medias hechas congresistas, ministros, funcionarios, que por lo general se atienden en clínicas y seguros, fijaron el standard de la población.

A partir de esta decisión sobre el aporte estatal la sociedad peruana organiza periódicamente su “modelo de protección social” o “régimen de bienestar”. Conforme ha venido fundamentando Esping-Andersen en diferentes escritos^{155,156}, el modelo de

¹⁵⁴ Bobbio, Norberto. *A Era dos Direitos*. Río de Janeiro, Editora Campus Ltda, 1992.

¹⁵⁵ Esping-Andersen, Gosta. *The Three Worlds of the Welfare Capitalism*, Cambridge: Polity Press, 1990. Esping-Andersen, Gosta. *Fundamentos sociales de las economías postindustriales*, Barcelona: Ariel, 2000.

¹⁵⁶ Esping-Andersen, Gosta. *Reestructuración de la protección social. Nuevas estrategias de reforma en los países adelantados*. En: Rolando Franco (coord.), *Sociología del desarrollo, políticas sociales y democracia*. Estudios en homenaje a Aldo Solari, CEPAL-Siglo XXI, pp. 202-217.

protección social tiene que ver con la combinación de las diferentes fuentes de bienestar en cada sociedad. Habría así cuatro modelos de protección social según la “producción de bienestar” sea centralmente una provisión pública o estatal, sea aportada centralmente por las familias, corresponda al mercado o sea derivada del tercer sector. Habría el modelo residual o de mercado de los países sajones, el modelo estatal de bienestar de los países escandinavos, el modelo familiar de los países europeos mediterráneos y el modelo del tercer sector, transversal a todos, basado en el crecimiento de las ONGs y Fundaciones. Los modelos de protección social expresan el standard de derechos sociales y contienen los supuestos fundamentales con los que operan las políticas sociales sectoriales y las opciones por una u otra forma de organización y financiamiento de los servicios públicos.

El caso más complejo - y más relacionado con el Perú y América Latina - es el de los países europeos continentales o mediterráneos, cuyo modelo de protección social descansa en el rol de las familias en la reproducción social. En estos casos no llegó a construirse plenamente el Estado de Bienestar. Es más complejo entonces porque este modelo de protección social tiene implícito un umbral más alto de desprotección social y en estos casos, a falta de empleo e ingresos adecuados, la familia y las redes sociales asumen el pasivo. Un modelo de protección social involucra no sólo las prestaciones sociales sino las opciones de cada sociedad en cuanto al empleo, los ingresos, las pensiones, el modelo de familia y el cuidado de la salud. Todas estas dimensiones están relacionadas, de tal forma que las descompensaciones en uno de ellos deben ser cubiertas por una sobre-presencia de alguno de los otros. Hay una suerte de homeostasis en la sociedad, en que cuando se mueve el punto de equilibrio entre los diferentes “proveedores” de bienestar, ésta se reequilibra desplazándose a otra combinación entre ellos.

De esta forma, cuando hay crisis y el empleo y los ingresos se ven afectados y no se ven perspectivas de progreso, las sociedades ajustan incluso sus tasas de fecundidad, su modelo predominante de familia y los sistemas de educación de infantes. Esto ha venido pasando en el Perú desde que se bloqueó definitivamente para la mayoría de peruanos la posibilidad de un empleo adecuado. La población peruana procesó un reajuste de su

modelo de protección social, bajando sus tasas de fecundidad; transformando su tipo de familia hacia una familia extensa y de doble ingreso; modificando las funciones económicas de la mujer, postergando la nupcialidad y la maternidad; y cambiando la consideración / desconsideración con la vejez. Los pensionistas peruanos son una franja social muy desatendida, pese a ser el espejo de lo que nos espera a todos.

En este marco las prestaciones públicas en salud son parte del modelo de protección social. Pero la fórmula peruana que condensa su modelo de protección social en salud se compone de ciertas regularidades históricas no saludables, como hemos mostrado: un gasto nacional en salud y gasto per capita bajos, un gasto de hogar alto, un presupuesto público entre el 4 al 6% del presupuesto central, una dotación de medicamentos desregulada y un sistema de salud de media/baja gerenciabilidad. El Estado peruano ha definido que alrededor de 130,000 personas - de ellos, 84,662 en el MINSA y 31,631 en el Seguro Social – se ocupen del cuidado de la salud de los 26,749,000 millones de peruanos aportando sólo el 25% del financiamiento sectorial. *El Perú escogió un modelo de protección social sui géneris, liberal en medicamentos, estatista en la prestación y cuasi privado en el financiamiento en salud. Esta es la fórmula detrás del modelo segmentado* que como hemos demostrado se ha rezagado y quebrado por todos lados, porque los asegurados no representan una fuerza laboral en expansión y las capas medias se orientan a desplazar a los pobres del uso del aparato público asistencial.

La fórmula peruana es una de las más desaprehensivas en América Latina, pues expresa una gran permisividad con la enfermedad y la muerte evitables. Esta fórmula es en realidad una “política de Estado oculta”, que ha producido a lo largo de varias décadas una situación de salud en que *se vive más años, pero con un mayor desgaste*, como vimos en el capítulo anterior. En los últimos 50 años el Perú ha mejorado su esperanza de vida pero no ha aliviado sus tasas de morbilidad en la forma cómo lo han hecho otros países latinoamericanos. Es la opción – conciente o inconsciente- por la tercera edad improductiva.

Estos supuestos del modelo de protección social aparecen para la población, como para el decisor no informado, lamentablemente, como “lo dado”, esto es, como lo normativo. Ello marca los límites de lo viable, pues toda propuesta de mayor desempeño en base a cambios algo más sustantivos choca con la “forma de hacer las cosas” de siempre en salud. Ante esta resistencia, el decisor *cierra el capítulo de la formulación de políticas públicas y abre el capítulo de la gerencia del modelo de protección existente*, en que se moverá con mayor fluidez por desenvolverse en el rango de lo permitido y lo consentido, aun y cuando la forma tradicional de hacer salud implica, a la vez, un límite estructural a la optimización del gasto en salud y por tanto el mantenimiento de un margen evitable de años de vida potencialmente perdidos. La conclusión derivada de esto es que la reducción de las políticas de salud a iniciativas de rango micro y a lo sumo meso, no modifica el perfil social surgido de la dinámica particular de reproducción social que cada gobierno impulsa.

7.3. La reproducción social de la sociedad moldeada por el fujimorismo.

Una década de fujimorismo no ha pasado sin dejar su huella en la fisonomía de la sociedad peruana. Sea por acción o por omisión, diez años de un programa y estilo de gobierno transformaron cualitativamente la sociedad peruana y las modalidades de reproducción social. Ello hace que el Perú de Fujimori no sea comprensible sólo a partir de los niveles de pobreza y desigualdad relativa o de la desestructuración de las relaciones sociales previas, debiendo analizarse, también, las nuevas relaciones y sociabilidad surgidas y, al final, la sociedad neoliberal realmente existente en la que se ha empezado a vivir a partir de los 2000, que continúan en buena parte indemnes años después. Para ello, pensamos no son útiles las variantes de la sociología de la crisis, debiendo marcharse hacia una sociología de la nueva reproducción social post-Fujimori.

La crisis peruana de los 80 y su clímax entre 1988 y 1992 determinó el surgimiento de varias sociologías: la sociología de las estrategias de sobrevivencia y del protagonismo popular, la sociología de la choledad y la sociología de la violencia y la gobernabilidad. Todas ellas son de alguna manera sociologías de la crisis.

Luego de diez años de gobierno fujimorista se puede decir que las lecturas de la sociedad peruana previas han quedado en alguna medida desactualizadas, aunque sólo en alguna medida porque el Perú es más una sociedad de continuidades que de cambios.

¿Estamos mejor o peor?

Las cifras muestran que la expansión pavorosa de la pobreza se dio en el gobierno de Alan García. En la década de los 90 esas cifras no pudieron ser reviradas en forma importante, pese al aumento del gasto social, pero no se ensanchó la brecha social. *En los 90 no hubo dualización sino estabilización, pero luego de un retroceso de veinte años en el país.*

Según la estadística, el Perú vivió el mejor momento de su evolución económico-social en la década de los 70 e inicios de los 80. Utilizando un índice que nos permita comparaciones, observamos que desde 1974 hasta 1982 el producto bruto per cápita real estuvo alrededor de 114 y cayó a 100 en 1985 y a 88,3 en 1989. El PBI per cápita dolarizado era de US\$ 1,388 en 1981, US\$ 851 en 1985, US\$ 993 en 1987, US\$ 729 en 1988, US\$ 1248 en 1990, US\$ 2,281 en 1995 y US\$ 2091 en el 2000. Se aprecia en esta evolución la crisis y ajuste de fines de los 80 e inicios de los 90.¹⁵⁷

La evolución de la pobreza a nivel nacional, medida por el Instituto Cuanto según el método de línea de pobreza, también muestra esta huella irresuelta de los 80. La evolución de la pobreza a nivel nacional fué de 64,0% en 1971, 43,1% en 1985, 55,3% en 1991, 53,4% en 1994, 50,7% en 1997 y 54,1% en 2000. El cambio más notorio de “status social” del país se dio durante la segunda parte de los 80.

¹⁵⁷ Cuánto. Perú en Números 2001, Cuentas Nacionales, Lima: Cuánto, setiembre 2001.

Tabla N° 32
Niveles de pobreza, 1971-2000

Año	Población total (miles)	Pobres	
		Porcentaje	Variación con previa
1971-72	13 567.7	64,0	---
1985	19 492.4	43,1	- 3.2%
1991	21 966.4	55,3	+ 44.6%
1994	23 130.3	53,4	+ 1.7%
1997	24 371.0	50,7	+ 0.04%
2000	25 662.0	54,1	+ 12.36%

Fuente: Cuanto, Perú en Números 2001.

La situación del empleo tuvo la evolución ya conocida: el empleo en el sector moderno cayó de 109,1 en 1980 a 76,1 en 1995, los subempleados se multiplicaron de 26,0% en 1980 al 77,6% en 1993 y los desempleados se mantuvieron en todo este lapso 1980-2000 entre el 7 y 10%.¹⁵⁸ De otro lado, la información última sobre la desigualdad social evidencia la alta concentración del ingreso nacional. Según el INEI el quintil 1, de menores ingresos, tenía en 1985-86 el 3,0% del ingreso nacional y en 1997-2000 el 4,9%, mientras el quintil 5, el de mayores ingresos, tenía en 1985-86 el 60,3% y en 1997-2000 el 51,4% del ingreso nacional. El quintil 2 habría pasado en ese lapso del 6,8% al 9,1% del ingreso nacional, el quintil 3 del 11,1% al 13,7% y el quintil 4 del 18,8% al 20,8%.¹⁵⁹

Se deduce de este cuadro social que en los 90 ha habido modificaciones leves de la situación social con que se ingresó a dicha década: el per cápita mejoró sin redistribución, el subempleo y desempleo siguen siendo muy altos y la pobreza comprometía hacia el 200 al 54,1% de la población. En todos los rubros hay mejorías y retrocesos pequeños. *Socialmente el fujimorismo regresó al Perú del abismo pero los niveles de vida no variaron sustancialmente en la década.*

¹⁵⁸ INEI. Informe sobre la situación del empleo en el Perú. Lima: INEI, 2000.

¹⁵⁹ INEI. Encuesta Nacional de Hogares 1997, IV trimestre. Lima: INEI, 1998 e Informe INEI 2000.

Del nivel de vida al modo de vida

Es difícil por eso –de repente imposible - responder estadísticamente a la pregunta sobre si estamos mejor o peor. Si los cambios respecto a pobreza y desigualdad hubieran sido mayores, las encuestas serían más tajantes. La opinión de los limeños sobre la situación económica entre 1990 y 1998 revela esta falta de rotundidad: en toda la década los que pensaron que la situación era buena nunca pasaron del 9% y su punto más alto fue en 1995, mientras que los que caracterizaron la situación como regular por lo general estuvieron entre 44 y 61% y los que lo hicieron como mala variaron entre el 68% de 1992 y el 28% de 1995. Luego de la captura de Abimael Guzmán y cerrada la etapa de crisis en 1992, los entrevistados siempre se repartieron entre opiniones “regulares” y “mala”.

Tabla N° 33
Como calificaría usted la situación económica del país
1990-1998 *

	<u>1990</u> Dic	<u>1991</u> Dic	<u>1992</u> Jun	<u>1993</u> Jun	<u>1994</u> Dic	<u>1995</u> Jun	<u>1996</u> Jul	<u>1996</u> Dic	<u>1997</u> Jun	<u>1997</u> Dic	<u>1998</u> Jun
Buena	5	2	1	2	7	9	7	5	4	6	2
Regular	50	36	30	43	51	61	53	59	44	53	46
Mala	41	60	68	52	40	28	39	34	51	37	52
No precisa	4	2	1	3	2	2	1	2	1	4	0

Fuente: Apoyo Opinión y Mercado S.A.

* El ámbito investigado corresponde a Lima Metropolitana

Sin embargo hay una serie de cambios en la década que hacen que la sociedad peruana sea otra. Esto no es comprensible con una sociología de la crisis centrada en los niveles de vida y en lo cuantitativo. Como ha señalado el PNUD, es necesario “completar la lógica del nivel de vida con la lógica del modo de vida”: las macro-políticas, explica, afectan especialmente la vida cotidiana de la gente y la sociabilidad con sus tejidos familiares y comunitarios, sus valores e identidades”.¹⁶⁰ Resulta imprescindible buscar las

¹⁶⁰ PNUD. Desarrollo Humano en Chile 1998. Las paradojas de la modernización. PNUD, 1998.

articulaciones entre lo cuantitativo y lo cualitativo, entre la cantidad de vida y la calidad de vida.

La lógica del nivel de vida no sirve para entender procesos complejos de transición socio-cultural, como el vivido en los 80-90. Toda crisis no es sólo un deterioro de los ingresos pues significa una ruptura en la lógica cotidiana de los sectores populares, como mostró en Argentina a fines de los 80 María del Carmen Feijoó.¹⁶¹ Enseñó también por eso que *la crisis era percibida por los sectores populares como el agotamiento de un camino para “construir la vida”*. La sociología de la crisis interpretó el momento de desestructuración de la sociedad populista-estatista de los años 1985-92 y enfatizó por eso en “el bloqueo de la reproducción material de la vida social”, como caracterizó Carlos Franco el estado de situación en 1990.¹⁶²

Pero han pasado más de diez años y se ha evolucionado a otra dinámica de reproducción social. Lo nuevo en los 90 ya no se centró en el fenómeno de las grandes migraciones y de lo cholo informal que explicaron Quijano¹⁶³, Matos Mar¹⁶⁴, Carlos Franco¹⁶⁵, Golte¹⁶⁶ y otros, o en el retroceso de la sociedad de clases y su informalización, que explicaron De Soto¹⁶⁷, Palma¹⁶⁸, López¹⁶⁹, sino en la simbiosis cholo globalizada a que asistimos y la estabilización de las distancias sociales pero en un contexto de fluidez comunicacional y cultural. Ya se estableció un nuevo sistema de expectativas sociales aceptadas y

¹⁶¹ Feijoó, María del Carmen. ¿Y ahora qué? La crisis como ruptura de la lógica cotidiana de los sectores populares. Buenos Aires: Instituto Nacional de Estadística y Censos e Investigación sobre Pobreza en Argentina, Documentos de Trabajo No. 4, abril de 1988.

¹⁶² Franco, Carlos. El Perú de los 90: Un camino posible. 1ª. Edición, Lima: CEDEP, 1989.

¹⁶³ Quijano, Aníbal. La emergencia del grupo cholo y sus implicaciones en la sociedad peruana, Lima, PUCP, 1967.

¹⁶⁴ Matos Mar, José. Desborde popular y crisis del estado: el nuevo rostro del Perú en la década de 1980, Lima, Concytec, 1988.

¹⁶⁵ Franco, Carlos. La otra modernidad. Imágenes de la sociedad peruana. Lima: CEDEP, 1991.

¹⁶⁶ Golte, Jürgen y Norma Adams. Los caballos de Troya de los invasores. Estrategias Campesinas en la conquista de la Gran Lima, IEP, Lima, 1986.

¹⁶⁷ De Soto, Hernando. El otro sendero: la revolución informal, Bogotá, ILD, 1989.

¹⁶⁸ Palma, Diego. La informalidad, lo popular y el cambio social. Lima, DESCO, 1987.

legitimadas, superado el desfase dramático de la primera etapa de la crisis y el ajuste, hacia 1990. Por eso, invirtiendo la pregunta de Alberto Graña de comienzos de década (“si somos tan ricos, ¿por qué somos tan pobres?”¹⁷⁰), cabría decir que somos igual de pobres pero con una subjetividad diferente. Destruídas socialmente las anteriores clases medias, el consumismo globalizante de los 90 distribuyó sus pautas culturales en todo el espectro social, salvo los excluidos del todo, los más pobres de las zonas rurales.

Esto hizo ineficaz *la explicación del comportamiento colectivo a través de los modelos de privación relativa*, basados en la asociación entre pauperización social, radicalización y violencia política. Eugenio Tironi cuestionó en el clímax de la crisis la capacidad explicativa de este modelo, que intentaba asociar la pobreza, la frustración y la violencia.¹⁷¹ Pero hemos tenido crecientes problemas para interpretar las nuevas “*sociedades de marcha diagonal*” desde que se esfumó la “sociedad de viejos movimientos sociales” de los 70 y la de “nuevos movimientos sociales” de los 80. Luego de ello se generaron o importaron diferentes teorías y escuelas pero ninguna tuvo ya el valor comprensivo de las anteriores: la tesis de la fragmentación social (Zermeño¹⁷², Barbin¹⁷³), la teoría de las redes sociales (Panfichi¹⁷⁴), las teorías de las identidades (Portocarrero¹⁷⁵). Acaso por eso el péndulo entre el individualismo subjetivo y la descripción estadística, entre la etnometodología y las cifras de pobreza.

Nueva sociedad de masas

¹⁶⁹ López, Sinesio. El fin de una época. Lima: DESCO, 1992.

¹⁷⁰ Graña, Alberto. Notas sobre la economía peruana. Si somos tan ricos ¿por qué somos tan pobres? Lima, 1991.

¹⁷¹ Tironi, Eugenio. Pobreza = frustración = ¿violencia? Crítica empírica a un mito recurrente. Notre Dame: University of Notre Dame, Kellogg Institute, Working Paper No. 123, mayo 1989.

¹⁷² Zermeño, Sergio. La sociedad derrotada. El desorden mexicano del fin de siglo. 2da. Edición, México: Siglo XXI, 1998.

¹⁷³ Barbin, Lucas (seud.). La sociedad fragmentada. Revista Nueva Sociedad, N° 11, 1991.

¹⁷⁴ Panfichi, Aldo. Del vecindario a las redes sociales: cambio de perspectiva en la sociología urbana. Debates en Sociología, Lima, PUC, Nos. 20-21, 1996, pp. 35-48.

¹⁷⁵ Portocarrero, Gonzalo. Modelos de identidad y sentidos de pertenencia en Perú y Bolivia. Lima, IEP, 2001.

El tránsito de la “sociedad de clases” de los 60 a la “sociedad de masas” se dio en los 80,¹⁷⁶ pero el concepto “sociedad de masas” se conceptualizó inicialmente por oposición, como no-clasista, y ahora hay que darle una connotación distinta. La sociedad de masas de inicios de los años 2000 es diferente de la sociedad de masas de inicios de la década de los 90.

El Perú de Velasco Alvarado tenía clases o grupos sociales de contornos precisos: capitalistas, clases medias, obreros, independientes urbanos e independientes rurales. Esa sociedad se desestructuró en los 80 y surgió lo que Sinesio López denominó “sociedad de masas”. En la literatura sobre administración la “sociedad de masas” corresponde a la etapa del fordismo consumista y en las ciencias de la comunicación a la sociedad de los mass media. Aquí se intentó relieves el surgimiento de una sociedad informal fruto de la pauperización y la crisis.

En el paroxismo de la crisis – durante los años 1987-1992 - el Perú tenía muchas características de las sociedades de multitudes, en que la densidad asociativa es baja, la informalidad es básicamente defensiva y abocada a la sobrevivencia y el humor político, aluvional. El Perú de los años 1987-92 parecía corresponder a muchas de las proyecciones sico-sociales de Gabriel de Tarde, Gustavo Le Bon y Sigmund Freud.

En paralelo a esta deconstrucción social se venía dando desde décadas atrás una deconstrucción étnica/cultural de la sociedad de vertientes nacionales semi-compartimentadas, de criollos, mestizos, indios y negros. El portentoso movimiento migratorio andino, del cual surgió la ética emprendedora chola contemporánea, venía fusionando todas las sangres.

De ambos movimientos socio-culturales viene el Perú de Fujimori, que es un nivel cualitativo distinto de desarrollo de la sociedad de masas, no comprensible solo con las

¹⁷⁶ López, Sinesio, 1992, *ibidem*.

cifras de pobreza, desempleo, desigualdad y exclusión, como persisten los economistas. Hay eso y más.

Transculturización de la transculturización

El resultado social de la crisis de los 80 se puede resumir en la frase de Sábato: ahora no sólo hay los de arriba y los abajo, sino los de afuera. Una parte de los de “afuera” lo integran el 10% de desempleados, el 12% de población monolingüe no hispana y el 16% en pobreza extrema.

Lo peculiar del Perú es que nunca fue una sociedad homogénea social y culturalmente y siempre hubo, por tanto, los de afuera. Nunca hemos sido una “sociedad del trabajo” en sentido estricto. La crisis de nuestra débil “sociedad industrial” se dio en los 80, generando desempleo y subempleo, pero lo más característico ha sido el movimiento auto-inclusivo de la vertiente andina nacional en los últimos 20 años. La primera tentativa de auto-inclusión de la población andina fué su proletarización en los 60 y 70 y ella fracasó con la desindustrialización, desproletarización e informalización posterior. Después la auto-inclusión implicó crear una economía y sociedad de los de abajo-afuera. Lo nuevo en los 90 entonces no es este movimiento de salida adentro-afuera que ya se produjo en las décadas previas, sino una vez producida la estabilización social, el establecimiento de interfases entre las dos economías y sociedades, casi de espaldas en los 80.

La década fujimorista ha sido el espacio de un nuevo desarrollo de “los de abajo y los de afuera”, que ya no son migrantes de primera generación sino el vértice cholo-globalizado de la pirámide popular, una parte de los cuales reemplaza desde abajo a las fenecidas clases medias del anterior sector moderno mientras desde arriba lo hace la tecnoburocracia pública y privada.

Ya no estamos ante migrantes de primera generación como fenómeno fundamental, sino con la migración multipolar y regular de los hijos y nietos de migrantes. Los emigrantes e

inmigrantes en 1981 fueron 3'631,000 personas y en 1993 4'868,000 del total poblacional; en Lima en 1981 fueron 1'794,00 y en 1993 2'344,000 del total de habitantes de la capital.¹⁷⁷ No estamos por tanto ante el primer piso de una transculturización de doble sentido, como la descrita por la sociología de la “choledad”, sino ante la transculturización de la transculturización, en un contexto de inserción globalizante del país.

Ya no estamos tampoco ante la primera ola de exclusión industrial, en que cabía hablar de desproletariación, informalización y descampesinización del campo popular. Ya se estabilizó una estructura ocupacional caracterizada por el subempleo y la desocupación, que ha desarrollado en los 90 una dinámica de veloz movilidad social, hacia arriba y hacia abajo en una franja siempre limitada, de los sectores de pobreza no extremos, pobreza coyuntural y capas medias. Como afirma Adolfo Figueroa, en el centro de la pirámide social está el área de mayor movilidad social en el Perú finisecular.¹⁷⁸

Consumismo globalizado sin capas medias

Lo peculiar de este proceso social, que no marcha de retorno al precipicio pero tampoco es el regreso de la sociedad de clases previa, es esta estabilización de las distancias sociales sin necesariamente dualización comunicacional ni cultural, ni bloqueo de la reproducción social y movilidad social. Es otra reproducción social, más abajo que la anterior a la crisis y al ajuste.

La pirámide social implícita en la política económica y social del fujimorismo no es por eso, la pirámide de vértice agudo y base amplia, como a veces se insiste en reflexiones inerciales, sino la estructura tipo botella redonda de pico alto. La diferencia estriba en que persiste el vértice alto, expresión de la desigualdad, pero la estructura social se angosta en el espacio que debería corresponder a las capas medias y se expande en la zona de los pobres, en donde se agolpan las ex capas medias y los antiguos pobres. Los indigentes no

¹⁷⁷ INEI. Censos Nacionales de 1993, IX de Población, IV de Vivienda.

¹⁷⁸ Figueroa, Adolfo. Distribución de ingresos y pobreza en el Perú. En: Crabtree, John y Jim Thomas (editores), El Perú de Fujimori, Lima: Universidad del Pacífico e IEP, 1999, pp. 219-254.

son tantos como éstos, pero están peor que todos. La media de esta sociedad post-crisis es una media inferior a la de la sociedad de clases.

La focalización busca desplazar recursos desde las anteriores clases medias a la base de la pirámide sin tocar el vértice. Esto lo explicó Bustelo¹⁷⁹ analizando el impacto de la política de focalización en la estructura social de Buenos Aires. Esto es lo que debieron hacer las políticas de focalización en el Perú en los 90, pero el neopopulismo estaba interesado en efectos rápidos a cualquier costo, como hemos visto, y la inversión pública se llenó de filtraciones y subcoberturas.

Las anteriores capas medias se angostaron entonces por el proceso mismo de la crisis. La década ha mostrado por eso un desencuentro entre la expansión del consumismo urbano y la reducción de las clases medias que siempre lo representaron en el periodo de sustitución de importaciones. Y la consiguiente búsqueda de un nuevo piso social, más cholo y popular, para el consumismo globalizante.

Ya diferentes autores han explicitado en otros países, igualmente, el fenómeno de destrucción de las viejas capas medias (las nuevas o clásicas, de los 60-70) y la regeneración de capas medias de origen popular. Víctor Tokman ha ayudado a entender esta nueva estructura social configurada por las políticas económicas y sociales de mercado cuando definió la focalización como un trasvase de las capas medias a las franjas indigentes.¹⁸⁰ Esto en el Perú de los 90 ha venido originando la paradoja de una modernización consumista que expande la ideología compradora de las clases medias pero sin una expansión igual de rápida de sus bases sociales. Las nuevas clases medias, “desde arriba”, la constituyen la tecnoburocracia, mientras “desde abajo” las capas populares emergentes han asumido, a su manera, formas originarias del consumismo

¹⁷⁹ Bustelo, Eduardo. Hood Robin. Ajuste y equidad en América Latina en los 80. En: Bustelo, E. De otra manera. Ensayos sobre Política Social y Equidad. Santa Fe, HomoSapiens Ediciones, 2000, pp. 17-57.

¹⁸⁰ Tokman, Víctor. Empleo y solidaridad: los desafíos que enfrenta América Latina después del ajuste. Washington: BID, 1997.

ejemplificadas en el celular, la cultura del supermarket, el crédito de consumo y las nuevas formas de recreación y uso del tiempo libre.

Por esto, el paisaje urbano de la década (que es ya el del 72,1% del país) está dominado por las estrategias de sobrevivencia –que existen por la fuerza de la necesidad- pero también por las formas heterodoxas de la sociabilidad, no copias de originales, tampoco originales de copias como alguna vez explicó Fernando H. Cardoso, sino originales de copias de copias, “culturas híbridas” en términos de García Canclini:

- a) La mayor inversión de la década de los 90, la compra de Entel y CPT por Telefónica de España, no debe ser interpretada sólo económicamente sino socialmente, pues viene remodelando la sociedad peruana. ¿Alguien puede pensar que la expansión exponencial de los celulares (de 26,000 en 1994 a 898,173 en el 2000), del cable (de 6,000 en 1994 a 349,450 en el 2000), de la telefonía residencial (de 664,989 en 1994 a 1 717,118 en el 2000), de la telefonía pública (8,032 en 1993 a 81,253 en el 2000)¹⁸¹ no afecta la fisonomía socio-cultural de la sociedad peruana?
- b) La gran inversión privada en la banca ha generado una nueva cultura del crédito inexistente antes y la expansión de la intermediación financiera. Por primera vez han aparecido con cierta importancia el crédito de consumo y la tarjeta de crédito, y el pago de planillas a través de bancos y cajeros automáticos, si bien con todos los límites de una sociedad empobrecida.
- c) La gran inversión privada en el comercio y el entretenimiento ha significado la introducción de la cultura del supermarket y el cambio en el uso del tiempo libre, generándose un nuevo patrón de entretenimiento. De un lado, el gran comercio transnacional ha llevado a un nuevo nivel los pequeños centros comerciales desarrollados en los 80: el Perú entró a la etapa de los grandes shopping centers. De otro lado, estamos ante el retorno del cine (13% en las preferencias), el paulatino posicionamiento de la salida a restaurantes en el tiempo libre (21% de las preferencias),

¹⁸¹ Telefónica del Perú. Memoria Anual 1997. Lima: Telefónica del Perú, 1998. Cuanto: Perú en Número 2001, Lima, Cuanto, 2001.

la consolidación de las discotecas para el estrato juvenil (12% de las preferencias) y el retroceso parcial del campo y los parques de diversión (11 y 15% respectivamente).¹⁸²

d) La televisión ha confirmado su presencia como eje de la “comunidad nacional” y canal de expresión y generación de homogeneidades y heterogeneidades. El 85% de la población posee televisores y éstos están prendidos en promedio al día entre lunes y viernes en un 40%, cifra que llega en las horas punta al 70,4% a las 19:30 horas y al pico del 78,7% a las 21:30 horas.¹⁸³

En este cuadro general, el balance de la década es entonces, de estabilización del retroceso de fines de los 80 y *nueva dinámica de reproducción social, con una parte de la sociedad empobrecida y comunicada y la otra excluida e incomunicada*. Persisten fuertes elementos de regresión social y problemas heredados e intocados a lo largo de la década, entre ellos la crisis y precarización del empleo, las nuevas formas de violencia y lumpenización, la inmovilidad estructural de la población pobre e indigente de las zonas rurales y la crisis de la política, al final la ausencia de un proyecto nacional para la era globalizada actual.

Pero si lo socialmente característico de los 70 fue el ingreso del migrante a la fábrica y de los 80 el ingreso femenino al trabajo y las estrategias de sobrevivencia, no encontramos en los 90 un movimiento similar, salvo el boom educativo a todo nivel, que ha sido la respuesta social masiva a este punto muerto de los 90, de estabilización sin despegue.

La sociedad en torno a la línea de pobreza

Ha nacido así una sociabilidad postclasista y postsenderista, engendrada por el fujimorato. Corresponde a una sociedad mayoritariamente ubicada exactamente debajo o en torno a la línea de pobreza, a diferencia de la sociedad del Alanismo, de dualización acelerada entre ricos y pobres y liquidación de la clase obrera y las capas medias, o de la sociedad cepalina de cuatro sectores (ricos, pobres-marginales, obreros y capas medias).

¹⁸² Empresa Editora Gestión, Gestión (15 diciembre 1998). En: Cuanto, Perú en Números previo al 2000, Cuadro 27.53.

¹⁸³ Cuanto S.A. Perú en Número previo al 2000. Lima: Cuanto, Cuadro 27.22

Todos los instrumentos de las ciencias sociales para medir la pobreza caducan con este nuevo abigarramiento: los indicadores de NBI no valen tanto porque los indicadores de infraestructura pueden avanzar sin acabar con la pobreza y el coeficiente de Gini resulta limitado porque la distancia base-pirámide no expresa toda la intencionalidad diagonal de la política de la década. La lógica de mercado ha sido así remodelada por la lógica neopopulista, como explicaba Sunkel al inicio al hablar de las políticas sociales como una redistribución secundaria de los ingresos: si en los 90 no hubiera existido sino la primera, la desigualdad y pobreza probablemente hubieran rebasado los límites de lo tolerable y el país no hubiera soportado el nuevo status social. Las políticas sociales en este contexto han compensado los “excesos” de la economía. Las políticas de salud cumplieron su papel en esa mantención de un equilibrio precario, permisivo de una fuerte exclusión.

¹⁴⁴ ESAN / AUPHA / SEVERS / FUNSALUD, 1997, ibidem.

¹⁴⁵ MACROCONSULT S.A., 1997, ibidem.

¹⁴⁶ Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico. Ibidem, 1997.

¹⁴⁷ Francke, Pedro. El cobro de tarifas y la equidad en la distribución del subsidio público en salud en el Perú. Lima: PUCP, Departamento de Economía, Documento de Trabajo N° 163, febrero 1999.

¹⁴⁸ Petrerá, Margarita y Luis Cordero. El aseguramiento público en salud. Factores que intervienen en la elección del proveedor. En: Richard Webb y Moisés Ventocilla, Pobreza y Economía Social: Análisis de una Encuesta (ENNIV 1997), Instituto Cuanto-UNICEF-USAID, agosto 1999.

¹⁴⁹ Trostle James, Mario Bronfman and Ana Langer. How do researchers influence decision-makers? Case studies of Mexican policies. *Health Policy and Planning*; 1999, 14(2):103-114.

¹⁵⁰ Infante, Alberto. Las reformas de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe. *Revista de Administración Sanitaria*, vol. IV, N° 13, enero-marzo 2000, pp. 29-47.

¹⁵¹ Arroyo, Juan. Democratización y racionalización: Viejos y nuevos problemas para la acción colectiva en salud. En: Arroyo, J (editor), *La salud peruana en el siglo XXI. Retos y propuestas de política*. Lima: CIES, DFID y Proyecto Policy, julio 2002, pp. 15-39.

¹⁵² Ramió, Carles. Los problemas de la implantación de la nueva gestión pública en las administraciones públicas latinas: modelo de Estado y cultura institucional. En: *Reforma y Democracia*, N° 21, octubre 2001.

¹⁵³ Atkinson, Sarah. Political cultures, health systems and health policy. *Social Science and Medicine* 55 (2002) 113-124.

¹⁵⁴ Hirschman, Albert. *Exit, voice, and Loyalty. Responses to Decline in Firms, Organizations and States*. Cambridge-London, Harvard University Press, 1970.

BIBLIOGRAFIA

- Abramson, Wendy. Monitoring and evaluation of contracts for health service delivery in Costa Rica. En: Health Policy and Planning; 16(4), pp. 404-411.
- Abusada Roberto, Fritz Du Bois, Eduardo Morón y José Valderrama. La reforma incompleta. Rescatando los noventa, Lima, Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico e Instituto Peruano de Economía, 2000.
- Aguinaga, Alejandro. Exposición del Ministro de Salud en la Juramentación del Decano del Colegio Médico del Perú, Lima, 7 de enero del 2000.
- Alcázar Lorena. Impacto Económico de la Malaria, Lima, Apoyo, 1999.
- Almeida, Celia. Os modelos de reforma sanitaria dos anos 80: uma analise critica. En: Saúde e Sociedades, 1996 5(1), pp. 3-53.
- Almeida, Celia. Reforma do Estado e Reforma de Sistemas de Saúde: Experiencias Internacionais e Tendencias de Mudanca, Lima, materiales del Seminario Internacional Analisis Comparado de Políticas Públicas en Salud, 17-19 junio 1999.
- Almeida Filho Naomar y Jairnilson Silva Paim. La crisis de la Salud Pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. En: Cuadernos Médico Sociales 75. pp. 5-30.
- Almond, Gabriel. Una disciplina segmentada. Escuelas y corrientes en las Ciencias Políticas, México, Fondo de Cultura Económica y Colegio Nacional de Ciencias Políticas y Administración Pública, 1999.
- Alvarado, Betty. Análisis de Costos de los Servicios de Salud, 1ª. ed., Seminario Modernización del Sistema de Financiamiento de Salud, Lima, CIUP, 1997.
- Alvarado, Betty. Focalización de los recursos públicos en salud. En: Arroyo Juan, La Salud Peruana en el Siglo XXI, Retos y Propuestas de Política, Lima, CIES, julio 2002, pp. 41-85.
- Alvarez, Augusto. Del Estado empresario al ¿Estado regulador?, Lima, IEP, 1994.
- Alvarez, Augusto y Gabriel Ortiz De Cevallos. Implementación de políticas públicas en el Perú, Lima, Editorial Apoyo, 1995.
- Alvarez, Begoña. Sistema de pago a proveedores de servicios sanitarios en países latinoamericanos y de la OCDE. En: Revista Panamericana de la Salud, Número especial sobre reforma, Julio - Agosto 2000. pp: 55-70
- Arroyo, Juan. La autonomización de hospitales públicos y sus consecuencias sobre la demanda de atención de salud. Lima, 1988-1997. En: OPS, Revista Panamericana de Salud Pública, año 78, vol. 6, N° 5, noviembre 1999, pp. 301-310.
- Arroyo, Juan. Salud: La reforma silenciosa, 1a. Edición, Lima, UPCH, 2000.
- Arroyo, Juan. Gobernabilidad en Salud en el Perú en los 90, Lima, MINSA, 2001.
- Arroyo, Juan. Viejos y nuevos problemas para la acción colectiva en salud. En: La Salud Peruana en el Siglo XXI. Retos y propuesta de política, 1a. Edición, Lima, CIES, 2002.

Arroyo, Juan. Transiciones y contra-transiciones en el desarrollo de capacidades institucionales en el campo de recursos humanos. Exposición en el Seminario Regional de Responsables de Políticas de Recursos Humanos, Cuba, octubre del 2002.

Atkinson, Sarah. Political cultures, health systems and health policy. En: *Social Science and Medicine* 55 (2002) pp. 113-124.

Aucoin, Peter. Administrative Reform in Public Management: Paradigms, Principles, Paradoxes, and Pendulums". En: *Governance*, 3, pp. 115-37.

Banco Interamericano de Desarrollo. Como organizar con éxito servicios sociales, Washington, BID, 1996.

Banco Interamericano de Desarrollo. América Latina tras una Década de Reformas. Progreso económico y social. Informe 1997, Washington DC, BID, 1997.

Banco Mundial. Informe sobre el desarrollo mundial 1991. La tarea acuciante del desarrollo, Washington D.C., Banco Mundial, 1991.

Banco Mundial. Informe sobre el desarrollo mundial 1993. Invertir en Salud. Indicadores del Desarrollo Mundial, Washington D.C., Banco Mundial, 1993.

Banco Mundial, Informe sobre el desarrollo mundial 1997: El Estado en un mundo en transformación, Washington D.C. , Banco Mundial, 1997.

Banco Mundial. Informe sobre el desarrollo mundial 1999/2000, Washington D.C., Banco Mundial, 2000.

Barrenechea, Alberto. Exposición en la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, abril 2002.

Barzelay, Michael. La reforma de la Administración Pública: un enfoque de políticas (con referencia a los países de la OCDE). Conferencia en el II Congreso Interamericano del CLAD sobre Reforma del Estado y de la Administración Pública, Margarita Venezuela, 15-18 octubre 1997.

Barzelay, Michel. La nueva gerencia pública. Un ensayo bibliográfico para estudiosos latinoamericanos (y otros). En: *Reforma y Democracia*, Revista del CLAD, N° 19, febrero del 2001, pp. 7-65.

Barzelay, Michael. *The New Public Management. Improving Research and Policy Dialogue*, California, University of California Press, 2001.

Beck Ulrich, Anthony Giddens y Scott Lash. *Reflexive Modernization. Politics, Tradition and Aesthetics in the Modern Social Order*, Great Britain, Polity Press, 1997.

Berman, Peter. Health Sector Reform: Making Health Development Sustainable. En: Berman, Peter (ed.). *Health Sector Reform in Developing countries*, Boston, Harvard School of Public Health, 1993, pp. 13-33.

Birdsall Nancy and Juan Luis Londoño. No Tradeoff: Efficient Growth Via More Equal Human Capital Accumulation. En: Birdsall, Nancy, Carol Graham and Richard Sabot (editors): *Beyond Tradeoffs. Market Reforms and Equitable Growth in Latin America*, IADB, Brookings Institution Press, 1998, pp. 111-145.

Birdsall Nancy, Juan Luis Londoño y Leslie O'Connell. La educación en América Latina: La demanda y la distribución importan. *Revista de la CEPAL* N° 66.

Birdsall, Nancy y Augusto de la Torre. El Disenso de Washington. Política económicas para la equidad social en Latinoamérica. Fondo Carnegie para la Paz Internacional y Diálogo Interamericano, 2001.

Bobbio, Norberto. A era dos direitos, 11 ed., Rio de Janeiro, Editora Campus Ltda, 1992.

Bossert Thomas, William Hsiao, Mariela Barrera, Lida Alarcón, Maria Leo and Carolina Casares. Transformation of ministries of health in the era of health reform: the case of Colombia. En: Health Policy and Planning 1998, 13(1), 59-77.

Boston Jonathan, John Martin, June Pallot y Pat Walsh: Reshaping the State: New Zealand's Bureaucratic Revolution. Auckland, New Zealand, Oxford University Press, 1991.

Boston Jonathan, John Martin, June Pallot and Pat Walsh. Public Management: The New Zealand Model. New Zealand, Oxford University Press, 1996.

Bradford, Colin (Ed), Redifining the State in Latin America. París, OECD, 1994.

Bradford, Colin (Ed) , Strategic Options for Latin America in the 1990s. París OECD, 1992.

Bresser, Luiz Carlos y Nuria Cunill. Lo público no estatal en la reforma del Estado. 1ª. Edición, Caracas, CLAD, 1998.

Bresser, Luiz Carlos. Reforma del Estado para la Ciudadanía. La reforma gerencial brasileña en la perspectiva internacional. 1ª. Edición, Buenos Aires-Caracas, CLAD-Eudeba, 1999.

Bustelo, Eduardo. Hood Robin. Ajuste y equidad en América Latina en los 80. En: Bustelo, E. De otra manera. Ensayos sobre Política Social y Equidad. Santa Fe, HomoSapiens Ediciones, 2000, pp. 17-57.

Cardoso, Fernando Henrique, Estado y Sociedad en América Latina. En: De otra Manera Buenos Aires, Ediciones Nueva Visión, 1989.

Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico. Análisis de Costos de los Servicios de Salud, 1ª. ed. Lima, Proyecto 2000, 1997.

CEPAL. Anuario Estadístico de América Latina y el Caribe, Santiago de Chile, 2001.

CEPAL. América Latina y el Caribe: indicadores seleccionados con una perspectiva de género. Boletín Demográfico bd. 70. Santiago de Chile, julio 2002.

CEPAL. América Latina: Población por años calendario y edades simples 1995-2005. Boletín Demográfico bd. Santiago de Chile, enero 2003.

Chaudry, Shahid Amjad; REID, Gary James y MALIK, Walled Heider (Eds), Civil Service Reform in Latin America and The Caribbean, World Bank Technical Paper Nª 259, Washington D.C., Banco Mundial 1994.

Chorny, Adolfo. Planificación en Salud: viejas ideas en nuevos ropajes. Cuadernos Médico Sociales Nª 73, mayo de 1998, pp. 23-42.

Coase, Ronald. The Firm, the Market and the Law. Chicago: The University of Chicago Press, 1988.

Cohen, Ernesto y Rolando Franco. Evaluación de Proyectos Sociales. México, Siglo XXI editores, 1992.

- Colegio de Enfermeros del Perú. I Censo de Enfermeros, 2001.
- Correia de Campos, Antonio. Reformas de la seguridad social en Europa. La contribución de las experiencias de América Latina. Reforma y Democracia, No. 18, oct 2000, Caracas.
- Cortez, Rafael. Equidad y calidad de los servicios de salud: el caso de los CLAS. Lima, Universidad del Pacífico, 1998.
- Costa Bauer, Marino. Informe del Dr. Marino Costa Bauer Ministro de Estado en la cartera de salud a la Comisión de Salud, Población y Familia del Congreso de la República, Lima, Congreso de la República, versión magnetofónica, 9 de setiembre de 1997.
- Crozier, Michel. Estado modesto, Estado moderno. 2da. Edición, México, Fondo de Cultura Económica, 1992.
- Crozier, Michel. La transición del paradigma burocrático a una cultura de gestión pública. Reforma y Democracia, N° 7, enero de 1997.
- Cruz, Miguel. Informe sobre la situación del sector salud al final de la década de los 90. Lima, junio 200.
- Cuánto S.A. Perú en Números 1990, Lima, Ed. Navarrete, 1990.
- Cuánto S.A. Perú en Números previo al 2000, Lima, Cuánto, 1999.
- Cuánto S.A. Perú en Números 2001, Lima, Instituto Cuánto, 2001.
- Cuánto S.A. Encuestas Nacionales de Niveles de Vida 1991, Lima, Cuánto S.A., 1991
- Cuánto S.A. Encuestas Nacionales de Niveles de Vida 1994, Lima, Cuánto S.A., 1994
- Cuánto S.A. Encuestas Nacionales de Niveles de Vida 1997, Lima, Cuánto S.A., 1997
- Cuánto S.A. Encuestas Nacionales de Niveles de Vida 2000, Lima, Cuánto S.A., 2000
- Cueto, Marcos. El regreso de las epidemias. Salud y sociedad en el Perú del siglo XX. IEP. 1997.
- De Habich, Midori. El financiamiento de la salud en el Perú, Lima, exposición, octubre de 1999.
- Da Matta, Roberto. Carnavais, malandros e heróis. 4a. Edicao, Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1983.
- De Melo, Marcus y Nilson do Rosario Costa. Desenvolvimento sustentável, ajuste estrutural e política social: as estratégias da OMS/OPS e do Banco Mundial para a atencao a saúde. XIII International Congreso of Lasa, Atlanta, marco de 1994.
- Díaz-Muñoz, Ana, Monica Levcovich, Laura Lima y Silvina Ramos. Sistemas de salud en proceso de reforma. Buenos Aires, OPS-OMS, 1994.
- Dubos, R. El Espejismo de la salud. pp 144-181. Fondo de Cultura Económica. México. 1959.
- Easton, David. Esquema para el análisis político. Buenos Aires: Amorrortu editores, 1996.

- Elster, Jon. Justicia local. De qué modo las instituciones distribuyen bienes escasos y cargas necesarias, 1ª. Edición, Barcelona, Gedisa Editorial, 1994.
- Emmerij, Louis y José Núñez del Arco (comp.). El desarrollo económico y social en los umbrales del siglo XXI, Washington D.C., 1999.
- ESAN. Estudio de financiamiento del sector salud. Lima: MINSA, 1996.
- ESAN / AUPHA / SEVERS / FUNSALUD. Análisis del Financiamiento del Sector Salud, 1ª. ed. Lima, Ministerio de Salud. Proyecto 2000, 1997.
- Escalante, Giovanni. Los recursos humanos en salud. En: Consorcio de Investigación Económica y Social, políticas de Salud 2001-2006, Lima, CIES, pp. 295-333.
- Esping-Andersen, Gosta. The Three Worlds of the Welfare Capitalism, Cambridge: Polity Press, 1990. Esping-Andersen, Gosta. Fundamentos sociales de las economías postindustriales, Barcelona: Ariel, 2000.
- Esping-Andersen, Gosta. Reestructuración de la protección social. Nuevas estrategias de reforma en los países adelantados, México, Siglo XXI y CEPAL, 2001, pp. 202-216.
- Etzioni, Amitai, The Spirit of Community: Right, Responsibilities and the Communitarian Agenda, Nueva York, Crown, 1993.
- Evans, Peter. The State as Problem and Solution: Predation, Embedded Autonomy and Structural Change. En: S. Haggard y R. R. Kaufman, editors. The Politics of Economic Adjustment: International Constraints. Distributive Conflicts and the State, Princeton, N.J., Princeton University, 1992.
- Evans, Peter. Hybridity as an administrative strategy: combining bureaucratic capacity with market signals and deliberative democracy. VII Congreso Internacional del CLAD, Lisboa, Portugal, octubre 2002.
- Ewig, Christina. Democracia diferida: Un análisis del proceso de reformas en el sector salud, 1a. Edición, Lima, Red para el Desarrollo de las Ciencias Sociales en el Perú, febrero 2000, pp. 481-518.
- Feijoo, María del Carmen. ¿Y ahora qué? La crisis como ruptura de la lógica cotidiana de los sectores populares, Buenos Aires, Instituto Nacional de Estadística y Censos e Investigación sobre Pobreza en Argentina, Documentos de Trabajo N° 4, abril de 1998.
- Figueroa, Adolfo. Distribución de ingresos y pobreza en el Perú. En: Crabtree, John y Kim Thomas (editores), el Perú de Fujimori, Lima, Universidad del Pacífico e IEP, 1999, pp. 219-254.
- Fleury, Sonia. Política social, exclusión y equidad en América Latina en los 90. En: Nueva Sociedad, julio-agosto 1998, 156:72-94.
- Fleury, Sonia. Reforma del Estado. Washington D.C., INDES-BID, diciembre 2000.
- Fleury, Sonia. Dual, Universal or Plural? Health Care Models and Issues in Latin America: Chile, Brazil and Colombia. Molina Carlos y José Núñez del Arco. Health Services in Latin America and Asia. Washington D.C., IADB, 2001, pp. 3- 36.
- Foucault, Michel. Historia de la medicalización. En: Educación Médica y Salud, Vol. 11 Nro. 1, 1977. pp. 3-25.

Franco, Carlos. La otra modernidad. Imágenes de la sociedad peruana, 1990, CEDEP, 1991.

Francke, Pedro y Judith Guabloche. Focalización: Identificando a los pobres según características socioeconómicas de los hogares. Lima, Banco Central de Reserva del Perú, junio de 1995.

Francke Pedro. Seminario “Modernización del Sistema de Financiamiento de Salud” 1997 Análisis del Gasto Público en Salud, 1ª. ed. Lima, Ministerio de Salud. Proyecto 2000, 1997.

Francke, Pedro. El cobro de tarifas y la equidad en la distribución del subsidio público en salud en el Perú, Lima, PUCP, Departamento de Economía, Documento de Trabajo N° 163, febrero 1999.

Francke Pedro. Focalización del Gasto Público en Salud: situación y alternativas, 1ª. ed., Lima, Ministerio de Salud. Proyecto 2000, 1998.

Franco, Carlos. El Perú de los 90: Un camino posible. 1ª, Edición, Lima, CEDEP, 1989.

Franco, Carlos. La otra modernidad. Imágenes de la sociedad peruana, 1990, Lima, CEDEP, 1991

Franco, Rolando. Los paradigmas de la política social en América Latina. En: Revista de la CEPAL No. 58: 9-22.

Franco, Rolando. Introducción. En: Franco, Rolando (coord.), Sociología del desarrollo, Políticas Sociales y Democracia, 1ª. Edición, México, Siglo XXI y CEPAL, pp. 41-58.

Frenk, J.; et al. La Transición Epidemiológica en América Latina. En: OPS Bol. N° 111(6), 1991, pp 485-495.

Fujimori, Alberto. Discurso de inauguración a cargo del ingeniero Alberto Fujimori, Presidente de la República del Perú. En: Ministerio de Salud, Seminario Internacional Reforma del Sector Salud, Lima, 1997, pp. 131-2.

Garretón, Manuel Antonio. Igualdad, ciudadanía y actores en las políticas sociales. En: Rolando Franco (ed.). Sociología del Desarrollo, Políticas Sociales y Democracia, México, Siglo XXI y CEPAL, 2001, pp. 186- 194.

Giedion, Ursula y Andrea Wüllner. La Unidad de pago por capitación y el equilibrio financiero del sistema de salud. Bogotá, Fundación Corona, 1996.

Gómez Gladys, María Luisa Salazar y Jorge Tello. Evaluación de los procedimientos de programación y presupuesto de las regiones y subregiones de salud, 1ª. ed. Lima, Ministerio de Salud. Proyecto 2000, 1999.

González Alejandra, Guillermo Soberón, Julio Frenk, Michael Reich y Adolfo Martínez. La dimensión política en los procesos de reforma del sistema de salud. 1a. edición, FUNSALUD, 1995.

Graña, Alberto. Notas sobre la economía peruana. Si solos tan ricos ¿por qué somos tan pobres? Lima, 1991.

Gwatkin, Davidson. Free Government Health Services: Are They the Best way to Reach the Poor? Paper BM, March, 2003.

- Hirschman, Albert. Introduction: Political economics and possibilism, A Bias for Hope: Essays on Development in Latin America, New Haven, Yale University Press.
- Hirschman, Albert. Exit, Voice, and Loyalty. Responses to Decline in Firms, Organizations, and States. Massachusetts, Cambridge, Harvard University Press, 1970.
- Homedes, Núria y Antonio Ugalde. Why Neoliberal health reformas have failed in Latin America. University of Texas, 2003
- Hood, Christopher. A Public Management for all seasons. En: Public Administration 69, pp. 3-19.
- Huertas, Rafael y Angeles Maestro. Modelo socioeconómico y calidad de vida: una aproximación al concepto de salud social. Madrid: FIM, 1992.
- Infante, Alberto. Las reformas de los sistemas de salud en América Latina y el Caribe. En: Revista de Administración Sanitaria, vol. IV, N° 13, enero-marzo 2000, pp. 29-47.
- Instituto APOYO. Evaluación del Seguro Escolar Gratuito y del Seguro Materno-Infantil, Lima, mayo 2002.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. Censos Nacionales de 1993, IX de Población, IV de Vivienda, Lima, INEI, 1994.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. Informe sobre la situación del empleo en el Perú, Lima, INEI, 1997.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Nacional de Hogares 1997, IV trimestre, Lima, INEI, 1998.
- Instituto Nacional de Estadística e Informática. Encuesta Nacional Demográfica de Salud ENDES 2000, Lima, INEI, 2001.
- Jaén, María Helena y Daniel Paravisini. Lineamientos para la realización de análisis estratégicos de los actores de la reforma sectorial en salud. Washington D.C.: OPS, enero 2000.
- Klikhsberg, Bernardo El rediseño del Estado. Una perspectiva internacional. Instituto Nacional de Administración Pública. Fondo de Cultura Económica. México
- Kernaghan, K. The Post-Bureaucratic Organization and Public Service Values. En: International Review of Administrative Sciences, 66(1), pp. 91-104.
- Laurell, Asa Cristina (comp). Hacia una Política Social Alternativa. 1ª. Edición, México: Fundación Friedrich Ebert e Instituto de Estudios de la Revolución Democrática, 1996.
- Laurell, Asa Cristina. Avanzar al pasado: La política social del neoliberalismo. EN Asa Cristina (coord.), Estado y Políticas Sociales, México, Fundación Friedrich Ebert, 1992, pp. 125-146.
- Laurell, Asa Cristina. Estado y Políticas Sociales en el Neoliberalismo. 1ª. Edición, México, Fundación Friedrich Ebert, 1992.
- Lahera, Eugenio. Introducción a las Políticas Públicas, FCE, 2002.
- Lituma, Doris. El gasto en salud en los 90, Lima, diciembre de 1999.

Londoño, Luis and Miguel Székely. Distributional Surprises after a Decade of Reforms: Latin America in the Nineties. BID, paper en la 38ava. Sesión anual de Gobernadores, Barcelona, marzo, 1997.

Londoño, Juan Luis y Julio Frenk. Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. En: Julio Frenk (ed.), Observatorio de la salud. Necesidades, servicios y políticas. México, FUNSALUD, pp. 307-346.

López, Sinesio. El fin de una época, Lima, DESCO, 1992.

Lora, Eduardo and Juan Luis Londoño. Structural Reforms and Equity. Birdsall, Nancy, Carol Graham and Richard Sabot (editors): Beyond Tradeoffs. Market Reforms and Equitable Growth in Latin America. IADB, Brookings Institution Press, 1998, pp. 63-90.

Lynch, Nicolás. Neopopulismo: Un concepto vacío. En: Socialismo y Participación N°86, diciembre 1999, pp. 63-80

Macroconsult S.A. Análisis del Gasto Público en Salud, 1ª. ed. Lima, Ministerio de Salud. Proyecto 2000, 1997.

Macedo, Carlyle Guerra de. La extensión de la protección social en salud en el nuevo Estado latinoamericano. En: Reforma y Democracia, N° 19, febrero de 2001.

Mendez Juan, Guillermo O'Donnell y Paulo Sergio Pinheiro (comp.). La (in)efectividad de la ley y la exclusión en América Latina. Buenos Aires: Paidós, 2002.

Mills, Anne. Reforming health sectors: fashions, passions and common sense. In: Anne Mills, Reforming Health Sectors, London: Kegan Paul International, 2000, pp. 1-24.

Mills, Anne, Sara Bennett and Steven Russell. The challenge of Health Sector Reform. What must Governments do? New York, PALGRAVE, 2001.

Ministerio de Salud. Segundo Censo de Infraestructura Sanitaria y Recursos Humanos del Sector salud. Ministerio de Salud, Oficina de Estadística e Informática, 1996. Colegio Médico del Perú, Informe, 2000.

Ministerio de Salud. Política Nacional de Salud. Principales logros 1985-1990, Lima, Ministerio de Salud, junio de 1990.

Ministerio de Salud. Lineamientos de Política de salud 1995-2000. Lima, Ministerio de Salud, dic. 1995.

Ministerio de Salud. Análisis del gasto público en salud. Lima, Ministerio de Salud, 1997, pp. 11-16.

Ministerio de Salud. Financiamiento del sector salud 1995-1996, Lima, Proyecto Generación de Capacidades, enero de 1998.

Ministerio de Salud. Análisis de la demanda efectiva y su relación con el modelo de gestión de los establecimientos de salud del primer nivel de atención, Lima, Ministerio de Salud, PAAG, 1999.

Ministerio de Salud. Por un país saludable. Propuesta de Políticas para la Salud. Lima, Ministerio de Salud, julio 2001.

Ministerio de Salud. Información epidemiológica, 2001.

Naciones Unidas. Informe de Desarrollo Humano, 2002. 2002

Naím, Moisés, *Latin America Journey to the Market from Macroeconomic Shocks to Institutional Therapy*, Washington D.C. Carnegie Endowment for International Peace, 1994

Naím, Moisés. Instituciones: el eslabón perdido en las reformas económicas de América Latina. Ponencia en Seminario Latinoamericano sobre Crecimiento Económico. Bogotá, Gobierno de Colombia y Banco Mundial, junio de 1994.

North, Douglass. Instituciones, cambio institucional y desempeño económico. México: Fondo de Cultura Económica, 1993.

Novaro, Marcos. Crisis de representación, neopopulismo y representación democrática. En: Grompone, Romeo (ed.), *Instituciones políticas y sociedad. Lecturas introductorias*, Lima, IEP, 1995.

O'Donnell, Guillermo. ¿Democracia delegativa? En: Grompone, Romeo (ed.), *Instituciones políticas y sociedad. Lecturas introductorias*, Lima, IEP, 1995.

O'Donnell, Guillermo. Las poliarquías y la (in)efectividad de la ley. En: Mendez Juan, Guillermo O'Donnell y Paulo Sergio Pinheiro (comp.) *La (in)efectividad de la ley y la exclusión en América Latina*, Buenos Aires, Paidós, 2002, pp. 305-336.

Okun, Arthur. *Equality and efficiency : the big trade off*. Washington D.C., Brookings Institution, 1975.

Olson, Mancur. *La Lógica de la Acción Colectiva. Bienes Públicos y la Teoría de Grupos*. México, Editorial Limusa, 1992.

Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la Salud en el Mundo 2000. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Ginebra, OMS, 2000.

Organización Panamericana de la Salud. Perfil del Sistema de Servicios de Salud del Perú. 2da. Edición, mayo del 2001.

Organización Panamericana de la Salud. Recursos Humanos en Salud: Desarrollo de capacidades de gente que protege la salud de la gente. Relato de la Reunión Técnica del Programa de Recursos Humanos de la OPS, Lima, 7 al 9 de julio del 2002. Washington, OPS, División de Sistemas y Servicios de Salud.

Organización Panamericana de la Salud. *La Salud en las Américas*, Edición 2002, Volumen I y II, Washington D.C., OPS, 2002

Organización Panamericana de la Salud. *La Salud Pública en las Américas. Nuevos conceptos, análisis del desempeño y bases para la acción*. Washington D.C., OPS, Oct 2002.

Organización Panamericana de la Salud. Evaluación y mejora del desempeño de los sistemas de salud en la región de las Américas. Washington D.C., OPS, Dic 2001.

Organización Panamericana de la Salud. Resultados de la Medición de las Funciones Esenciales de la Salud Pública en la Región de las Américas. Washington D.C., OPS, 2001.

Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. *Proyecciones de Financiamiento de la atención de salud 2002-2006*. Lima, OPS-OMS, 2002.

Ormond, Derry y Elke Loffler. New Public Management: What to take and what to leave. Conference, CLAD, Venezuela, 1997.

Padilla, Alberto. La medición de la pobreza en el Perú. Lima, Universidad Peruana Cayetano Heredia, enero de 1999.

Panfichi, Aldo. Del vecindario a las redes sociales: cambio de perspectiva en la sociología urbana. Debates en Sociología, Lima, PUC, N° 20-21, 1996, pp. 35-48.

Paredes, Víctor. Nuestra Gestión. Participación con concertación. Periodo noviembre 1991-agosto 1993, Lima, MINSA, 1993.

Peters, Guy. De cambio en cambio: patrones de continuidad en la reforma administrativa. En: Reforma y Democracia, N° 24, octubre 2002, Caracas, pp. 14

Petrera, Margarita. Financiamiento en Salud. En: Arroyo Juan, La Salud Peruana en el Siglo XXI, Retos y Propuestas de Política. Lima: CIES, julio 2002, p. 87-139.

Petrera, Margarita y Luis Cordero. El aseguramiento público en salud. Factores que intervienen en la elección del proveedor. En: Richard Webb y Moisés Ventocilla, Pobreza y Economía Social: Análisis de una Encuesta (ENNIV 1997), Instituto Cuánto-UNICEF-USAID, agosto 1999.

Piccioto, Robert, Putting Institutional Economics to Work from Participation to Governance. World Bank, Discussions Papers N° 304

Prats, Joan. Reinventar la burocracia y construir la nueva Gerencia Pública. Instituto Internacional de Gobernabilidad, Colección de Documentos, <http://www.iigov.org>

Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo. Desarrollo Humano en Chile 1998. Las paradojas de la modernización, PNUD, 1998

Putnam, Robert. Making Democracy Work. Civic Traditions in Modern Italy. 5th printing, Princeton University Press, 1993.

Ramió, Carles. Los problemas de la implantación de la nueva gestión pública en las administraciones públicas latinas: modelo de Estado y cultura institucional. En: Reforma y Democracia, N° 21, oct. 2001, Caracas.

Ramos, Joseph (1995) ¿Es posible crecer con equidad? Revista de la CEPAL 56, agosto 1995, pp. 13-24.

Reyes, Carmen. Financiamiento del sector Salud 1995-1996, 1ª. ed., Lima, Proyecto Generación de Capacidades en el Ministerio de Salud, 1998.

Richardson, Ruth. Responsabilización política y gerencia del desempeño del sector público: examinando vínculos y lecciones. Reforma y Democracia, Revista del CLAD, N° 19, febrero del 2001, pp. 163-191.

Rodríguez Ocaña, Esteban. Por la salud de las naciones. En: Collección AKAL. Historia de la ciencia y de la técnica. Ediciones Akal, S.A. Madrid 1992, pp. 7-50

Roemer, Andrés. Introducción al análisis económico del derecho. México: Fondo de Cultura Económica, Instituto Tecnológico Autónomo de México y Sociedad Mexicana de Geografía y Estadística, 2000.

Ross Schneider, Ben. La política de la reforma administrativa: dilemas insolubles y soluciones improbables. Reforma y Democracia No. 20, Caracas, junio 2001.

Ruairí Brugha and Zsuzsa Varvasovszky. Stakeholder analysis: a review. *Health Policy and Planning*, 2000; 15(3): 239-246.

Russell S, Sarah Bennett and Anne Mills. Reforming the health sector: towards a healthy new public management. *Journal of International Development*, 11: 767-775.

Sen, Amartya. *Sobre Ética y Economía*, Madrid, Alianza Editorial, 1989.

Shepherd, Geoffrey. Administración Pública en América Latina y El Caribe: En busca de un paradigma de reforma. En: Carlos Losada (editor). *¿De burócratas a gerentes? Las ciencias de la gestión aplicadas a la administración del Estado*. Washington, D.C., Banco Interamericano de Desarrollo, 1999, pp.69-103.

Solimano Giorgio, Marcos Vergara y Stephen Isaacs. Las reformas de salud en América latina: fundamentos y análisis crítico. En: Solimano Giorgio y Stephen Isaacs (editores), *De la reforma para unos a la reforma para todos*, Santiago de Chile, Editorial Sudamericana, 2000.

Sojo, Ana. Hacia nuevas reglas del juego: Los compromisos de gestión en salud de Costa Rica desde una perspectiva comparada. En: *Revista de la CEPAL* N° 27, julio 1998.

Stiglitz, Joseph. *El malestar en la globalización*. Madrid, Santillana Ediciones Generales, Buenos Aires, 2002.

Stiglitz, Joseph. Más instrumentos y metas más amplias: desde Washington hasta Santiago. Paper presentado en: Seminario Estabilidad y desarrollo económico en Costa Rica: Las reformas pendientes, San José, Costa Rica, abril de 1998, pp. 21-22.

Sunkel, Oswaldo. La sostenibilidad del desarrollo vigente en América Latina, p. 47.

Sutton, Rebecca. *The policy process: an overview*. London. Overseas Development Institute, 1999, WB, Working Paper N° 118.

Telefónica del Perú. *Memoria Anual 1997*, Lima, Telefónica del Perú, 1998.

Tironi, Eugenio. Pobreza = frustración = ¿violencia? Crítica empírica a un mito recurrente, Notre Dame, University of Notre Dame, Kellogg Institute, Working Paper N° 123, mayo 1989.

Tokman, Víctor. *Empleo y solidaridad: los desafíos que enfrenta América Latina después del ajuste*, Washington, BID, 1997.

Ugalde, Antonio y Jeffrey Jackson. Las políticas de salud del Banco Mundial: una revisión crítica. *Cuadernos Médico Sociales* N° 73, mayo de 1998, pp. 45-60.

Ugarte Oscar y José Antonio Monge. *Equidad y reforma en el sector salud*, Lima, Universidad del Pacífico, Centro de Investigación, 2000.

Valdivia, Martín. *Acerca de la magnitud de la inequidad en salud en el Perú*. Lima, GRADE, Documento de Trabajo N° 37, 2002.

Vallejo, Francisco. Garantía social y reformas de salud en América Latina. En: Solimano Giorgio y Stephen Isaacs (editores), *De la reforma para unos a la reforma para todos*, Santiago de Chile, Editorial Sudamericana, 2000, pp. 71- 109.

Walt, Gill and Lucy Gilson. Reforming the health sector in developing countries: the central role of policy analysis. En: *Health Policy and Planning*; 9(4) 1994, pp. 353-370.

Walt, Gill. Health sector development: from aid coordination to resource management. *Health Policy and Planning*: 14(3): 207-218.

Williamson, Oliver. *The Economic Institutions of Capitalism: Firms, Markets, Relational Contracting*. New York, Free Press, 1985.

Williamson, John, "The Progress of Policy Reform in Latin America", Washington D.C., Institute for International Economics Policy Analysis in the International Economics, N° 28, 1990.

Zermeño, Sergio. *La sociedad derrotada. El desorden mexicano del fin de siglo*, 2da. Edición, México, Siglo XXI, 1998.

Zschock, Dieter et al. *Proyecto Análisis del Sector Salud*. 14 t. Lima, Ministerio de Salud, 1985-86.

