



esan

Departamento de Investigación

Estado de la Salud en el Perú y Distribución y Uso de Recursos en el Sector

Documento preparado para el
Seminario Financiamiento del Sector Salud
Lima, 17 de noviembre de 1986
Instituto de Desarrollo Económico
IDE / ESAN



esan

Departamento de Investigación

Estado de la Salud en el Perú y Distribución y Uso de Recursos en el Sector

Documento preparado por:

Ec. Mario Gallo Gallo

y

Ec. José Carlos Vera La Torre

Documento preparado para el
Seminario Financiamiento del Sector Salud
Lima, 17 de noviembre de 1986
Instituto de Desarrollo Económico
IDE / ESAN

ESAN



Departamento de Recursos Humanos

Estado de la Salud en el Perú y

Recursos © Escuela de Administración de Negocios para Graduados, ESAN.
Derechos reservados. 1986.

en el Sector

Documento preparado por

Dr. Mario Gallo Colla

Dr. Juan Carlos Vera La Torre

Este documento es propiedad de la Escuela de Administración de Negocios para Graduados (ESAN).

Documento de carácter confidencial.

Se prohíbe la reproducción o el uso no autorizado de este documento.

Lima, Perú, el 1 de noviembre de 1986.

Dr. Mario Gallo Colla

Dr. Juan Carlos Vera La Torre

Este documento es propiedad de la Escuela de Administración de Negocios para Graduados (ESAN).

PRESENTACION

El Análisis del Sector Salud (ANSSA/PERU), ha sido un proyecto de investigación, que fue desarrollado con participación multi-institucional y multidisciplinara, durante el período de marzo de 1985 a junio de 1986. Ha sido un estudio integral del proceso salud-enfermedad, sus factores condicionantes y la forma como éste es enfrentado por la sociedad a fin de proporcionar una base analítica para la planificación, la toma de decisiones y la cooperación técnica.

Para un mejor trabajo de análisis el proyecto fue dividido en siete componentes principales: estado de la salud de la población peruana, demanda de la población por servicios de salud, participación comunitaria en el mejoramiento de la salud, recursos físicos, humanos y farmacéuticos disponibles en el sector y financiamiento de los servicios de salud del Ministerio de Salud, Instituto Peruano de Seguridad Social y Sector No Público. Asimismo, se ha desarrollado un sistema de información sobre el sector salud, en base a información y documentos accesibles, tanto en el país como a nivel internacional. Las referencias bibliográficas y sus respectivos resúmenes se hallan almacenados en un sistema de microcomputación PBIDS, conectado al sistema PAHOLINE de la OPS/OMS, el cual es accesible a toda la comunidad de salud.

Como resultado de todo el esfuerzo, han sido publicados 19 documentos de carácter técnico y exploratorio, los que forman parte de los siete componentes antes señalados.

Tanto la Escuela de Administración de Negocios para Graduados (ESAN) que fue una de las instituciones que jugaron un rol protagónico en el Proyecto, como la Agencia Internacional para el Desarrollo de los Estados Unidos (USAID/PERU), que financió la investigación, coinciden en y consideran oportuno que todo este conocimiento acumulado no sólo quede en los participantes, sino que pueda alcanzar a una colectividad mayor, de modo tal que se dé un campo propicio para que se tome una real conciencia de la situación de la salud y de lo urgente que es tomar medidas inmediatas; asimismo, propiciar el diálogo y la discusión con el objeto de llegar a planteamientos comunes que beneficien a la población peruana.

Por ello, ESAN y la Universidad Peruana Cayetano Heredia, con apoyo financiero de USAID/PERU, han organizado un Seminario sobre Financiamiento del Sector Salud, con la intención que en él participe el mayor número de instituciones y personas, de carácter privado, público e internacional. Para tal propósito, se ha preparado el presente documento, con dos objetivos fundamentales: presentar en un solo volumen los resultados de los siete componentes de ANSSA, trabajo que quedó pendiente en dicho proyecto, de modo tal que se tenga un diagnóstico integral del sector; y, servir de base para la discusión sobre el financiamiento del Sector Salud, para propiciar una mayor racionalidad del gasto y explorar formas alternativas de financiamiento.

Con estas premisas, el trabajo ha sido dividido en nueve capítulos. En el primero se desarrolla el marco conceptual que guió los trabajos del Proyecto ANSSA, marco que no quedó plasmado en algún documento final. En los capítulos segundo al octavo se ha sintetizado los principales hallazgos de cada uno de los componentes, así como sus principales recomendaciones. Y, finalmente, en el capítulo noveno, se efectúa un análisis cruzado de las implicancias del financiamiento de la salud en la distribución de recursos -personal, infraestructura, medicinas- frente a la real situación de la salud de la población peruana, con el propósito de observar si se está asignando sus "escasos recursos" a las áreas geográficas y grupos poblacionales más necesitados de atención, y si existe eficiencia en el uso de los mismos.

Nissim Alcabés
Director
Departamento de Investigación

TABLA DE CONTENIDO

	<u>Pág.</u>
PRESENTACION	ii
I. PRINCIPIOS DEL PROYECTO ANSSA	3
II. ESTADO DE SALUD DE LA POBLACION PERUANA	8
1. Población del Perú: crecimiento y causas	8
2. Distribución poblacional por grupos de edad y el estado de salud	10
3. Distribución regional-departamental y el estado de la salud	22
III. PARTICIPACION EN SALUD DE LA COMUNIDAD EN EL PERU	26
IV. DEMANDA POR SERVICIOS DE SALUD	32
1. Resultados de la estimación del modelo	33
2. Resultados de la simulación	34
V. LA PROBLEMATICA DE LOS MEDICAMENTOS EN EL PERU	39
VI. RECURSOS HUMANOS	
1. Formación y lugar de nacimiento de recursos humanos en salud	45
2. Distribución de profesionales de salud por departamentos y áreas geográficas	63

	<u>Pág.</u>
VII. RECURSOS FISICOS EN EL SECTOR SALUD	68
VIII. FINANCIAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD	84
IX. LA ASIGNACION DE RECURSOS Y LA SITUACION DE LA SALUD	101
BIBLIOGRAFIA	

I. PRINCIPIOS DEL PROYECTO ANSSA

Las investigaciones del Proyecto ANSSA/PERU se han ubicado dentro de la problemática general de los elementos, variables y relaciones más importantes vinculados con el proceso salud-enfermedad en el Perú y la forma como ésta es enfrentada por el sistema de salud vigente, tanto en su estado actual como en sus perspectivas futuras.

En este marco, ANSSA ha tratado de proporcionar un marco analítico integral del Sector Salud que involucre: el estado de salud, la demanda y oferta de servicios de salud y su utilización por parte de la población, considerando en un sentido amplio el sistema peruano de atención de la salud e incluyendo los subsectores públicos, el IPSS y no público.

Se ha considerado como hipótesis central de trabajo que: (i) la organización del Sistema Nacional de Servicios de Salud vigentes; (ii) la administración gerencial de servicios de salud; y, (iii) los recursos de salud disponibles, no responden a las necesidades de salud de la población con eficacia, eficiencia y equidad.

Por ello, los resultados de ANSSA/PERU proporcionan un marco analítico-interpretativo global del estado de salud, de la conformación y utilización de los recursos del sector, del comportamiento de la población en materia de salud, y de la oferta y prestación de los servicios, que permiten identificar los problemas más significativos y las alternativas de solución más factibles técnica y financieramente.

En todo este contexto, el estudio del estado de salud de la población peruana no se ha limitado solamente a identificar el perfil epidemiológico, sino que ha analizado sus factores causales más importantes, revisando con detenimiento especial el comportamiento de la población con relación a los servicios de salud, tratando de establecer y categorizar los principales factores incidentes en el nivel de accesibilidad y demanda de tales servicios y en la utilización de la capacidad instalada.

En lo que concierne al sistema de salud vigente, se ha enfatizado el análisis de los servicios de salud, tanto a nivel del sector público como del sector privado.

Es decir, se ha buscado caracterizar el papel de cada recurso y sus diferentes formas de combinación, en lo que constituye la función de prestación de los

servicios de salud. Este último factor ha sido insuficientemente estudiado, a pesar de su incidencia determinante en la eficiencia, eficacia y equidad de los servicios, por lo que el presente trabajo, justamente busca analizar la combinación y distribución de bienes y servicios de salud, frente a una demanda insatisfecha.

Precisiones del enfoque teórico de ANSSA/PERU

La primera precisión es acerca de los determinantes del proceso salud-enfermedad y los factores que explican su magnitud y comportamiento en el tiempo, en el espacio y en los grupos sociales. Al respecto, ANSSA/PERU asumió una perspectiva multicausal y ecológica del proceso salud-enfermedad, según la cual el estado de salud de la población es el resultado de las múltiples interrelaciones entre los factores demográficos, biológicos, del saneamiento ambiental, socio-económicos, culturales, alimentarios y de los servicios de salud, y que el perfil epidemiológico y los factores condicionantes pueden variar en los distintos subgrupos de la población (demográficos, geográficos, etc.). Dentro de esa multiplicidad de factores planteados por la perspectiva multicausal, ANSSA/PERU ha creído conveniente enfatizar el análisis en los servicios de salud.

La segunda precisión se refiere a los principales elementos, variables y relaciones que participan de la forma cómo la sociedad y el Estado enfrentan y pretenden resolver los problemas de salud-enfermedad de la población, es decir, de la atención de salud y el conjunto de procesos que se organizan para producirla.

La conceptualización adoptada en este caso es la del enfoque sistémico, según el cual el conjunto coherente de entidades e instituciones productoras de atención de salud -incluidos los recursos que movilizan y la propia población- con interrelaciones funcionales entre sus componentes, tiene la función de generar efectos sobre el proceso salud-enfermedad de la población. Esa totalidad coherente es el sistema de salud.

El sistema de salud, en un sentido amplio, abarca a toda la sociedad que es el ámbito donde se materializan el conjunto de relaciones sociales que determinan y condicionan el proceso salud-enfermedad, empezando por el hombre mismo como ser biológico-social. Es la sociedad, y el hombre en sociedad, el punto de partida y, al mismo tiempo, la finalidad del sistema de salud.

Desde un punto de vista más estricto, ANSSA/PERU se ha focalizado en cuatro grandes campos del sistema de salud: el estado de salud (o necesidades reales de salud de la sociedad), la infraestructura de salud (que incluye el sistema de servicios de salud), la atención de salud y la población como beneficiaria del sistema de salud.

El estado de salud es consecuencia del nivel de desarrollo de la sociedad y tiene diferentes formas de expresión: de un lado, las necesidades observadas de salud, es decir, aquéllas que logran ser identificadas con las técnicas conocidas por el sistema de servicios de salud, lo que no significa necesariamente que éste sea capaz de satisfacerlas.

Y, de otro lado, las necesidades sentidas de salud, que son aquéllas percibidas por la propia población y que pueden derivar en tres tipos de situaciones: generar una demanda de atención hacia el sistema de servicios de salud de carácter formal, dar lugar al autocuidado de salud, demandar atención en los servicios de carácter informal o, simplemente, quedarse como necesidad sentida insatisfecha. Es en esta esfera de las necesidades de salud, que se halla la problemática del comportamiento de la población frente a los servicios de salud.

La infraestructura de salud incluye los recursos humanos y físicos, los medicamentos y los recursos financieros disponibles (que forman parte de la función de prestación de los servicios de salud), la organización y gestión de tales recursos, la oferta de servicios puestos a disposición de la población, el proceso de planificación que articula teóricamente esos componentes y las políticas, objetivos y normas de Gobierno.

El sistema de servicios de salud es el eje de la infraestructura de salud y se considera como el conjunto de ordenamientos de una sociedad, que asigna roles sociales y recursos para alcanzar los objetivos de proteger o restaurar la salud de la población. Este conjunto organizacional utiliza los recursos y los transforma en prestaciones variadas que tienen efectos en el estado de salud de la población. Es en el sistema de servicios de salud donde puede distinguirse un sector formal y otro sector informal (también denominado medicina tradicional o folklórica).

La atención de salud (o prestación de servicios de salud) es el producto del sistema de salud y, particularmente, del sistema de servicios de salud. Puede orientarse a las personas y/o al medio ambiente. La propia población es

también una importante productora de autocuidado de salud. La atención de salud resulta de la interacción de la oferta de salud (capacidad potencial de dar servicios en función de recursos y tecnologías disponibles) y de la demanda de salud que es parte del comportamiento de la población.

La población es a la vez el punto de partida y la destinataria del sistema de salud. Es la que recibe la atención de salud, si bien puede también autocuidarse. Son las percepciones y las características socio-económicas, factores importantes en la generación de necesidades sentidas de salud de la población, así como de su grado de aceptabilidad de la oferta de atención del sistema de servicios de salud.

Se entiende, asimismo, que la atención de salud logra resultados o efectos sobre la población que alteran su estado de salud. De esta manera, lo que era el producto del sistema afecta también a su punto de partida, por las transformaciones producidas en el estado de salud de la población. Esto constituye y da lugar a los denominados mecanismos de retroalimentación del sistema, que hacen del mismo a la vez una estructura y un proceso.

Convencionalmente, los resultados del funcionamiento del sistema de salud -particularmente del sistema de servicios de salud- pueden medirse en términos de las relaciones entre combinación de recursos, naturaleza de la atención de salud y su distribución y efectos en la población. Dichas relaciones pueden expresarse en los conceptos de eficiencia, eficacia y equidad.

La eficiencia da cuenta del grado de rendimiento y productividad de una misma cantidad de recursos en la producción de un mismo tipo de atención de salud. La eficacia expresa los mayores o menores efectos que sobre el estado de salud tienen diferentes tipos de atención de salud con diferentes combinaciones de una misma dotación de recursos; mientras que la equidad refleja la capacidad y el nivel diferenciado de respuesta del sistema de salud frente a las diferentes necesidades reales de salud de los grupos socio-económicos.

A nivel del sistema de salud, ANSSA/PERU ha enfatizado su análisis en la atención de salud que ofrece el subsistema formal de servicios de salud, tanto en sus componentes públicos como no públicos.

El análisis de cada una de las investigaciones se ha realizado en base a una matriz bidimensional que ha facilitado el abordaje de los elementos, variables y relaciones particulares, y que ha permitido una visión integral de la problemática

del Sector y sus causas principales; éstas son:

- Las políticas de salud desde el punto de vista de su determinación, implementación y operatividad.
- Las disposiciones legales e institucionales, como factor condicionantes de las prestaciones de servicios.
- Los procesos administrativo-gerenciales que afectan la eficiencia, efectividad y equidad de la prestación de servicios de salud.
- Los sistemas de información actuales con excesos innecesarios en algunas áreas y deficiencias informativas en otras, y que no permiten establecer relaciones entre variables múltiples, multicausales y multiefecto.

II. ESTADO DE SALUD DE LA POBLACION PERUANA

El conocimiento del estado de la salud constituye un elemento importante de las estrategias nacionales para el logro de un nivel adecuado de bienestar, económico y salud, que la sociedad pretende lograr. Además este tipo de conocimiento representa una ayuda importante para las autoridades de salud que toman decisiones de política, las cuales se diseñan para transformar los niveles de salud de la población en un momento del tiempo.

Una forma de llegar a este conocimiento es a través de la elaboración de indicadores, cuantitativos y cualitativos, que relacionan el estado de salud como tal (i.e. mortalidad, morbilidad, expectativas de vida al nacer, etc.) con factores demográficos, sociales, ambientales, económicos, disponibilidad de recursos y servicios. La elaboración de estos indicadores supone la adopción de un enfoque que considera la concepción de salud como subsistema dentro de un sistema social o de un ámbito nacional, lo cual ha de permitir una consideración más adecuada, coherente y simultánea de múltiples factores que influyen para determinar el estado de salud de la población.

A continuación se presentan los indicadores mencionados que en su conjunto reflejan el estado de salud de la población peruana, los cuales han sido obtenidos de fuentes de información diversas.¹ Una primera parte de la exposición tendrá en cuenta la evolución de la población total del país tratando de explicar su dinámica observada a través del tiempo. Una segunda parte consiste en la presentación del estado de salud de la población por estratos de edades en base, en la mayoría de veces, a las cifras de ENNSA.² Por último, se hará una desagregación de algunos indicadores a nivel regional y departamental.

1. Población del Perú: crecimiento y causas

El nivel y evolución alcanzado, a través del tiempo, por las principales variables demográficas constituye un punto de partida importante en el diseño de los indicadores que ayuden a explicar el estado de salud de la

¹ ANSSA/PERU. Análisis del Sector Salud. Perfil de Salud de la Población Peruana. Informe Técnico N° 1. Lima, Mayo de 1986

² Encuesta Nacional de Nutrición y Salud. 1984.

población. Su importancia es más relevante cuando se considera, en cualquier punto del tiempo, que el nivel alcanzado por la población, su estructura por grupos de edades, su distribución regional o departamental y por ende su concentración encuentra su explicación en un conjunto de variables: económicas, sociales, políticas y las de salud como tal.

La tasa de crecimiento de la población es una de las principales variables demográficas que es necesario considerar y más aún las razones de su comportamiento a través del tiempo. Una primera conclusión con respecto a la población nacional es que su velocidad de crecimiento ha venido disminuyendo durante las últimas cuatro décadas y se espera que lo siga haciendo en lo que resta del presente siglo tal como se ilustra en la siguiente información:

<u>Período</u>	<u>Tasa de crecimiento promedio anual%</u>
1940-1961	1.8
1961-1972	2.9
1972-1981	2.7
1981-2000	2.0

Entre las causas que explicarían esta tendencia decreciente estarían las siguientes:

- Un ligero descenso de la fecundidad, que se evidencia tanto en la tasa bruta de natalidad (nacidos vivos por mil habitantes), como en la tasa global de fecundidad (promedio de hijos nacidos vivos por mujer al final de su período fértil).
- Los índices de mortalidad han mostrado un descenso desde finales del siglo pasado.
- Con respecto al resto del siglo, las proyecciones de población suponen una reducción del 33% en la mortalidad y fecundidad.

La distribución de la población por grupos de edades y su evolución a través del tiempo proporciona información más adecuada y desagregada para la elaboración de los indicadores del estado de salud, pues la participación relativa de cada grupo de población da suficientes indicios para conocer el tipo de necesidades o demandas de cada uno de ellos.

Una primera conclusión, con respecto a la distribución por edades, es que la población del país es joven, pues así lo revela la proporción de menores de 15 años en el total de la población. Esta proporción se ha mantenido a través del tiempo: en 1940 representó el 42.1% del total, se incrementó ligeramente en 1972 (43.6%) y se observó un ligero descenso en su participación para 1981 (41.5%). Como ha sido mencionado, la distribución por edades fija las coordenadas necesarias para el conocimiento del tipo de necesidades que demanda la población. Por ejemplo, el conocer que en 1986 el 15% de la población son menores de 5 años y dado que es el grupo con los más altos niveles de mortalidad y morbilidad, plantea entre otras cosas, mayores necesidades de atención de salud materno-infantil. El otro extremo de la distribución, población de 65 y más años, que alcanzó el 3.6% del total, conlleva la necesidad de pensiones y atención hospitalaria especializada. Los grupos de edades intermedias, en función de su participación relativa, plantearían formas específicas de necesidades y significan un reto para la sociedad en atenderlas adecuadamente.

2. Distribución poblacional por grupos de edad y el estado de salud

A continuación se presentan los diferentes grupos de edades que conforman el total de la población peruana conjuntamente con una serie de indicadores cuya fuente de información es diversa. Parte importante de la información corresponde a los resultados de ENNSA y su presentación se hará en forma resumida para que facilite la exposición.

Población de 0 a 4 años

- Representa el 15.1% del total de la población nacional. Es particularmente importante, a nuestros propósitos, pues exhibe las más altas tasas de mortalidad, de percepción de enfermedad, de demanda de servicios, de "indiferencia" a la percepción de molestias, y demanda preventiva (no motivada por molestias).
- El 63.4% de los menores de 1 año y el 58.8% de los de 1 a 4 años tuvieron algún síntoma de enfermedad o sufrieron algún accidente.
- La propensión a tomar con "resignación" las molestias detectadas en los dos sub-grupos alcanza los índices más altos, 45 y 60% respectivamente, cuando son comparados con los otros grupos. También la conducta preventiva alcanza los niveles más altos, 24 y 6% respectivamente. En particular, la percepción de diarreas y problemas respiratorios generaron cifras de prevalencia altas siendo las últimas más frecuentes. No hay diferencias a nivel urbano-rural pero si a nivel

regional en donde la Selva presentó la prevalencia más alta y Lima Metropolitana la más baja.

- Este grupo registró el 39.3% del total de las enfermedades transmisibles notificadas en 1984. Las principales enfermedades, en orden de importancia, son las siguientes:

- a. Infecciones respiratorias agudas: el 49.5% de los casos notificados para toda la población.
- b. Gastroenteritis, enteritis y disentería: el 72.1% de los casos registrados.

La gastroenteritis conjuntamente a las respiratorias agudas representaron el 83.5% de las enfermedades transmisibles registradas para este grupo de edad.

En cuanto a las enfermedades más importantes prevenibles por vacunación se tienen las siguientes para 1984:

	1 año	1-4 años
	(x 100 mil)	
Sarampión	334.4	260.2
Tos ferina	172.0	93.8
Tétanos	26.0	1.3
Poliomielitis	2.1	3.2
Difteria	0.6	

Es útil mencionar que:

En el caso de la tos ferina y tétanos se ha observado una tendencia descendente entre 1980 y 1984.

En el caso de poliomielitis y difteria se ha observado una tendencia y evolución irregular entre los años 1980 y 1984.

- Un aspecto importante para clasificar el estado de salud de este grupo de edad es el nivel de desnutrición energético-proteico², el cual presenta las siguientes características:
 - a. El enanismo nutricional se presenta después del sexto mes de vida. En las áreas rurales de la Sierra Norte y Centro se encuentra un porcentaje importante con este problema. El enanismo se estabiliza a partir de los 24 meses de vida.
 - b. El adelgazamiento se presenta a partir de los 6 meses pero su mayor prevalencia se dá entre esta edad y los 18 meses. La obesidad está presente en la Costa Sur urbana.
 - c. El déficit de peso para la edad es más acentuado en pre-escolares, mientras que el déficit de peso para la talla es más frecuente en lactantes.
 - d. Las mayores reducciones absolutas de la prevalencia de desnutrición de 1972 a 1984 se presentaron en la Costa Sur; en la Sierra Norte, Centro y Sur; y, en la Selva Baja.
- Un aspecto final acerca del estado de salud de este grupo es el referido a las causas de la mortalidad observada y la de los egresos hospitalarios. Una primera observación con respecto a las causas mencionadas es la estrecha relación existente entre ambas para el año 1981.

Para los menores de 1 año tenemos según orden de importancia lo siguiente:

² Para mayor información sobre este punto: Estado nutricional de niños menores de seis años. Benavente, Luis, Benavente, Miyaray y Campos, Miguel. Estudios 1, 2, 6, Informe Preliminar. Lima, ANSSA/PERU. Enero 1986 (Documento de Trabajo).

	<u>Defunciones (%)</u>	<u>Egresos (%)</u>
Afecciones perinatales	37.15	29.36
Enfermedades del aparato respiratorio	24.90	16.87
Infecciones intestinales	15.47	23.22

Estas tres causas, en conjunto, fueron responsables del 78% de las defunciones y del 69% de los egresos para los niños menores de 1 año.

En cuanto a las causas específicas de la mortalidad tenemos lo siguiente:

- a. Afecciones perinatales. Hipoxias, asfixias, crecimiento fetal lento, desnutrición y la inmadurez fetal. En conjunto representan el 67.7% de las defunciones por esta causa.
- b. Enfermedades del aparato respiratorio. La neumonía es la más importante con un 80.1% de defunciones por esta causa.
- c. Infecciones intestinales. Las mal definidas son las más importantes con el 97% de las defunciones por esta causa.
- d. Habría que agregar las enfermedades bacterianas y virales que son responsables del 6.2% de las defunciones de menores de 1 año.

Para el grupo de niños de 1 a 4 años tenemos en orden de importancia:

	<u>Defunciones (%)</u>	<u>Egresos (%)</u>
Enfermedades del aparato respiratorio	34.48	24.79
Infecciones intestinales	20.82	16.05

Ambas causas representaron el 54% de las defunciones y el 41% de los egresos hospitalarios para este sub-grupo de edad.

Entre las causas específicas que explican la mortalidad tenemos:

- a. Enfermedades del aparato respiratorio. Destacan la neumonía (66.1%) y la bronquitis crónica (20.6%).
- b. Infecciones intestinales. Destacan las infecciones intestinales mal definidas (94.9%).
- c. Enfermedades bacterianas y virales que son responsables del 14.3% de defunciones totales de este sub-grupo de edad.

Población de 5 a 14 años

- Este grupo representa la cuarta parte de la población del país. Corresponde a la edad escolar.
- El 30.5% de los niños de este grupo percibieron algún signo o síntoma de enfermedad. Dos de cada tres niños que sintieron algún problema de salud demandaron atención médica. La demanda de servicios preventivos fue casi nula.

La morbilidad sentida no presenta variaciones importantes según sexo, ingreso económico del hogar y área de residencia. El 6.3% de los niños de este grupo tuvieron dificultades, en razón de su enfermedad, para realizar sus labores habituales en un período de 15 días.

- Del total de casos de enfermedades transmisibles reportados en 1984, un 17.9% correspondió a este grupo de edad. Entre las enfermedades de este tipo más importantes, según orden de importancia, podemos mencionar:
 - a. Infección respiratoria aguda con una tasa de 1375.8 por cien mil. Esta tasa equivale al 19.3% de los problemas agudos respiratorios reportados para todas las edades.

- b. La helmintiasis con una tasa de 346.6 por cien mil, lo cual representó el 34.6% del total de casos reportados para esta enfermedad.
- c. La gastroenteritis, enteritis y disentería con una tasa de incidencia de 378.9 por cien mil, lo que representó el 10.1% de los casos reportados para esta enfermedad.
- d. El paludismo con una tasa de 188.6 por cien mil, lo que representó el 27.3% del total de casos reportados.
- e. Otros: varicela, tifoidea y paratifoidea, fiebre urliana, sarampión, tuberculosis y tos ferina.

- Para este grupo de edad no existe estrecha relación, en orden de importancia, entre las tasas de defunciones y los egresos hospitalarios. Para 1981 la tasa fue de 0.78 por mil y en términos de proporción significó el 4.4%. En comparación con el resto de la población este grupo observó el más bajo riesgo de morir y la más reducida mortalidad proporcional.

Según las principales causas de muerte y el volumen de egresos hospitalarios tenemos los siguientes:

- a. Otras enfermedades del aparato respiratorio: Una tasa de mortalidad de 25.7% y 9.5% de egresos hospitalarios.

Causas específicas:

Neumonía: el 73.4% de las defunciones

Bronquitis crónica, emfisema y asma: 15.9%

Bronquitis aguda: 5.7%

- b. Accidentes y violencias: tasa de mortalidad de 15.9% y 22.5% de los egresos hospitalarios.

Causas específicas:

Traumatismos internos e intracraneales: 48.4%

Envenenamientos y efectos tóxicos: 11.4%

Fracturas: 4.6%

- c. Enfermedades infecciosas intestinales: tasa de mortalidad 10.4% y 10.8% de los egresos hospitalarios.

Causas específicas:

Infecciones intestinales por organismos no especificados: 64.4%

Fiebre tifoidea: 26.7%

Intoxicación alimentaria: 5.1%

- d. Enfermedades de otras partes del aparato digestivo: tasa de mortalidad de 4.12% y 11.46% de los egresos hospitalarios.

Causas específicas:

Obstrucción intestinal: 30.2% de las defunciones

Apendicitis: 18%

Colelitiasis y colecistitis: 6%

Población de 15 a 44 años

- Este grupo representa el 44,6% de la población del país. Es básicamente laboral y está ligado al menor riesgo de enfermar y morir. Las enfermedades transmisibles reducen la importancia que tenían en edades tempranas y cobran importancia los accidentes y violencias en el sexo masculino y problemas obstétricos en el femenino.

- El porcentaje de población de este grupo que percibió síntomas de enfermedad en 1984 fue el siguiente:

Sub-grupo de 15-24 años: 23.2%

Sub-grupo de 25-44 años: 30.5%

La percepción disminuye claramente a medida que aumenta el ingreso económico en el hogar en los dos sub-grupos y el diferencial es más

amplio en el último. En el primer sub-grupo hay una menor incapacidad para el desempeño de sus tareas, motivada por la enfermedad, lo cual es consistente con la menor prevalencia de morbilidad sentida. Niveles intermedios se observa para el segundo sub-grupo. Por último, la percepción de incapacidad está asociada, en forma inversa, con el ingreso económico del hogar y la educación del jefe de familia, en los dos sub-grupos de edad: a mayor ingreso o educación, menor capacidad.

- Para las enfermedades transmisibles la tasa observada fue una de las más bajas para todas las edades: 2.2 casos por cada 100 personas (casi 6 veces mas baja que la observada en menores de 5 años). Entre las primeras causas de este tipo de enfermedades tenemos:

a. Infecciones respiratorias agudas. Este grupo representó el 23.1% del total de este tipo de infecciones notificadas y la tasa fue del 600 y 700 casos por cada 100 mil habitantes.

b. Gastroenteritis, enteritis y disentería. Representó un 14% de los casos reportados.

c. El paludismo.

d. Tuberculosis, tifoidea y paratifoidea, infecciones gonoxócicas y sífilis en todas sus formas.

- Las tasas de mortalidad y de egresos hospitalarios para este grupo fueron las siguientes:

Sub-grupo de 15-24 años: tasa de mortalidad de 1.1 por mil

Sub-grupo de 25-44 años: tasa de mortalidad de 1.9 por mil

Entre las causas de mortalidad para este grupo tenemos:

a. Accidentes y violencias

	<u>Defunciones (%)</u>	<u>Egresos (%)</u>
15-24 años	24.7	12.3
25-44 años	18.0	9.33

Causas específicas:

Traumatismos internos e intercraneales (más de la tercera parte de defunciones por accidentes y violencias), lesiones y complicaciones precoces de los traumatismos (una cuarta parte), y los envenenamientos y efectos tóxicos.

b. Tuberculosis

	<u>Defunciones (%)</u>	<u>Egresos (%)</u>
15-24 años	13.15	4.05
25-44 años	12.94	3.46

Causas específicas:

Tuberculosis pulmonar con casi el 80% de las defunciones, la tuberculosis de las meninges y del sistema nervioso central.

c. Otras enfermedades del aparato respiratorio

	<u>Defunciones (%)</u>	<u>Egresos (%)</u>
15-24 años	12.20	2.20
25-44 años	10.32	-

La principal causa específica es la neumonía (73.5% de las defunciones).

d. Tumores

	<u>Defunciones (%)</u>	<u>Egresos (%)</u>
15-24 años	4.08	-
25-44 años	10.04	3.46

Causas específicas:

Tumor maligno de los órganos genitourinarios (29.4% de las defunciones); tumores malignos de otros órganos digestivos y del peritoneo (22.1%) y los del tejido linfático y órganos hematopoyéticos (11.7%).

Un aspecto importante que presenta este grupo de edad es la morbi-mortalidad materna. En 1981 se registraron 573 defunciones por estas causas para una tasa de 8.7 por 10,000 nacidos vivos la cual se descompone en:

7.9 por 10,000 nacidos vivos por causas obstétricas directas.

0.7 por 10,000 nacidos vivos por abortos

La hemorragia del embarazo y del parto fue la primera causa específica de defunción reportada en 1981 (33% de las muertes maternas). La segunda causa fue por complicaciones del puerperio (13.4%) y por último tenemos la toxemia del embarazo (8.7%) y los abortos (8.6%).

Población de 45 a 64 y de 65 y más años

- Estos dos grupos representaban en 1986 el 15.2% de la población nacional (11.6% y 3.6% respectivamente). Ambos grupos presentan demandas muy específicas de salud con prevalencia de enfermedades crónicas y degenerativas que requieren atención médica compleja, especializada y de alto costo.
- El 41% de la población del grupo de 45-64 años y 51.8% de los de 65 y más percibieron algún síntoma de enfermedad. Este nivel es mayor al observado en otros grupos de edad pero inferior al grupo de 5 años y menos. Un 26.9 y 25%, respectivamente, de la población de estos grupos requirieron atención médica pero sólo 6.7% y 19%, respectivamente, lo hicieron en función preventiva (dentro de los 15 días anteriores a la encuesta de ENNSA). Hay una alta relación entre morbilidad sentida y demanda de servicios de salud.

Son grandes las diferenciales en la percepción de enfermedad según se considere el nivel de ingreso económico de los hogares y el nivel de educación. Las diferencias son también importantes según el sexo pero menores con relación a la residencia (urbano-rural).

Por razones obvias estos grupos de edad tienen la mayor percepción de incapacidad para el cumplimiento de sus tareas habituales pero se observan diferencias según el nivel de ingreso y educación.

- La incidencia de las enfermedades para estos grupos, comparados con otros, es menor tal como lo muestran las tasas registradas para 1984:

Grupo de 45-64 años: 2.1 casos por 100 personas

Grupo de 65 y más años: 1.7 casos por 100 personas

Entre las principales enfermedades transmisibles tenemos:

- a. Infecciones respiratorias agudas: se registró una tasa de 957 por cien mil. Esta tasa significó las dos terceras partes de enfermedades transmisibles por todas las causas reportadas para mayores de 44 años.
- b. Gastroenteritis y disenterías: se registró una tasa de 239 por cien mil y representaron el 17% del total de transmisibles notificadas.
- c. Tuberculosis: una tasa de 125.3 por cien mil. Esta enfermedad tiene una importancia relativa mayor que las anteriores, pues en estos dos grupos se presentaron el 18.2% de todas las tuberculosis respiratorias reportadas en 1984.
- d. Paludismo: una tasa de 99 por cien mil.
- e. Otras: helmintiasis, influenza, tifoidea y paratifoidea y hepatitis viral.

- Con respecto a la mortalidad y egresos hospitalarios tenemos:

a. Grupo de 45-64 años

- (i) tumores: tasa de mortalidad (20.39%) y 11.9% de los egresos hospitalarios.

Causas específicas: tumor maligno de otros órganos digestivos y peritoneo (33%); tumor maligno de órganos genitourinarios (20.7%) y los tumores benignos que motivó el 24.3% de las hospitalizaciones.

- (ii) Enfermedades del aparato digestivo: tasa de mortalidad 12.15% y 20.32% de los egresos hospitalarios.

Causas específicas: cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado (1/4 del total de defunciones).

- (iii) Enfermedades del aparato respiratorio: tasa de mortalidad 11.89% y 4.33% de los egresos hospitalarios.

Causas específicas: la neumonía (72.1% de las defunciones).

- (iv) Enfermedades del corazón: tasa de mortalidad 10.46% y 5.25% de los egresos hospitalarios.

Causas específicas: enfermedades de la circulación pulmonar (43.1%) e infarto agudo del miocardio (39.4%).

- (v) Enfermedades del corazón: tasa de mortalidad 10.46% y 5.25% de los egresos hospitalarios.

Causas específicas: enfermedades de la circulación pulmonar (43.1%) e infarto agudo del miocardio (39.4%).

b. Grupo de 65 y más años

- (i) Otras enfermedades del aparato respiratorio: tasa de mortalidad de 18.12% y 7.3% de los egresos hospitalarios.

Las principales causas específicas fueron la neumonía (77.8% de defunciones) y la bronquitis crónica, enfisema y asma (8.9%).

- (ii) Enfermedades del corazón: con 17% de las defunciones y 8% de los egresos hospitalarios.

Causas específicas principales: enfermedades de la circulación pulmonar (52.9% de las defunciones) e infarto agudo del miocardio (28.4%).

- (iii) Tumores: con 13.44% de las defunciones y 11.37% de los egresos hospitalarios.

Causas específicas principales: tumor maligno de otros órganos digestivos y peritoneo (40.4% de las defunciones) y tumor maligno de los órganos genitourinales.

En resumen, las causas específicas más importantes de los dos grupos son las enfermedades de la circulación pulmonar, en la morbi-mortalidad; en infarto agudo del miocardio, en la mortalidad especialmente; y la enfermedad hipertensiva fundamentalmente en la morbilidad.

Otras causas importantes de la mortalidad para estos dos grupos son: tuberculosis, enfermedades cardiovasculares, accidentes y violencias y enfermedades de las glándulas endocrinas.

3: Distribución regional -departamental y el estado de la salud

Algunos aspectos importantes de la diferenciación a nivel regional y departamental con respecto al estado de la salud serán presentados en el desarrollo de este acápite.

Un primer indicador importante es la distribución de la población en términos de urbano-rural y establecer las posibles causas y consecuencias de esta distribución a través del tiempo.

Una primera conclusión es el incremento en la participación relativa de la población urbana en el total nacional, participación que también se manifiesta en forma absoluta.

	<u>Urbana (%)</u>	<u>Rural (%)</u>
1940	35.4	64.6
1961	47.4	52.6
1972	59.4	40.6
1981	64.8	35.2
2000	74.6	25.4

Como se puede apreciar, hay un cambio muy importante en la distribución de la población resultando un proceso de urbanización creciente lo cual puede ser mejor apreciado a partir del tamaño y número de los centros poblados urbanos por distritos: más del 95% de centros poblados (60,698) tienen una población menor de 500 habitantes, donde reside sólo el 2% de la población urbana pero el 80% de la rural; por otro lado, se encuentran los centros poblados urbanos con más de 100 mil habitantes que en total suman 24 y albergan al 43% de la población urbana (de estos 24 centros poblados urbanos 16 se concentran en Lima). Otros centros poblados urbanos importantes: Trujillo, Arequipa, Chiclayo, Chimbote, Piura e Iquitos.

Este proceso de urbanización ha sido producto, en parte, del proceso de migración interna siendo los departamentos mas postergados, ubicados en la Sierra (Ayacucho, Apurímac, Huancavelica, Puno, Cajamarca), los que expulsaron la mayor proporción de población según el censo de 1972. En total existían en ese año 17 departamentos en el país con saldos migratorios negativos, cifra que pasó a 14 en 1981 pero sus tasas netas de migración negativa se incrementaron: los movimientos migratorios se intensificaron en el período 1972-81.

Siguiendo con el desarrollo de este acápite es necesario relacionar la distribución geográfica de la población con las condiciones socio-económicas y de salud.

El nivel de desarrollo social y económico alcanzado por el país en 1981 puede ser resumido con los siguientes indicadores:

- a. Tasas de analfabetismo general (18.1%) y femenino (26.9%)
- b. El 41.4% de la PEA se encontraba ocupada en el sector primario, la cual se caracteriza por su baja productividad pues sólo es responsable del 20% del PBI.
- c. Del total de viviendas existentes sólo el 28.1% tenía conexión a la red pública de agua, desagüe y luz eléctrica
- d. Suficiente disponibilidad de camas hospitalarias (583 habitantes por cama), pero inadecuadamente distribuidas e ineficientemente utilizadas.
- e. Mediana disponibilidad de médicos (1,255 habitantes por médico) también inequitativamente distribuidos

El panorama de la distribución de población a nivel regional-departamental conjuntamente con los indicadores socio-económicos es el siguiente:

- a. La Costa, incluyendo Lima Metropolitana: concentró la mitad de la población nacional y tiene el más intenso proceso de urbanización.

Los departamentos de esta región, con excepciones, presentan:

- Las más bajas tasas de mortalidad infantil y general; de natalidad, fecundidad global, analfabetismo general y femenino; de PEA ocupada en el sector primario.
- La más alta proporción de viviendas conectadas con red pública de agua, con sistema de desagüe y con luz eléctrica
- El mayor porcentaje de hijos sobrevivientes de madres de 15 a 29 años, la más elevada tasa de consultas médicas por habitante y la menor cantidad de habitantes por cama hospitalaria y por médico

- b. La Sierra, con el 39.4% de la población en 1981, ha venido progresivamente perdiendo importancia relativa a través del tiempo (en 1940 concentraba 65% de la población). Entre todos los departamentos los ubicados dentro del Trapecio Andino (Huancavelica, Cusco, Ayacucho, Puno y Apurímac) tienen las más bajas condiciones de vida. Los

casos extremos son: Huancavelica, Apurímac y Ayacucho, en donde los mismos indicadores mencionados para la Costa exhiben sus valores más bajos.

- c. La región de la Selva con casi 10% de la población total muestra en términos de los indicadores presentados una situación intermedia.

En resumen, de lo expuesto se deduce que hay una clara relación entre el estado de salud y los factores demográficos, sociales, ambientales económicos, de disponibilidad de recursos y de servicios. Por ejemplo, los departamentos que tienen más baja mortalidad infantil y general y más alta expectativa de vida al nacimiento, son los que poseen más reducidas tasas de natalidad, fecundidad, analfabetismo; mayor proporción de hijos sobrevivientes, menor proporción de la PEA ocupada en el sector primario; mayor proporción de viviendas conectadas a la red pública de agua, con sistema de desagüe y con luz eléctrica; mayor cantidad de consultas por habitante, etc. Caso contrario sucede con los departamentos con mayores niveles de mortalidad general e infantil y menor expectativa de vida.³

³ Para una información más detallada: Cuadro Nº 12 del Informe Técnico 1 de ANSSA/PERU, Perfil de Salud de la Población Peruana, Lima, mayo 1986.

III. PARTICIPACION EN SALUD DE LA COMUNIDAD EN EL PERU

El aporte de las Ciencias Sociales en Diagnósticos del Sector Salud consiste en restituir a la Salud su carácter de fenómeno social cotidiano frente al cual los miembros e instituciones de la comunidad deberán actuar complementaria y conjuntamente dentro de los lineamientos de una metodología y acción nuevas, que considere la noción de salud no sólo con la acción médica reparativa que se produce cuando ocurre una pérdida de salud, sino como el conjunto de condiciones "normales" de vida cotidiana (servicios de agua, desagüe, electricidad, etc.).

La actual filosofía de prestación de salud en el Perú otorga una alta prioridad a la participación comunitaria sobre las bases de su propia organización comunal.

Existen dos tipos de comunidades atendiendo a las características socio-culturales y socio-políticas de sus miembros. El primero de ellos está conformado por residentes de los pueblos jóvenes ubicados en la periferia de las grandes ciudades procedentes de una variedad de ámbitos ecológicos, geográficos y socio-culturales que migran a las ciudades en busca de mejorar su situación económica. El acceso a los servicios básicos (agua, etc.), depende de las circunstancias bajo las que el pueblo joven fue establecido y del grado relativo de incorporación a la estructura del poder político de la gran ciudad. Existe asimismo una activa organización comunal a pesar de sus problemas de origen interno y externo.

El segundo tipo está compuesto por residentes de las áreas rurales en las tres regiones naturales. La inaccesibilidad relativa a los servicios brindados por el estado debido a la distancia cultural y geográfica y a la precariedad de éstos en el campo, son una característica común a este grupo.

En cuanto a la organización comunal, ésta reviste diversos matices, de acuerdo al comportamiento de las relaciones familiares, económicas, ámbito geográfico y relaciones étnico-culturales que suelen ser diferentes entre una y otra comunidad rural. Estos elementos son muy decisivos para el logro de los objetivos fijados por las organizaciones primitivas.

El rol de la comunidad en actividades de salud enfrenta dos objetivos: uno permanente, que consiste en incentivar la organización comunal utilizando cada vez a más de sus miembros y sirviendo de contacto con las instituciones estatales o privadas y un segundo objetivo, que es el de servir de medio para

el logro de metas específicas como la movilización de recursos comunitarios o la creación de centros (de salud, por ejemplo). Los logros obtenidos en estos aspectos son mucho más limitados que los objetivos, debido fundamentalmente a que no se han considerado en forma adecuada los elementos significativos de la estructura organizativa de la propia comunidad, como son las creencias, capacidad organizativa de un ámbito rural y el nivel de consolidación, número de años, de establecimiento del asentamiento humano, situación legal y las oportunidades económicas en el ámbito urbano marginal; elementos que a su vez las convierten en dos medio ambientes diferentes.

Una revisión de las experiencias de participación comunitaria en proyectos de salud señalan tres métodos fundamentales de implementación de los mismos: por medio de la movilización (de recursos humanos, económicos y materiales a los programas de salud), por medio de la intervención (donde la estructura del programa viene de fuera) y la autogestión (donde la estructura viene de la comunidad). De los tres los dos últimos tuvieron mayor éxito, lo cual viene a ser un indicador de la capacidad de las organizaciones comunales de planificar, implementar y evaluar sus propias actividades de salud con el mínimo de asistencia externa. Sin embargo, los obstáculos más importantes que se deben enfrentar además de los ya señalados, son: los problemas con el Ministerio de Salud (supervisión, insuficiencia de recursos, irregularidad de los servicios, etc.), la insuficiencia de recursos comunales; dificultades presentadas por los integrantes de la comunidad que tienen a su cargo la administración de los servicios de salud y que han sido capacitados por el Ministerio de Salud; y la incompatibilidad de las formas comunales de organización interna y las creencias y prácticas de la comunidad en salud y los métodos utilizados por las organizaciones promotoras de salud.

Un estudio de caso en una comunidad urbano-marginal ha permitido constatar la difusión y amplitud que tienen las organizaciones de base que laboran en salud para enfrentar duras condiciones de vida, en las que se comparte el alimento, los trabajos de mejoramiento del habitat y en general la vida cotidiana. Sin embargo, también se han podido visualizar algunos elementos que permitirían generar mejores condiciones para el desarrollo de la participación comunitaria, entre las que cabe destacar en primer lugar la importancia de que la organización surja por iniciativa de la propia población ya que ello garantizaría mayores posibilidades de estabilidad, continuidad y autonomía en su trabajo; el establecimiento de relaciones democráticas que involucren a buena parte de la población para enfrentar los problemas de salud; la tradición organizativa del pueblo peruano en torno a necesidades de sobrevivencia, esfuerzos de coordinación entre la comunidad y organizaciones similares que permitan un aprovechamiento efectivo de la experiencia acumulada; y, finalmente, promover una actitud de respeto de las instituciones primitivas frente a la tradición organizativa del pueblo con el fin de establecer mecanismos fluidos para la toma de

decisiones y ejecución de acciones externas.

Asimismo, la influencia de variables socio-culturales y socio-políticas en la participación comunitaria que se desprenden de las experiencias encontradas en América Latina y el Perú y que afectan el funcionamiento de los Programas de Salud son básicamente dos: las dificultades en la promoción de la participación comunitaria que surgen del sistema de organización de la comunidad y las dificultades que surgen de los conflictos entre el sistema de creencias y prácticas medicas de la comunidad y las demandas del sistema formal de salud.

La forma más reconocida a nivel nacional de implementación de un programa de salud mediante la acción comunitaria, es la capacitación de parteras, promotores de salud y la formación y funcionamiento de comités de salud, los cuales a la luz de los documentos disponibles no ha tenido un éxito universal en todas las zonas en que fue implementado. Las razones para ello son diversas, pudiendo quedar definidas como la falta de reconocimiento, de autoridad y autonomía de la comunidad por parte de las organizaciones promotoras; la forma de selección de los trabajos de salud que está determinada por un personaje dominante ajeno a la comunidad; la falta de apoyo de la institución promotora: la ausencia de una comprensión de la obligación monetaria de parte de los miembros de la comunidad para remunerar a los trabajadores comunales de salud por los servicios prestados, etc.

Existen diversos métodos de evaluación del potencial participatorio de la comunidad (análisis de prioridades, encuestas, identificación de grupos significativos de clase, sondeo de opinión, etc.) pero todas coinciden en que son insustituibles las discusiones en donde se intercambian puntos de vista respecto al tipo de acción y metodología del trabajo.

La participación comunitaria, sin embargo, presenta factores limitantes, los mismos que pueden dividirse en dos grupos. El primero de ellos asume consideraciones intra-institucionales como marginalización de los consumidores (debido a sus creencias o prácticas de salud específicas por ejemplo); insuficiente información socio-cultural; distancia entre el diseño del programa y la percepción de la urgencia de la comunidad; falta de coordinación entre los servicios que operan en la comunidad; escasa permanencia de técnicas al interior de la misma; y, materiales de capacitación inadecuados. El segundo grupo lo forman consideraciones extrainstitucionales como el grado de dispersión de la población, el alto nivel de analfabetismo y las precauciones políticas que limitan la motivación comunitaria.

De otro lado, los factores que estimulan la participación comunal se encuentran a cargo de instituciones promotoras, el gobierno y las políticas de salud y en la evolución de los programas de salud, al interior de la comunidad. Dicho estímulo se dá en la medida en que dichos elementos contribuyan en forma conjunta a incentivar y promover la organización de la comunidad a través de un entendimiento claro de las necesidades, creencias y deseos de la misma; así como también de una adecuada coordinación entre las entidades estatales de salud, las instituciones promotoras y la comunidad, que a su vez garantice un sistema recíproco de información permanente entre el programa de salud y la comunidad, por medio de la discusión más bien que a través de mecanismos burocráticos. Todo lo antes señalado dentro del marco de un sistema de salud descentralizado, donde la remuneración al promotor de salud sea tal que compense su dedicación a este trabajo en detrimento de la actividad productiva que realiza.

Otro de los determinantes de la participación comunitaria es la significativa relación entre las características de la estructura interna de la comunidad y la estrategia intentada por las organizaciones promotoras, al diseñar los medios apropiados para implementar programas de salud. Y, finalmente, el escaso reconocimiento a las necesidades infantiles y el rol de la mujer en programas de salud es también un factor decisivo para la existencia de la participación comunitaria.

Llegado a este punto del estudio se hace necesario un análisis de los elementos políticos en que se enmarca la problemática del sector en cuestión, debido a que la priorización que el mismo tendrá en la actividad del gobierno depende de la percepción que tengan sobre él quienes ejercen las más altas responsabilidades de los poderes públicos. Así se observa en los últimos 15 años una ausencia relativa por parte de las organizaciones políticas y sociales de pronunciamientos y nuevas propuestas conceptuales u organizativas en torno al tema de salud, lográndose un primer plano sólo en los casos en que los conflictos gremiales del sector así lo permitían, dirigiéndose la participación gremial y la atención en general esencialmente hacia demandas reivindicativas tanto salarial como de condiciones de trabajo más que a la problemática del sector en sí. Sólo los movimientos regionales, presentan en su mayoría demandas en relación a la atención de los problemas de salud en sus localidades a través del pliego de reclamos de sus llamados Frentes de Lucha.

En general, no existe una clara consciencia de la situación del sector. De las 15 organizaciones políticas que participaron en las elecciones de 1980, sólo una consideró la importancia de la organización comunal; que plantearon la necesidad de promover la infraestructura y construcción de hospitales y sólo una planteó la necesidad de reestructurar el sistema nacional de salud y elaborar un plan de atención primaria.

Un estudio de caso (región Cusco) en que se analizan aspectos favorables y desfavorables a la nueva política de salud desde la estructura de poder regional permite reconocer que el proceso político actual no propicia una predisposición positiva para los lineamientos de política de salud, pues ésta no coincide con las preocupaciones inmediatas y los estilos y prácticas de los sectores al interior de la región. Las luchas por el poder político y el control del recurso administración pública, vinculado a la evidente carencia de cuadros políticos-técnicos calificados en el partido de gobierno en el departamento, son aspectos que priman por sobre consideraciones transformadoras de mayor profundidad y alcance.

Las conclusiones que podemos extraer del presente estudio referidas a la participación comunal son pues de un lado, la presencia de un liderazgo fuerte, experiencias exitosas de organización comunal, apoyo del sector público y privado, y la ausencia de divisionismo comunal. Estos son factores cuya contribución es positiva. También lo es la acción de los programas que estimulan la participación integrada de los miembros de la comunidad y que establecen líneas de comunicación hacia la misma y que son permeables a su crítica y a cambios en la situación comunal.

También se ha podido detectar obstáculos importantes, como son: la falta de cooperación intersectorial, la carencia de una adecuada coordinación entre las organizaciones comunales y estatales; una escasa adecuación de los programas de salud a los medios urbano-marginales y rurales debido a que asumen una estrategia única: una escasa apreciación de las creencias y prácticas de salud de las comunidades; y rigidez de criterios que limitan el compromiso de los pobladores con cualquier fase del programa.

En lo que respecta a los procesos políticos el análisis parece concluir básicamente dos cosas: ausencia del tema de salud en el debate político nacional y un desconocimiento de la situación del sector por parte de las organizaciones políticas, lo cual repercute desfavorablemente en la efectividad de este sector en la consecución de sus objetivos.

Las recomendaciones al sector que se desprenden del presente acápite parecen señalar, entre otras cosas que no debe asumirse que todas las comunidades consideran que la salud es prioridad uno; que la educación comunitaria debe dirigirse al entrenamiento de los miembros de la comunidad para que así tomen un rol activo; que la elección de los líderes comunales debe ser resultado de la decisión propia de la comunidad; que debe otorgarse a la mujer un rol activo en las actividades de salud y saneamiento ambiental; además de que los objetivos de los programas sean adecuados a las prioridades de la comunidad y a la disponibilidad de sus recursos, así como a realizar esfuerzos conjuntos

para la solución de los conflictos internos de la comunidad.

Finalmente, se proponen líneas futuras de investigación que abarquen estudios de carácter multidisciplinario que integren los conocimientos de las culturas médico que gran parte de la población aún conserva, con las prácticas institucionales. También un análisis del "sector informal", en la medida en que es producto de las nuevas formas de organización en las poblaciones urbano-marginales. La dinámica de las comunidades rurales y su relación con los programas de salud es otro punto no menos interesante. En relación al aspecto político, es necesario profundizar en el comportamiento de los actores políticos del país y su relación con la temática de salud, así como en el conocimiento de las estructuras de poder regional y su vinculación con el aparato estatal. Por último, analizar las particularidades que se dan en términos de costumbres, cultura e idiosincracia al interés de una misma región, a fin de establecer sus nexos potenciales ante tareas de interés nacional como es el caso de salud o educación.

IV. DEMANDA POR SERVICIOS DE SALUD

Un análisis exhaustivo del estado de salud de la población peruana ha de incluir los motivos que llevan a las personas a demandar servicios de salud, y se han de considerar las variables fundamentales que ayuden a explicar el comportamiento de los consumidores por este tipo de servicios. La utilidad de este análisis estaría no sólo en la capacidad para explicar el comportamiento pasado sino que constituye una base importante para predicciones futuras cuyo resultado esperado puede ser planificado a través de la manipulación de las variables fundamentales de la demanda, y lo que es más interesante, la estimación de la demanda permite a los diseñadores de política, a partir de simulaciones conocer los efectos de una determinada política y de sus alternativas. Dentro de estos términos ha sido planteado el estudio acerca de la demanda por servicios de salud para el caso del Perú.

Con el propósito de investigar empíricamente la demanda por servicios de salud, se ha desarrollado un modelo¹ cuyo objetivo central es determinar porqué y dónde buscan las personas servicios de salud. Tienen interés específico, en este modelo, los determinantes que pueden ser influenciados por las políticas estatales, tales como los precios, tiempo de viaje y la cobertura de la seguridad social.

La formulación del modelo se basa en un proceso de decisión que realiza el individuo y su especificación se plantea como si el proceso ocurriera en etapas. El punto de partida es que las personas al experimentar un síntoma de enfermedad o accidente buscan o no servicios de salud. Su decisión será el resultado de comparar ambas alternativas en función de los niveles de bienestar o utilidad que espere de cada uno de ellas.

Una segunda etapa es aquélla en que se decide asistir a una institución de salud pública (hospital, centro de salud o posta de salud) o a un servicio privado (consultorio o clínica). La tercera etapa, que sólo se aplica a los servicios de salud pública, es aquélla en que se decide acudir a un hospital, centro de salud o posta como alternativa, lo cual está condicionado por la decisión de acudir a una institución pública.²

¹ Información más detallada del modelo en: Demanda por servicios de salud en el Perú, ANSSA/PERU, Informe Técnico N° 2, Lima, mayo, 1986.

² No se supone que los individuos adoptan sus decisiones en un proceso secuencial, sino que más bien las decisiones pueden agruparse en etapas, en donde no todos los factores son directamente relevantes en cada una de ellas.

La información utilizada ha tenido como fuente principal la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNSA) efectuada durante el período de abril y noviembre de 1984 para una muestra estratificada representativa de la población peruana. Esta información reúne a todas las variables empleadas en el análisis estadístico para cada una de las personas encuestadas, para los casos de Lima (incluyendo los Pueblos Jóvenes) y la Sierra Urbana que reportaron algún síntoma de enfermedad o accidente en el período de 15 días anteriores a la fecha en que fueron encuestados. Esta información ha sido utilizada como insumo de programas computarizados acerca del modelo para estimar la demanda agregada por servicios de salud y cómo ella se distribuye en hospitales, centros de salud, así como en consultorios privados. Además, esta información sirve para crear distribuciones de frecuencia según el interés de las autoridades encargada del diseño de la política de salud.

La importancia de la estimación del modelo radica en que puede utilizarse en una serie de simulaciones a fin de examinar los efectos e implicancias de políticas alternativas. Así, el encargado de diseño de políticas puede emplear el programa para observar lo que ocurriría a la demanda agregada por servicios de salud y su distribución, si se siguieran, por ejemplo, diversas alternativas en materia de políticas de precios. Además, el programa da información acerca de los efectos de políticas alternativas en ciertos estratos de la población. Dentro del estudio de demanda se han llevado a cabo simulaciones acerca de la aplicación de determinadas políticas para observar sus efectos e implicaciones. Ha de quedar claro, en este aspecto del estudio, que el modelo de demanda estimado puede utilizarse para responder otras preguntas, en adición a las presentadas al estudio que pudiesen plantear los diseñadores de política de salud. Es en este uso potencial del modelo donde radica su riqueza.

1. Resultados de la estimación del modelo

- a. Cuando el individuo decide ir a una instalación del servicio público. Los individuos tienden a acudir con mayor frecuencia a un hospital cuando más cerca se encuentre mismo, en relación a centros o postas de salud. En Lima, los jóvenes acuden con mayor frecuencia a los hospitales, que las personas de edad intermedia y en el caso de la Sierra Urbana las diferencias de edas parecen ser menos importantes. Las personas educadas tienden a acudir con mayor frecuencia a los hospitales en ambas regiones.

b. Cobertura de seguridad social

Lima: Los asegurados normalmente acuden a los hospitales de seguridad social; el contar con la cobertura aumenta la probabilidad de procurar atención en un hospital.

Sierra Urbana: Todos los asegurados acudieron a un hospital, ninguno fue a los centros de salud ni a las postas. Las personas tienen más tendencia a acudir a hospitales en el Norte y menos en el Sur, que en la Sierra Central.

c. Asistencia a una institución de salud pública o a un servicio privado:

- La probabilidad de viajar menos de una hora hasta una privada tiene gran efecto en ambas regiones
- Se esperaba que el precio monetario del servicio privado tuviera sesgo negativo para ambas regiones, pero no es significativamente distinto a nivel de diez por ciento.
- Las personas más educadas y con más dinero tienden a buscar atención privada con mayor frecuencia, en tanto que las víctimas de accidentes tienden menos a ello
- Las personas que viven en la Sierra Norte y Sur tienen mayor y menor tendencia, respectivamente, a buscar servicios privados de salud que los de la Sierra Central

d. Las personas cuyas edades fluctúan entre 6 y 16 años tienen menos propensión a procurar atención en ambas regiones:

- Los que sufren accidentes son los que más procuran obtener servicios de salud, pero el coeficiente de accidentes es más significativo estadísticamente en Lima
- Las personas con mayor nivel de educación y más dinero tienden a buscar servicios de salud con mayor frecuencia

Un resumen de los resultados de la estimación del modelo para Lima y la Sierra Urbana sería el siguiente:

- Los precios y los tiempos de viaje van en la dirección esperada y estos últimos son siempre significativos. Los precios monetarios parecen ser más importantes en Lima que en la Sierra Urbana, mientras que el tiempo de viaje desempeña un rol más importante en la Sierra.
- Tanto el ingreso como la educación tienen los efectos esperados. Un mayor ingreso y más educación aumentan el atractivo de los hospitales en relación a los centros y postas de salud, y de procurar atención frente a no buscar servicios de salud.

2. Resultados de la simulación

Con el ejercicio de las simulaciones se intenta analizar, a partir del modelo estimado, los efectos que tienen las políticas gubernamentales en la demanda por servicios de salud. Específicamente, las simulaciones se centran en aquellas políticas que afectan los costos de las diversas alternativas de salud y su accesibilidad. A manera de ilustración, a continuación se presenta el ejercicio de simulación completo a nivel general de la población de Lima y Sierra Urbana. En el estudio de demanda por servicios de salud se ha hecho este tipo de simulación por grupos de edad (Lima-Sierra) y entre el Cono Sur de Lima y la Sierra Urbana. En todos los casos, el análisis de los resultados de la simulación se lleva a cabo en términos de comparación entre Lima y la Sierra Urbana. Deberá quedar claro que con el modelo estimado se pueden hacer otros ejercicios de simulación con otras políticas alternativas pero la falta de información hace que sólo sea posible en los casos tratados en el estudio.

Antes de la presentación de los resultados es necesario hacer referencia a algunas definiciones y enunciados de algunas categorías de análisis y supuestos que han sido utilizados en todo el proceso:

Necesidad percibida: cantidad de visitas a hospitales, centros o postas de salud o a los consultorios privados, que efectuarían las personas enfermas o que han sufrido algún accidente, si los servicios de salud fueran gratuitos y accesibles.

Calidad percibida: se define como la distribución de lugares a los que acudiría la gente si el servicio fuera gratuito y accesible.

Un supuesto fundamental para todas las cifras de los resultados es que las condiciones económicas permanecieron inalterables en su nivel de abril de 1984 para Lima y de mayo 1984 para el caso de la Sierra Urbana.

2.1 Comparación de los resultados para Lima y la Sierra Urbana

- La frecuencia de síntomas percibidos en la Sierra Urbana es la más baja entre las regiones del Perú
- Las percepciones de calidad son muy similares en ambas regiones. En las dos se considera que los consultorios privados son de calidad superior, seguido por el hospital y luego por los centros de salud y postas de salud.
- Si las personas, en Lima, tuvieran servicios de salud gratuito y accesibles, acudirían el 85% de las veces a consultorios o clínicas privadas y el 8% de las veces a hospitales. El 7% de las visitas irían a centros y postas de salud. En la Sierra Urbana, las cifras serían de 75, 16 y 9 por ciento, respectivamente. Se percibe que los hospitales tienen mejor calidad, en la Sierra Urbana más que en Lima, pero en general, el patrón de percepción de calidad no parece ser muy distinto entre las dos regiones.
- El número de visitas en abril (1984) fue 67% de la necesidad percibida en Lima, mientras que en la Sierra Urbana fue de 82%. Respecto a sus percepciones de la necesidad de servicios de salud, la población urbana está mucho mejor atendida que la población de Lima.
- Sería sumamente difícil aumentar sustancialmente la demanda por servicios de salud en la Sierra a través de políticas gubernamentales que tengan que ver con el precio o con la accesibilidad. Si los servicios fueran gratuitos la relación de visitas por necesidades, aumentarían de 81 a 100%. Pero ninguna política podrá hacer que los servicios de salud sean gratuitos y accesibles totalmente, por lo que cualquier cambio de política sólo incrementaría la proporción de uso con respecto a la necesidad de 82 hasta un poco menos de

100%. En esta región el gobierno debe aplicar políticas que tiendan a mejorar la calidad de los servicios y políticas educativas que incrementen la conciencia del pueblo respecto a los problemas de salud.

En Lima, al contrario de la Sierra Urbana, aún hay mucho alcance para aumentar la demanda por servicios de salud, a través de políticas que los abaraten y los hagan más accesibles.

- En la Sierra Urbana 42% de las visitas (1984) fueron a consultorios privados y en Lima sólo el 37%.

- Experimento de política: Elevación de las tarifas a S/. 3000

Lima : un descenso de la demanda por servicios de salud del sector público, de 63% de todas las visitas a 59%. El número de visitas decaería sólo de 67% de "necesidad percibida" a 66%.

Sierra Urbana : La cantidad de demanda por servicios de salud del sector público no se modifica como una fracción de todas las visitas y la relación de visitas con respecto a las necesidades, también permanece inalterable.

La gente en Lima responde un poco más a los cambios en los precios que la gente de la Sierra Urbana: pero en ninguno de los dos casos la gente es sensible al precio.

Los ingresos del sector público se incrementarían al triple.

- Experimento de política: Elevación de tarifas a S/. 6000

Lima : las visitas descienden de 64 a 54%. La proporción de visitas con respecto a las necesidades disminuye de 67 a 62%.

Sierra Urbana: las visitas descienden de 38 a 35%. La proporción de visitas respecto a las necesidades disminuye de 82 a 81%.

En general, hay inelasticidad de demanda. Por otro lado, los ingresos públicos se quintuplicarían en las dos regiones.

- Experimento de política: el gobierno, a través de fijación de precios y accesibilidad, podría aumentar la demanda por servicios de salud de los centros y postas de salud..

a. Aumento en el cobro de tarifas al usuario de hospitales de 1000 a 3000 soles, en tanto que en los centros de salud permanecería en 1000 soles

- En general esta política prácticamente no modifica el número de visitas en proporción a las necesidades, pero si cambiaría la distribución de tales visitas, en particular en Lima.

Lima: el porcentaje de visitas a centros de salud y postas de salud aumentaría de 30 a 37%. Aumentaría el porcentaje visitas a clínicas y consultorios privados de 37 a 40%.

Sierra Urbana: esta política no tiene casi ningún efecto y no se podría recomendar como como tal para modificar la distribución de demanda.

b. Volver más accesibles las postas y centros de salud para los usuarios: construir suficientes postas y centros de salud; de modo de situarlas a una hora de viaje para cualquier persona en Lima y Sierra Urbana.

- Esta decisión no implicaría un aumento excesivo en la accesibilidad: casi el 85% de las personas en Lima y Sierra Urbana ya cuentan con un centro de salud o posta a una hora de viaje de sus hogares.

Lima: se aumentaría el porcentaje de visitas de 30 a 34%

Sierra Urbana: El aumento sería de 27 a 33%.

V. LA PROBLEMÁTICA DE LOS MEDICAMENTOS EN EL PERU

La utilidad e importancia de los medicamentos para la población radica en la ayuda que prestan a la prevención o tratamiento de enfermedades y accidentes. Se ha observado un crecimiento en su consumo, pero, para el caso del Perú, también hay poca correlación, entre los principales problemas de la salud y la actividad productora de medicamentos. Además, hay un sesgo en el destino de la producción, pues se orienta mayoritariamente al abastecimiento de las zonas urbanas con detrimento para el resto del país, no cumpliéndose con el objetivo principal de asegurar la disponibilidad de un volumen de medicamentos esenciales para satisfacer las necesidades de la mayoría de la población, es decir, no se cumple con su objetivo social.

El análisis de la problemática de medicamentos para el caso del Perú se inicia mediante una evaluación de lo que se considera como el mercado de medicamentos. El primer elemento de consideración en este mercado es la demanda, la cual se manifiesta desde el momento en que el individuo sufre un trastorno en su salud, motivado por una enfermedad o accidente. Este individuo es un demandante potencial por medicamentos, tanto aquéllos que se auto-medican, como aquéllos cuya demanda por medicamentos es resultado de su tránsito por el mercado de servicios de salud. Desde que el objetivo es trasponer el estado actual de salud, el proceso será iterativo hasta que se cumpla con el objetivo mencionado.

Por motivos de disponibilidad de información, el estudio considera el consumo observado como una aproximación a lo que es demanda por medicamentos, reconociendo que este indicador de consumo no refleja la totalidad de la demanda potencial.

El consumo de medicamentos depende de la accesibilidad económica, geográfica y cultural. A partir del análisis del consumo, se desprende que, del total de productos farmacéuticos consumidos, 10% son importados y el 90% restante son en alguna medida de fabricación local.

Asimismo, los gastos en cuidado de salud representan sólo el 2.6% del total de los gastos familiares y estos gastos en salud a su vez, se han reducido en los últimos años debido al parecer, por la disminución del poder adquisitivo.

Se ha llegado a establecer en forma indirecta, los niveles de consumo de productos farmacéuticos a través del origen de los medicamentos consumidos y la evolución de ventas.

El sector privado, por otro lado es, en materia de despido de medicamentos más importante que el sector público. El sector privado que representa el 80% de los medicamentos consumidos en el Perú, ha tenido una tendencia descendente desde 1980 con respecto al valor y volumen de ventas. Asimismo, el análisis de las partidas del sector público muestran un decrecimiento en el gasto de medicamentos desde 1981.

En cuanto a los precios de los productos farmacéuticos, éstos han subido a un ritmo menor que los demás artículos y servicios representados en el índice del costo de vida. Sin embargo, en mayo y octubre de 1981 los precios de los productos farmacéuticos aumentaron en 18% y 21% respectivamente, hecho que probablemente explique el descenso en el volumen y valor de ventas.

Haciendo un análisis del consumo a través de las ventas pareciera que existe correlación entre el consumo y el tipo de afección.

Los principales productos farmacéuticos más vendidos en 1984 fueron: éticos, los antibióticos sistémicos; y, populares, el grupo de preparaciones contra la tos y el resfrío.

Estos productos vendidos guardan relación con la demanda caracterizada a través de la morbilidad, donde los primeros lugares los ocupan los síntomas del aparato respiratorio y digestivo.

Para el caso de los medicamentos anti-parasitarios, sin embargo, no existe correlación con la prevalencia de la enfermedad.

En el Perú los productos farmacéuticos empezaron a elaborarse hace unos 40 años y su crecimiento ha sido muy rápido. Pero a partir de 1970, el dinamismo bajó considerablemente debido a la "Ley General de Industrias". Una de las características que se desprende del análisis histórico de la industria farmacéutica, es su naturaleza intensiva en importaciones. Entre los ingredientes que conforman la producción farmacéutica, los ingredientes activos e inertes intervienen en un 45 a 60%. Si se tiene en cuenta que los insumos importados son esencialmente activos, se hace evidente la dependencia de las importaciones para el funcionamiento de la industria farmacéutica.

Uno de los problemas ocasionados por esta dependencia de las importaciones está en el área del control de precios. Debido a la fuerte dependencia de

importaciones y las agudas devaluaciones de la moneda peruana existe una presión por el reajuste de precios.

En cuanto al volumen de empresas que han ido consolidándose a través de los años, hay registradas 155 compañías farmacéuticas. 70 de ellas formulan productos para uso humano. Estas empresas, o bien fabrican sus propias líneas de productos, o bien fabrican para terceros.

Si bien las compañías farmacéuticas nacionales representan 50% de la inversión total en el país, obtienen el 40% del volumen y sólo 15% del valor de las ventas o medicamentos. Las dos empresas principales y cuatro de los 10 fabricantes que lideran el sector en términos de ventas unitarias, son peruanas. El comportamiento de las ventas en los últimos cinco años ha sido descendiente. Esto ha provocado la existencia de una gran capacidad subutilizada en la industria farmacéutica que probablemente exceda al 40% de la capacidad manufacturera ociosa. Dado que muchas compañías peruanas son importantes como fabricantes, hay bases para ser optimistas respecto a que las industrias nacionales puedan ponerse a la vanguardia, al aumentar la demanda de medicamentos. Situación que puede verse favorecida debido a su alta diversificación en la producción.

Del volumen de unidades producidas por la industria farmacéutica, así como del valor de las ventas, tienen un porcentaje muy alto los productos farmacéuticos éticos. En cuanto a la competencia, pareciera que un producto que se convierte en líder de ventas, puede permanecer en la cumbre del mercado durante un período extenso de tiempo aún sea alto su precio. La competencia efectiva no parece darse por el lado de precios sino a través de un gran soporte publicitario.

La industria farmacéutica dirige su producción hacia un mercado de medicamentos que está dividido en: el mercado del sector público y el privado.

Dentro del sector público la más importante es el Instituto Peruano de Seguridad Social que representa cerca del 70% de la demanda de medicamentos en este sector. Sin embargo, es el Ministerio de Salud quien cuenta con el 73% de los hospitales y el 68% de las camas de hospital y gasta sólo un 20% de los recursos del sector público en medicamentos.

Dentro del sector privado están los distribuidores mayoristas estando los cinco grandes en propiedad de peruanos.

Más de las tres cuartas partes de la producción farmacéutica es distribuida por mayoristas hacia farmacias y otras instituciones privadas, y a instituciones estatales. Las farmacias, representan casi el 72% de las ventas de medicamentos al consumidor final en el Perú.

El Estado como ente regulador de la economía, también ha intervenido en el desarrollo de la actividad manufacturera. Su participación se ha dado en asuntos relacionados con programas farmacéuticos. Estos se inician en 1959, promulgando la Ley 13200 que autoriza al Ministerio de Salud a clasificar un conjunto de artículos medicinales como "esenciales". En 1960 el Ministerio de Salud seleccionó 20 "medicinas sociales" para ser entregadas por empresas privadas cada tres meses a las postas de salud en áreas de bajos ingresos y a los hospitales públicos. Este esfuerzo se formalizó en 1962 por el Decreto Supremo Nº 566, "Programa de Medicinas Sociales". En 1969 este programa se extendió mediante el Decreto Supremo 00160-69 convocando a licitación pública el abastecimiento de 153 productos farmacéuticos genéricos.

Al ser este programa voluntario y mal coordinado, el programa no alcanzó aceptación. En 1971 se creó un nuevo "Programa de Medicamentos Básicos" con el objetivo de dotar a la población económicamente desfavorecida de medicinas a bajo precio. En 1975 por Decreto Supremo 0045-75 se colocó al programa bajo el control administrativo, financiero y operativo, al Ministerio de Salud.

El principal mecanismo utilizado para la provisión de "medicamentos básicos" fueron las licitaciones públicas. Los principales usuarios de los "medicamentos básicos" fueron las instituciones del sector público. A su vez, la participación de las compañías farmacéuticas peruanas en las licitaciones fue ligeramente mayor que la de las subsidiarias de empresas farmacéuticas en el país.

Desde sus inicios, el "Programa de Medicamentos Básicos", estuvo limitado. Esto debido, principalmente, a las agudas interrupciones de orden público.

En 1975, sin embargo, al incorporarse este programa a la dirección de farmacias del Ministerio de Salud, se adoptó una actitud más complaciente para los intereses de las empresas farmacéuticas privadas y se centralizó la dirección abriendo la posibilidad de coordinar mejor el abastecimiento farmacéutico al sector público.

Uno de los problemas que siempre han habido, se presentan al estructurar las licitaciones públicas pues no se tiene información confiable acerca del consumo de productos farmacéuticos por las diversas instituciones públicas. Esto ocasionaba que muy pocas veces llegaran los "medicamentos básicos" a la población rural, pues se agotaban muy rápidamente, consumidas por las instituciones más grandes de las principales áreas urbanas.

En cuanto al precio de los "medicamentos básicos", éste era considerablemente menor que el de sus similares comerciales. Había un ahorro promedio de 35%.

La dependencia de insumos importados y las devaluaciones siempre provocaron aumentos de precios y el deterioro del poder adquisitivo de la población contribuyeron a que la acogida por los "medicamentos básicos" disminuyera. Otro problema que enfrentó este programa fue la incapacidad del centro de control de calidad estatal para manejar el volumen de pruebas.

En 1982 se estableció un nuevo "Programa de Medicamentos Esenciales". Se mantuvo el sistema de licitaciones para asegurar el suministro de medicamento pero esta vez abiertas a cualquier empresa farmacéutica del mundo.

Este programa al igual que los anteriores no tuvo la aceptación esperada, afirmación que se verifica en el bajo volumen de ventas totales, poca participación de las empresas privadas, la poca cobertura a la población rural y urbano-marginal, aceptación de los profesionales de salud y consumidores y calidad de los productos ofertados.

Es de suponer que el hecho que sea necesaria la cooperación del sector privado para la producción y distribución de medicinas esenciales, haga vulnerable los programas estatales frente a factores que creen un clima negativo, como lo ha sido el control de precios. A pesar de que se estableció hasta una fórmula polinómica para guiar los incrementos de precios, la falta de constancia para los aumentos autorizados de precios provocaron efectos negativos. Esta situación provocó que numerosas firmas pasaran o retardaran las ventas locales de las medicinas cuyos precios estaban congelados. Asimismo, se dió el caso en 1985, que 31 de las 175 "medicinas esenciales", no pudieran ser vendidas porque sus precios oficiales eran mayores que los de sus equivalentes en marcas comerciales.

Por su parte, los farmacéuticos no tienen una actitud favorable hacia los programas de medicinas esenciales, pues su ingreso proviene de un porcentaje directo de las ventas totales que favorecen a las medicinas de precio más alto.

Tampoco existe aceptación entre los consumidores por los medicamentos esenciales. Tal vez se deba esto, a la poca atención prestada al "marketing".

Por último, la falta de coordinación entre las instituciones del sector público que participan en estos programas son una razón más del limitado éxito que los programas de medicinas esenciales han tenido en el Perú.

VI. RECURSOS HUMANOS

Es argumento común afirmar que en el país existe una excesiva oferta de Recursos Humanos para la Salud. Aquello es diferente y grave si se efectúa un análisis por Departamentos y áreas geográficas. Es evidente que Lima Metropolitana concentra excesivo personal, lo que responde sin duda, a la situación de centralismo que afecta y produce efectos al Perú. Analizar esta situación y sus repercusiones en el campo de la salud es materia de análisis del presente capítulo.

1. Formación y lugar de nacimiento de recursos humanos en salud

Existen ciertas interrogantes sobre la excesiva oferta de recursos humanos. ¿Por qué hay una gran demanda de la juventud por acceder a una profesión?, y, segundo, ¿por qué existiendo problemas para obtener trabajo y una remuneración adecuada existe presión por obtener una profesión médica? Las respuestas a estas interrogantes sin duda son difíciles, respuestas que no se pretenden resolver en este trabajo, pero sin duda existe la necesidad de efectuar algunos planteamientos.

Perú aún es una sociedad donde el acceso a un ingreso decoroso, es aún inalcanzable para la mayoría de la población. Se dá, además, pese al tamaño poblacional del país, pocas oportunidades para el desarrollo o gestión de actividades de cualquier índole, que posibiliten una oferta de empleo para la población en crecimiento. De otro lado, este país, aún es caracterizado por tener una distribución del ingreso muy desigual, lo que responde a la concentración de la propiedad y medios de producción en pocas manos. Frente a ello, las familias, los jóvenes ven como una de las pocas alternativas de mejorar su status, el poseer un título profesional.

Sin embargo, la juventud no toma en cuenta que, ya sea para profesionales o técnicos, la demanda por trabajo sin duda es escasa; y aquello sucede también con los profesionales de la salud y por lo tanto una mayoría de jóvenes capacitados se quedan sin obtener empleo, o reciben una remuneración menor a sus expectativas y esfuerzo realizado en su época de estudios. Pero pese a que existe carencia de profesionales de la salud en provincias, los médicos jóvenes no se dirigen a aquellos lugares, debido, entre otros factores, a tres razones que quizás sean las más importantes.

Primero, la población en ciudades de mediano tamaño relativo están acostumbradas a recibir servicios gratuitos que ofrece el Estado; segundo, en ciudades de menor tamaño, no existe infraestructura y campos que alberguen a profesionales de la salud ni tampoco oportunidades para el desarrollo del ser humano, y, tercero, la actividad privada de salud sólo se ha generado en ciudades de mayor tamaño, donde se ha desarrollado actividad secundaria o terciaria significativa, lo que ha dado lugar a una mayor capacidad de demanda de la población.

Sin duda, los comentarios hechos no agotan el tema, pero si dan pautas para seguir con el razonamiento del trabajo, pero lo que si es cierto, es que el personal de salud no tiene como variable que defina su ubicación laboral, la situación de salud de una colectividad dada, como veremos a continuación, ni tampoco existe una política expresa de las autoridades de salud que oriente los recursos humanos a lugares donde hay carencia de ellos, o donde haya mayores necesidades de servicios de salud.

A continuación se mostrará qué alienta a un profesional de la salud a ubicarse en un lugar u otro.

Las universidades que ofrecen profesiones de la salud, y el año de inicio de los respectivos programas aparece en el Cuadro Nº 1. Se aprecia claramente que se da un incremento notable de facultades relacionadas a la salud, a partir de 1960, existiendo programas de medicina en 7 ciudades, de las cuales 5 se ubican en la Costa, una en la Sierra y una en la Selva. Existe una mayor distribución de programas de enfermería, ya que esta profesión no solo es brindada por universidades, sino también por escuelas técnicas, que tienen vinculación con universidades con el propósito de ofrecer título universitario.

La evolución de alumnos matriculados en diversas profesiones dedicadas a la salud ha sido impresionante como se aprecia en el Cuadro Nº 2. En un período de 17 años, el total alumnos se ha multiplicado por siete veces. Sin embargo, el incremento más notable no se ha dado en medicina, que aumentó en 2.7 veces, sino profesiones afines como psicología, en más de 30 veces y carreras intermedias tales como obstetricia y enfermería. El incremento de titulados en las profesiones de salud, también es importante considerando el mismo período,

Cuadro No. 1

**PROFESIONES DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD QUE SE OFRECEN EN LAS UNIVERSIDADES
DEL PAIS; SEGUN FECHA DE INICIO DE SU FUNCIONAMIENTO O FECHA DE LA
RESOLUCION QUE AUTORIZA SU FUNCIONAMIENTO**

Universidades	Total	Medicina	Enfermería	Odontología	Farmac. y Bioquímica.	Obstetricia	Psicología	Servicio Social	Ingeniería Sanitaria	Nutrición	Medicina Veterinaria.	Biología	Tecnología Médica
A. Públicas .	64												
U.N. Mayor de San Marcos	11	1571	1964	1934	1920	X	X	1967		1976	1946	1866	1967
U.N. San Antonio Abad	3	1977	1972									Sgl. XIX	
U.N. de la Libertad	4	1956	1965		1930							1929	
U.N. de San Agustín	6	1958	1965				1964	1965		1980		1935	
U.N. de Ingeniería	1								1937				
U.N. San Luis de Gonzaga.	5	1971	X	1961	1970						1961		
U.N. San Cristobal de Huamanga	4		1960			1960						1960	
U.N. del Centro	2		1960					1960					
U.N. Agraria La Molina	1											1961	
U.N. de la Amazonía Peruana	3	1983	1972									1963	
U.N. del Altiplano	4		1965					1965			1962	1974	
U. N. de Piura	1	1979											
U.N. de Cajamarca	3		1966			1981					1972		
U.N. Pedro Ruíz Gallo	3		1964								1965	1971	
U.N. Federico Villarreal	5	1966	1984	1973				1968					1967
U.N. Hermilio Valdizán	1	1966											
U.N. Daniel Alcides Carrión	1		1979										
U.N. José F. Sánchez Carrión	3		1980					1973		1973			
U.N. Jorge Basadre G.	1					1980							
U.N. San Martín	1					X							
U.N. de Ucayali	1		1983										

Cuadro No. 1 (Continuación)

PROFESIONES DE LAS CIENCIAS DE LA SALUD QUE SE OFRECEN EN LAS UNIVERSIDADES

**DEL PAIS, SEGUN FECHA DE INICIO DE SU FUNCIONAMIENTO O FECHA DE LA
RESOLUCION QUE AUTORIZA SU FUNCIONAMIENTO**

Universidades	Total	Medicina	Enfer- mería	Odon- to- logía	Farma- cia y Bioquí- mica.	Obste- tricia	Psico- logía	Ser- vicio So- cial	Inge- niería Sani- taria	Nutri- ción	Medi- cina Vete- rina.	Biolo- gía	Tecno- logía Medi- ca
B. Privadas	20												
P.U. Católica del Perú	2						1958	1958					
U.P. Cayetano Heredia	4	1961		1971			1974					1970	
U.C. Santa María	5		1963	1977	1976	1976		X					
U. de San Martín de Porres	6	X	X	X		X	1972	1970					
U.F. del Sagrado Corazón	1						1965						
U. Inca G. de la Vega							1969	1969					
U. Ricardo Palma	2						1969					1969	
U. Andina Nestor Cáceres V.	1					X							
U. Unión Incaica	1		X										
U. Andina del Cusco	2						X	X					
U. Víctor A. Belaúnde	1					X							
U.P. del Apurímac	1		X										
TOTAL	92	10	20	6	4	9	9	12	1	3	5	11	2

FUENTE: CONAI.- Universidades del Perú, Programas y Departamentos Académicos, Grados y Títulos según Universidades, 1984

Lima, Comisión Nacional Interuniversitaria, 1984.

X Programa existente, desconociéndose su fecha de inicio.

Cuadro No. 2

**ALUMNOS MATRICULADOS EN LA UNIVERSIDAD POR PROFESIONES DEL AREA DE LA SALUD
PERU : 1965 - 1982**

	1965		1970		1975		1980		1981		1982		% de Increm. En rela. a 1965-82 y 1982
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	
TOTAL	7,374	100.0	12,745	100.00	32,472	100.00	42,153	100.00	47,103	100.00	49,514	100.00	
Medicina Humana	3,217	43.63	4,659	36.56	7,909	24.35	10,288	24.41	9,122	19.37	8,830	17.83	274.48
Odontología	524	7.11	622	4.88	1,608	4.95	2,523	5.99	3,085	6.55	3,180	6.42	606.87
Obstetricia	150	2.03	308	2.42	332	1.02	1,451	3.44	2,172	4.61	2,842	5.74	1,894.67
Farmacia y Bioq.	922	12.50	693	5.44	1,485	4.57	2,708	6.42	2,695	5.72	3,102	6.26	336.44
Enfermería	401	5.44	1,393	10.93	4,923	15.16	5,785	13.72	6,150	13.06	6,525	13.18	1,627.18
Ingeniería Sanitaria	118	1.60	90	0.71	73	0.22	218	0.52	223	0.47	233	0.47	197.46
Servicio Social	566	7.68	1,933	15.17	4,702	14.48	5,739	13.61	7,270	15.43	7,133	14.41	1,260.02
Medicina Veterinaria	429	5.82	606	4.75	1,486	4.58	2,487	5.90	2,445	5.19	2,565	5.18	597.90
Psicología	168	2.27	1,269	9.95	6,964	21.45	6,311	14.97	7,430	15.77	8,130	16.42	4,839.29
Biología	879	11.92	1,172	9.19	2,992	9.21	4,643	11.01	5,001	10.62	4,944	9.99	562.46
Nutrición	-	-	-	-	-	-	-	-	233	0.49	368	0.74	-
Tecnología Médica	-	-	-	-	-	-	-	-	1,277	2.71	1,662	3.36	-

FUENTE: Oficina de Programación de Recursos Humanos, Ministerio de Salud.
CONAI.

como se ve en el Cuadro N^o 3. En este aspecto sí se aprecia que, año a año, los titulados médicos sí han aumentado notablemente. Así en 1965 se titulan 23, en tanto que en el año 1982 fueron 1841 es decir, 80 veces más. La dinámica de las otras profesiones ha sido menor a excepción de Psicología.

La pregunta que surge a continuación, es dónde han ido a trabajar estos profesionales y porqué han escogido su lugar de residencia.

Los datos que aparecen en los Cuadro N^o 4 son ilustrativos al respecto. En ellos se han considerado, utilizando información de los Censos de Población y del Colegio Médico, dónde han nacido los profesionales de la salud, dónde tienen su residencia, cómo es el flujo migratorio y cuáles son los departamentos expulsores y receptores. En lo que se refiere a los médicos, es interesante notar el índice de Residentes/ Nacidos en el lugar. Se aprecia que la relación es más alta para Madre de Dios 4.33, siguiéndole Lima Metropolitana con 1.88. El caso del primer departamento se explica porque tiene características de colonización; y su número de médicos aún no es significativo. Al otro extremo se encuentran departamentos como Cajamarca 0.14, Junin 0.15, Apurímac 0.23, etc., lo que está indicando que son los departamentos que más expulsan profesionales médicos. En tanto que Lima, Tacna, Ucayali, Moquegua y Madre de Dios, son los que tienen un saldo positivo respecto a la recepción de médicos.

Igual comportamiento se aprecia en lo que se refiere a Químico-Farmacéuticos, Enfermeros y Para-médicos. En los tres casos son también Tacna, Ucayali, Madre de Dios y Moquegua, los receptores de profesionales, en tanto que el resto de departamentos son expulsores.

Otro dato interesante que se puede extraer de los cuadros, es qué departamentos contribuyen con mayor cantidad de profesionales y cuáles son los que más reciben. Es claro notar que pese a que Lima recibe el mayor número de profesionales de otros lugares, es también el lugar que ofrece la mayor cantidad al país. Así brinda el 34% de los médicos, el 31% de químicos-farmacéuticos, el 23% de enfermeros y el 23% de para-médicos. Asimismo, ofrece el 23% del total de médicos residentes de Ayacucho, el 30% del Callao, 25% de Huánuco, 45% de Lima, 30% de Madre de Dios y 34% de Tumbes.

Cuadro No. 3
TITULADOS EN LAS PROFESIONES DE LA SALUD
PERU: 1965 - 1982

Programas Académicos	1965		1970		1975		1978		1980		1982	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Medicina Humana	23	3.4	283	34.2	256	19.2	593	27.1	836	27.1	1841	39.0
Odontología	91	13.3	24	2.9	80	6.0	110	5.0	283	7.5	227	4.8
Obstetricia	34	5.0	48	5.8	57	4.3	97	4.4	67	2.2	250	5.3
Farmacología y Bioquímica	171	25.0	57	6.9	156	11.7	121	5.5	194	6.3	309	6.5
Enfermería	6	0.9	62	7.5	156	11.7	375	17.1	478	15.5	605	12.0
Enfermería (Escuelas)*	261	38.2	248	30.0	430	32.2	596	27.2	712	23.1	653	13.8
Ingeniería Sanitaria	13	1.9	19	2.3	16	1.2	8	0.4	11	0.4	7	0.1
Servicio Social	8	1.2	51	6.2	124	9.3	124	5.7	243	7.9	394	8.4
Medicina Veterinaria	52	7.6	35	4.2	60	4.5	100	4.6	71	2.3	110	2.3
Nutrición Humana	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.6	13	0.4	2	0.0
Biología	23	3.4	0	0.0	0	0.0	11	0.5	124	4.0	120	2.5
Psicología	1	0.1	0	0.0	0	0.0	53	2.4	105	3.4	157	3.3
Tecnología Médica	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	43	0.9
Total	683		827		1325		2188		3087		4718	

*El dato del año 1965 corresponde al año 1967

FUENTES: CONAI, Universidades del Perú, 1984
 Ministerio de Salud, Oficina de Programación de Recursos Humanos
 AIPAE:

Cuadro N° 4

**MEDICOS POR DEPARTAMENTO EN 1981: TOTAL DE NACIDOS; TOTAL DE RESIDENTES;
TOTAL DE NATIVOS RESIDENTES; TOTAL DE INMIGRANTES; TOTAL DE EMIGRANTES;
SALDO MIGRATORIO Y TASA NETA DE MIGRACION**

Departamento	Total Nacidos (1)	Total Resident. (2)	Total Nati- vos-Resid. (3)	Total de Inmigran. (4)	Total de Emigran. (5)	Saldo (6)	Tasa Neta Migración (7)
6 Cajamarca	562	84	41	41	520	-479	-570.24%
9 Huancavelica	128	20	5	15	123	-108	-540.00%
3 Apurímac	100	23	7	16	91	- 75	-326.09%
5 Ayacucho	197	51	14	37	180	-143	-326.09%
10 Huánuco	167	55	19	34	148	-114	-207.27%
2 Ancash	471	189	66	122	405	-283	-149.74%
12 Junin	620	249	113	136	505	-369	-148.19%
21 Puno	221	92	34	58	187	-129	-140.22%
1 Amazonas	69	34	5	27	64	- 37	-108.82%
22 San Martín	105	52	10	42	95	- 53	-101.92%
8 Cusco	277	140	71	69	203	-134	- 95.71%
16 Loreto	185	99	39	60	145	- 85	- 85.86%
13 La Libertad	1063	617	387	224	672	-448	- 72.61%
4 Arequipa	1072	626	465	157	606	-449	- 71.73%
14 Lambayeque	557	348	167	181	390	-209	- 60.06%
19 Pasco	73	45	3	42	69	- 27	- 60.00%
20 Piura	516	337	150	186	363	-177	- 52.52%
11 Ica	548	369	202	166	345	-179	- 48.51%
7 Callao	509	376	143	233	362	-129	- 34.31%
24 Tumbes	35	33	3	29	32	- 3	- 9.38%
23 Tacna	80	101	18	83	61	22	21.78%
25 Ucayali	28	41	3	38	24	14	34.15%
18 Moquegua	44	81	8	72	36	36	44.44%
15 Lima	3991	7508	3393	4100	593	3507	46.71%
17 Madre de Dios	3	13	2	11	1	10	76.92%
N.A.	37	76	*	*	*	*	
TOTAL:	11658	11658	5368	6179	6220	- 41	

QUIMICO-FARMACEUTICOS POR DEPARTAMENTO EN 1981: TOTAL DE NACIDOS; ~~TOTAL RESIDENTES;~~
TOTAL DE NATIVOS RESIDENTES; TOTAL DE INMIGRANTES; TOTAL DE EMIGRANTES;
SALDO MIGRATORIO Y TASA NETA DE MIGRACION

Departamento	Total Nacidos (1)	Total Resident. (2)	Total Nati-vos-Resid. (3)	Total de Inmigran. (4)	Total de Emigran. (5)	Saldo (6)	Tasa Neta Migración (7)
9 Huancavelica	30	4	0	4	30	- 26	-650.00%
6 Cajamarca	140	36	29	7	110	-103	-286.11%
5 Ayacucho	54	15	5	10	48	- 38	-253.33%
3 Apurímac	16	5	2	3	14	- 11	-220.00%
19 Pasco	23	8	1	7	22	- 15	-187.50%
21 Puno	30	13	6	5	24	- 19	-146.15%
2 Ancash	136	61	1	59	134	- 75	-122.95%
8 Cusco	55	26	13	12	42	- 30	-115.38%
12 Junín	143	71	35	36	108	- 72	-101.41%
4 Arequipa	158	80	59	21	98	- 77	- 96.25%
10 Huánuco	34	18	6	12	28	- 16	- 88.89%
22 San Martín	22	12	4	6	16	- 10	- 83.33%
1 Amazonas	13	10	1	5	11	- 6	- 60.00%
16 Loreto	27	17	7	10	20	- 10	- 83.33%
11 Ica	213	138	90	47	123	- 76	- 55.07%
13 La Libertad	287	203	132	71	155	- 84	- 41.38%
18 Moquegua	11	8	2	6	9	- 3	- 37.50%
20 Piura	99	75	44	31	55	- 24	- 32.00%
24 Tumbes	11	10	4	5	7	- 2	- 20.00%
7 Callao	65	65	20	43	45	- 2	- 3.08%
14 Lambayeque	90	88	42	46	47	- 1	- 1.14%
23 Tacna	17	18	7	10	10	0	0.00%
17 Madre de Dios	3	4	2	2	1	1	25.00%
15 Lima	801	1500	701	787	100	687	45.80%
25 Ucayali	4	12	1	11	3	8	66.67%
N.A.	43	26	1	N.A.	N.A.	N.A.	
TOTAL:	2523	2523	1215	1256	1260	- 4	

Cuadro N° 4.2

**ENFERMEROS POR DEPARTAMENTO EN 1981; TOTAL DE NACIDOS; TOTAL DE RESIDENTES;
TOTAL DE NATIVOS RESIDENTES; TOTAL DE INMIGRANTES; TOTAL DE EMIGRANTES;
SALDO MIGRATORIO Y TASA NETA DE MIGRACION**

Departamento	Total Nacidos (1)	Total Resident. (2)	Total Nati- vos-Resid. (3)	Total de Inmigran. (4)	Total de Emigran. (5)	Saldo (6)	Tasa Neta Migración (7)
6 Cajamarca	456	124	96	26	358	-332	-267.74%
3 Apurímac	155	43	12	31	143	-112	-260.47%
5 Ayacucho	210	86	49	36	160	-124	-144.19%
2 Ancash	307	139	59	80	248	-168	-120.86%
13 La Libertad	895	428	322	104	570	-466	-108.88%
9 Huancavelica	98	47	8	39	90	- 51	-108.51%
1 Amazonas	42	21	6	14	36	- 22	-104.76%
10 Huánuco	196	107	74	33	119	- 86	- 80.37%
22 San Martín	118	68	20	48	98	- 50	- 73.53%
11 Ica	452	267	153	114	299	-185	- 69.29%
4 Arequipa	1309	790	659	131	644	-513	- 64.94%
12 Junín	747	453	299	152	443	-291	- 64.24%
21 Puno	251	178	117	61	134	- 73	- 41.01%
20 Piura	395	315	186	127	209	- 82	- 26.03%
19 Pasco	104	83	20	63	84	- 21	- 25.30%
8 Cusco	336	285	191	92	144	- 52	- 18.25%
16 Loreto	102	87	44	43	58	- 15	- 17.24%
14 Lambayeque	405	361	208	151	197	- 46	- 12.74%
24 Tumbes	26	24	6	18	20	- 2	- 8.33%
25 Ucayali	32	32	5	27	27	0	0.00%
23 Tacna	137	150	69	81	65	16	10.67%
7 Callao	315	410	140	270	172	98	23.90%
18 Moquegua	84	114	35	79	48	31	27.19%
15 Lima	2155	4681	1767	2903	376	2527	53.98%
17 Madre de Dios	5	16	2	14	3	11	68.75%
N.A.	29	52	*	*	*	*	
TOTAL:	9361	9361	4547	4737	4745	- 8	

Cuadro N° 4.3

PARAMEDICOS POR DEPARTAMENTO EN 1981: TOTAL DE NACIDOS; TOTAL RESIDENTES;
TOTAL DE NATIVOS RESIDENTES; TOTAL DE INMIGRANTES; TOTAL DE EMIGRANTES;
SALDO MIGRATORIO Y TASA NETA DE MIGRACION

Departamento	Total Nacidos (1)	Total Residen. (2)	Total Nati- vos-Resid. (3)	Total de Inmigran. (4)	Total de Emigran. (5)	Saldo (6)	Tasa Neta Migracon (7)
6 Cajamarca	1451	387	317	70	1126	-1056	-272.87%
3 Apurímac	550	152	124	28	425	- 397	-261.18%
5 Ayacucho	749	261	198	63	548	- 485	-185.82%
9 Huancayo	406	160	104	56	301	- 245	-153.13%
22 San Martín	1068	567	480	86	586	- 500	- 88.18%
1 Amazonas	363	200	116	84	244	- 160	- 80.00%
19 Pasco	383	234	150	84	230	- 146	- 62.39%
8 Cusco	937	607	486	119	449	- 330	- 54.37%
12 Junin	1537	1002	718	282	815	- 330	- 54.37%
13 La Libertad	2002	1342	1071	261	925	- 664	- 49.48%
10 Huánuco	558	378	262	115	294	- 179	- 47.35%
11 Ica	1122	767	592	173	525	- 352	- 45.89%
2 Ancash	1509	1042	652	389	849	- 460	- 44.15%
21 Puno	824	603	550	51	271	- 220	- 36.48%
4 Arequipa	1745	1295	987	308	754	- 446	- 34.44%
24 Tumbes	139	105	66	39	73	- 34	- 32.38%
20 Piura	1714	1331	1164	164	546	- 382	- 28.70%
16 Loreto	872	771	579	191	289	- 98	- 12.71%
14 Lambayeque	1219	1153	766	383	450	- 67	- 5.81
25 Ucayali	287	293	170	121	117	4	1.37%
23 Tacna	204	208	127	81	75	6	2.88%
18 Moquegua	220	227	111	116	109	7	3.08%
17 Madre de Dios	47	55	29	26	18	8	14.55%
7 Callao	612	1018	304	712	308	404	39.69%
15 Lima	6282	12606	5615	6965	651	6314	50.09%
N.A.	71	107	*	*	*	*	
TOTAL:	26871	26871	15738	10967	10978	- 11	

Información valiosa, también brinda las matrices del lugar de residencia y nacimiento que aparece en los Cuadros N^o 5. En el caso de los médicos, por ejemplo, se aprecia como regla general, que un mayor porcentaje de ellos reside donde han nacido, aproximadamente el 50%. De otro lado, también se nota que un alto porcentaje de los residentes, sino son nacidos en el lugar, lo han hecho en lugares cercanos. Por ejemplo en Amazonas, el mayor porcentaje de médicos que residen en el lugar han nacido en Cajamarca, La Libertad, Piura y Lima, por supuesto. Aquello está indicando, sin duda, que al margen de Lima, los médicos tienen preferencia por residir en su lugar de nacimiento, o en lugar cercano, aquello puede deberse a vínculos familiares.

Otras variables que influyen en el lugar de residencia de los médicos, están la existencia de centros hospitalarios y de facultades de medicina en ciertos lugares.

En el Cuadro N^o 6, se han establecido rangos de provincias, en función a ser capital de departamento, tener hospital y/o facultad de medicina, y se ha cruzado esa información con la distribución institucional de médicos. Sin duda alguna, Lima y Callao concentran el mayor número en las tres instituciones, pero lo más significativo es la información que parece de la segunda fila hacia abajo. Se ve que los médicos que tienen actividad privada, deciden en mayor medida, localizarse en ciudades grandes, que poseen hospitales y facultades de medicina; no sucediendo lo mismo con las otras instituciones donde un mayor porcentaje se ubican en lugares donde hay hospital. Ello sin duda muestra que los médicos privados tienen mayor posibilidad de elección del lugar donde residirán, que normalmente es en localidades donde existe mayor actividad económica. En el caso de los médicos de las otras dos instituciones su posibilidad de decidir, se encuentra en si entra o no a trabajar en el sector público, pues luego de haber optado, tendrán que dirigirse a los lugares donde hay plazas en hospitales. Lo anterior se corroborará al observar la última fila, pues en sitios donde no hay hospital, pese a haber plazas públicas, los médicos deciden no ir. Es decir, los profesionales ubicados en instituciones públicas, de todos modos tienen alguna opción del lugar donde quieren trabajar, si tomamos en cuenta además que ellos prefieren localizarse en su lugar de nacimiento o bastante cerca.

Efectuando un mayor análisis respecto al lugar donde estudió y dónde trabaja por instituciones se observa en el Cuadro N^o 7, que

CUADRO No. 5

MEDICOS: ESTRUCTURA PORCENTUAL DE LOS RESIDENTES EN 1981 SEGUN DEPARTAMENTO DE NACIMIENTO.
(Porcentajes Horizontales)

RESID.	DEPARTAMENTO DE NACIMIENTO																											
1981	AMAZ.	ANCSH	APURM.	AREQU.	AYAC.	CAJAM.	CLLAD.	CUSCO	HUACV.	HUANU.	ICA	JUNIN	L LIB.	LAMBY.	LIMA	LORET.	M. DIOS	MOQUEB.	PASCO	PIURA	PUNO	S. MART	TACNA	TUMB.	UCAYL.	NS-NC	TOTAL	
AMAZON	14.71	0.00	0.00	2.94	0.00	5.88	2.94	0.00	0.00	0.00	2.94	2.94	14.71	14.71	8.82	2.94	0.00	0.00	0.00	14.71	2.94	2.94	0.00	0.00	0.00	0.00	5.88	100
ANCASH	0.53	34.92	0.53	0.53	0.53	7.94	1.59	0.53	0.00	1.06	3.17	2.12	25.40	3.17	12.17	1.06	0.00	0.00	0.00	3.70	0.00	0.53	0.00	0.00	0.00	0.00	0.53	100
APURIM	0.00	8.70	30.43	0.00	8.70	17.39	4.35	0.00	0.00	0.00	13.04	8.70	0.00	0.00	4.35	0.00	0.00	0.00	0.00	4.35	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	100
AREQUI	0.16	0.16	0.64	74.28	0.80	0.32	0.16	3.19	0.00	0.16	0.64	0.48	1.76	0.64	3.83	0.00	0.00	1.60	0.00	0.80	8.31	0.00	1.28	0.16	0.00	0.64	100	
AYACUC	0.00	5.88	0.00	1.96	27.45	1.96	0.00	3.92	5.88	1.96	3.92	11.76	3.92	1.96	23.53	0.00	0.00	0.00	1.96	3.92	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	100	
CAJAMA	0.00	1.19	0.00	0.00	0.00	48.81	0.00	0.00	1.19	0.00	1.19	2.38	19.05	1.19	15.48	1.19	0.00	0.00	0.00	4.76	1.19	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	2.38	100
CALLAD	0.00	3.46	0.27	2.93	1.06	1.06	38.03	0.80	0.80	0.27	2.93	3.46	4.52	2.13	30.32	0.80	0.00	0.00	0.27	4.52	1.06	0.27	0.53	0.53	0.00	0.00	100	
CUSCO	0.00	1.43	6.43	12.14	0.00	1.43	0.00	50.71	0.00	0.00	1.43	2.14	2.14	0.00	11.43	0.00	0.00	0.71	1.43	0.71	7.86	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	100	
HUANCA	0.00	5.00	0.00	0.00	0.00	5.00	5.00	0.00	25.00	0.00	0.00	25.00	10.00	10.00	15.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	100	
HUANUC	0.00	0.00	1.82	3.64	0.00	7.27	0.00	1.82	0.00	34.55	1.82	3.64	1.82	3.64	25.45	3.64	0.00	0.00	1.82	3.64	0.00	1.82	0.00	0.00	0.00	0.00	3.64	100
ICA	0.27	2.98	0.27	5.15	2.44	0.81	1.63	0.81	2.71	0.81	54.74	0.81	2.71	1.36	14.63	1.08	0.00	0.00	0.00	2.44	1.08	1.36	1.63	0.00	0.00	0.27	100	
JUNIN	1.61	2.41	0.00	3.21	0.40	2.41	1.61	1.61	5.22	0.80	1.61	45.38	2.81	0.80	24.10	0.80	0.00	0.00	0.80	4.02	0.40	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	100	
LA LIB	0.32	3.57	0.65	1.30	0.32	8.91	1.13	0.49	0.16	0.49	0.81	1.94	62.72	4.70	5.19	0.49	0.00	0.16	0.00	3.89	0.32	1.13	0.00	0.16	0.16	0.97	100	
LAMBAY	0.86	1.72	0.29	0.86	0.29	12.07	0.57	0.57	0.29	0.29	1.44	1.44	11.49	47.99	13.79	0.86	0.00	0.00	0.29	3.74	0.00	0.86	0.00	0.29	0.00	0.00	100	
LIMA	0.63	4.33	0.84	5.74	1.93	4.68	4.12	1.92	1.09	1.66	3.66	5.41	5.79	3.80	45.19	1.49	0.91	0.23	0.80	3.29	1.33	0.83	0.51	0.25	0.28	0.20	100	
LORETO	0.00	2.02	0.00	2.02	1.01	1.01	4.04	0.00	2.02	0.00	3.03	4.04	9.09	4.04	22.22	39.39	0.00	3.03	0.00	1.01	0.00	1.01	0.00	0.00	1.01	0.00	100	
M. DIOS	15.38	0.00	0.00	30.77	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	7.69	0.00	0.00	30.77	0.00	15.38	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	100	
MOQUEB	0.00	1.23	0.00	35.80	1.23	1.23	2.47	1.23	1.23	1.23	0.00	3.70	3.70	2.47	17.28	2.47	0.00	9.88	0.00	4.94	3.70	1.23	2.47	1.23	0.00	1.23	100	
PASCO	0.00	4.44	0.00	0.00	2.22	0.00	4.44	0.00	6.67	2.22	11.11	24.44	0.00	2.22	24.44	0.00	0.00	0.00	6.67	4.44	2.22	2.22	2.22	0.00	0.00	0.00	100	
PIURA	0.30	0.30	0.00	4.45	1.19	2.67	2.37	1.19	9.30	1.19	3.26	1.48	9.79	6.23	14.84	1.48	0.00	0.00	0.30	44.51	0.59	1.48	0.00	1.78	0.00	0.30	100	
PUNO	0.00	0.00	2.17	25.00	0.00	6.52	0.00	8.70	1.09	0.00	2.17	1.09	1.09	1.09	7.61	0.00	0.00	1.09	0.00	2.17	36.96	0.00	3.26	0.00	0.00	0.00	100	
S. MART	3.85	1.92	1.92	9.62	1.92	7.69	7.69	0.00	1.92	1.92	3.85	1.92	9.62	1.92	25.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	19.23	0.00	0.00	0.00	0.00	100	
TACNA	0.00	3.96	0.00	15.84	1.98	0.99	1.98	3.96	0.00	0.99	0.99	4.95	11.88	4.95	19.80	2.97	0.00	2.97	0.00	1.98	1.98	0.00	17.82	0.00	0.00	0.00	100	
TUMBES	0.00	0.00	3.13	9.38	0.00	12.50	3.13	0.00	0.00	3.13	0.00	6.25	12.50	0.00	34.38	0.00	0.00	0.00	0.00	6.25	0.00	0.00	0.00	9.38	0.00	0.00	100	
UCAYAL	0.00	0.00	0.00	4.88	0.00	2.44	7.32	0.00	0.00	0.00	2.44	9.76	12.20	0.00	26.83	4.88	0.00	0.00	0.00	2.44	4.88	12.20	2.44	0.00	7.32	0.00	100	
XTRANJ	0.00	2.38	1.76	11.90	0.00	2.38	2.38	7.14	0.00	0.00	0.00	2.38	7.14	11.90	30.95	0.00	0.00	0.00	0.00	4.76	2.38	2.38	0.00	2.38	2.38	2.38	100	
NS-SR	0.00	0.00	5.88	2.94	8.82	2.94	11.76	8.82	0.00	0.00	2.94	5.88	11.76	0.00	14.71	2.94	0.00	0.00	2.94	8.82	0.00	0.00	2.94	0.00	2.94	2.94	100	
TOTAL	0.59	4.04	0.86	9.20	1.69	4.82	4.37	2.38	1.10	1.43	4.70	5.32	9.12	4.78	34.23	1.59	0.03	0.38	0.63	4.43	1.90	0.90	0.69	0.30	0.24	0.32	100	

Tomado de: Informe Técnico N° 5, Recursos Humanos del Sector Salud del Perú, ANSSA-PERU

CUADRO No. 5.1

QUIMICOS FARMACEUTICOS: ESTRUCTURA PORCENTUAL DE LOS RESIDENTES EN 1981 SEGUN DEPARTAMENTO DE NACIMIENTO.
(Porcentajes Horizontales)

RESID.	DEPARTAMENTO DE NACIMIENTO																								TOTAL					
1981	AMAZ.	ANCSH	APURM.	AREQU.	AYAC.	CAJAM.	CLLAO.	CUSCO	HUACV.	HUANU.	ICA	JUNIN	LA LIB.	LAMBY.	LIMA	LORET.	M.DIOS	MOQUEG.	PASCO	PIURA	PUNO	S.MART	TACNA	TUMB.	UCAYL.	NS-NC	TOTAL			
AMAZON	10.00	0.00	0.00	0.00	0.00	10.00	10.00	0.00	0.00	0.00	10.00	0.00	0.00	0.00	10.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	10.00	0.00	0.00	0.00	0.00	40.00	100		
ANCSH	1.64	49.18	0.00	1.64	1.64	6.56	0.00	0.00	3.28	0.00	3.28	0.00	13.11	1.64	13.11	1.64	0.00	0.00	0.00	1.64	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1.64	100	
APURIM	0.00	0.00	40.00	20.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	20.00	0.00	0.00	20.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.50	0.00	100	
AREQUI	0.00	0.00	0.00	73.75	1.25	0.00	0.00	5.00	0.00	0.00	6.25	1.25	1.25	1.25	2.50	0.00	0.00	1.25	0.00	0.00	6.25	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	100	
AYACUC	0.00	0.00	6.67	0.00	33.33	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	26.67	6.67	0.00	0.00	20.00	0.00	0.00	0.00	0.00	6.67	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	100	
CAJAMA	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	80.54	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	8.33	2.78	8.33	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	100	
DALLAO	0.00	6.15	1.54	4.62	0.00	0.00	39.77	0.00	0.00	0.00	1.54	7.69	9.23	1.54	29.23	0.00	0.00	0.00	0.00	3.08	0.00	1.54	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	3.08	100	
CUSCO	0.00	0.00	7.69	7.69	0.00	0.00	3.85	50.00	0.00	0.00	15.38	7.69	0.00	0.00	3.85	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	3.85	100	
HUANCA	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	25.00	0.00	0.00	0.00	50.00	25.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	100	
HUANUC	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	5.56	5.56	0.00	0.00	33.33	5.56	5.56	11.11	5.56	5.56	0.00	0.00	0.00	11.11	5.56	0.00	5.56	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	100
ICA	0.00	0.72	0.72	2.90	7.97	0.00	0.72	0.00	3.62	1.45	45.22	2.17	1.45	0.00	11.59	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.72	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.72	100	
JUNIN	0.00	4.23	0.00	1.41	2.82	1.41	1.41	1.41	8.45	2.82	7.04	49.30	1.41	0.00	11.27	0.00	0.00	0.00	4.23	0.00	1.41	0.00	1.41	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	100
LA LIB	0.49	6.90	0.49	0.49	0.49	14.29	0.49	0.00	0.49	0.49	0.49	1.97	65.02	0.99	3.94	0.49	0.00	0.00	0.00	1.97	0.00	0.49	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	100
LAMBAY	1.14	3.41	0.00	1.14	0.00	9.09	1.14	3.41	0.00	0.00	1.14	2.27	17.05	47.73	10.23	1.14	0.00	0.00	0.00	1.14	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	100
LIMA	0.60	5.13	0.47	5.27	2.07	3.93	2.47	2.27	0.93	1.40	5.27	5.53	6.53	2.27	46.73	1.07	0.07	0.47	1.13	2.87	1.07	0.67	0.47	0.33	0.20	0.80	0.00	0.00	100	
LORETO	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	5.88	0.00	0.00	0.00	11.76	11.76	0.00	17.65	0.00	11.76	41.18	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	100
M.DIOS	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	25.00	0.00	0.00	0.00	25.00	0.00	50.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	100
MOQUEG	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	12.50	0.00	0.00	0.00	12.50	0.00	25.00	0.00	0.00	25.00	0.00	12.50	0.00	0.00	12.50	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	100
PASCO	0.00	0.00	0.00	12.50	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	25.00	37.50	0.00	12.50	0.00	0.00	0.00	0.00	12.50	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	100
PIURA	0.00	1.33	0.00	0.00	1.33	5.33	0.00	0.00	0.00	0.00	2.67	0.00	13.33	4.00	9.33	0.00	0.00	0.00	0.00	58.67	0.00	0.00	1.33	2.67	0.00	0.00	0.00	0.00	100	
PUNO	0.00	7.69	0.00	15.38	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	7.69	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	46.15	7.69	0.00	0.00	0.00	0.00	15.38	0.00	100	
S.MART	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	8.33	0.00	0.00	0.00	0.00	8.33	0.00	8.33	8.33	16.67	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	33.33	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	16.67	100	
TACNA	0.00	0.00	0.00	5.56	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	22.22	0.00	5.56	0.00	11.11	0.00	0.00	5.56	0.00	0.00	5.56	0.00	38.89	0.00	0.00	0.00	5.56	0.00	100	
TUMBES	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	20.00	0.00	0.00	10.00	0.00	0.00	0.00	10.00	0.00	10.00	0.00	40.00	0.00	0.00	10.00	0.00	100	
UCAYAL	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	8.33	0.00	0.00	8.33	0.00	16.67	16.67	8.33	0.00	33.33	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	8.33	0.00	100	
XTRANJ	0.00	5.00	5.00	5.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	5.00	0.00	0.00	0.00	5.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	75.00	100	
NS-SR	0.00	16.67	0.00	16.67	16.67	16.67	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	16.67	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	16.67	100	
TOTAL	0.52	5.39	0.63	6.26	2.14	5.55	2.58	2.19	1.19	1.35	8.44	5.67	11.38	3.57	31.75	1.07	0.12	0.44	0.91	3.92	1.19	0.79	0.67	0.44	0.16	1.70	100	100		

ENFERMEROS: ESTRUCTURA PORCENTUAL DE LOS RESIDENTES EN 1981 POR DEPARTAMENTO DE NACIMIENTO.
(Porcentajes Horizontales)

RESID. 1981	AMAZ.	ANCSH	APURM.	AREQU.	AYAC.	CAJAM.	CLLAD.	CUSCO	HUACV.	HUANU.	ICA	JUNIN	L LIB.	LAMBY.	LIMA	LORET.M.	M.DIOS	MOQUEG.	PASCO	PIURA	PUNO	S.MART	TACNA	TUMB.	UCAYL.	NS-NC	TOTAL	
AMAZON	28.57	0.00	0.00	4.76	0.00	9.52	0.00	0.00	0.00	9.52	0.00	0.00	4.76	4.76	14.29	4.76	0.00	4.76	0.00	0.00	0.00	4.76	4.76	0.00	0.00	0.00	4.76	100
ANCASH	0.00	42.45	1.44	2.16	0.72	5.04	0.72	1.44	0.00	0.72	3.60	2.16	23.74	2.88	8.63	1.44	0.00	0.00	0.00	0.72	1.44	0.72	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	100
APURIM	0.00	2.33	27.91	4.65	4.65	2.33	0.00	25.58	0.00	0.00	0.00	9.30	2.33	0.00	13.95	2.33	0.00	0.00	0.00	2.33	2.33	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	100
AREQUI	0.25	0.00	0.51	83.42	0.25	0.51	0.38	1.65	0.13	0.00	0.76	0.51	0.38	0.25	2.66	0.00	0.00	1.77	0.38	0.38	5.06	0.00	0.76	0.00	0.00	0.00	100	
AYACUC	0.00	2.33	4.65	3.49	56.98	2.33	0.00	2.33	1.16	2.33	2.33	9.30	3.49	0.00	8.14	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1.16	100
CAJAMA	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	77.42	0.81	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	8.87	4.84	5.65	0.00	0.00	0.00	0.00	0.81	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1.61	100
CALLAO	0.24	2.20	1.46	6.34	1.22	2.93	34.15	0.24	0.49	1.71	3.41	4.15	4.63	1.46	24.88	0.49	0.24	0.49	0.73	4.63	0.00	1.71	0.49	0.73	0.98	0.00	100	
CUSCO	0.00	0.70	7.37	7.37	0.70	0.35	0.35	67.02	0.35	0.00	0.00	1.05	0.00	0.35	4.21	0.00	0.00	0.00	0.00	0.35	7.02	0.00	2.11	0.00	0.00	0.70	100	
HUANCA	0.00	0.00	0.00	4.26	2.13	0.00	4.26	0.00	17.02	0.00	2.13	53.19	2.13	2.13	4.26	0.00	0.00	0.00	6.38	2.13	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	100
HUANUC	0.00	1.87	0.93	0.93	0.00	0.93	0.00	0.00	0.00	69.16	1.87	7.48	1.87	0.00	6.54	0.00	0.00	0.00	4.67	0.00	0.00	3.74	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	100
ICA	0.00	0.00	0.75	9.74	2.25	1.12	1.87	1.50	3.37	0.75	57.30	3.00	4.49	0.00	7.87	0.00	0.00	0.00	0.00	1.50	0.37	1.12	2.25	0.00	0.75	0.00	100	
JUNIN	0.00	0.88	0.22	2.87	0.88	0.88	0.00	1.32	3.53	0.88	1.77	66.00	1.32	1.32	11.48	0.00	0.00	0.22	3.97	0.88	0.44	0.66	0.00	0.00	0.00	0.44	100	
LA LIB	0.47	1.17	0.00	0.93	0.70	9.58	0.93	0.23	0.23	0.00	0.47	1.17	75.23	2.57	1.87	0.93	0.00	0.00	0.00	1.87	0.23	0.93	0.00	0.00	0.00	0.47	100	
LAMBAY	0.55	0.28	0.00	1.94	0.28	10.53	1.39	0.00	0.00	0.00	0.55	1.39	10.53	57.62	8.03	0.55	0.00	0.00	0.00	4.99	0.00	0.55	0.28	0.00	0.00	0.55	100	
LIMA	0.62	4.53	2.05	8.52	2.63	4.74	2.86	1.62	1.17	1.69	5.00	6.49	8.61	2.86	37.75	0.73	0.04	0.34	1.09	2.93	1.09	1.41	0.51	0.17	0.30	0.23	100	
LORETO	0.00	2.30	0.00	5.75	2.30	2.30	3.45	1.15	0.00	2.30	3.45	0.00	3.45	2.30	8.05	50.57	0.00	0.00	1.15	1.15	1.15	5.75	0.00	0.00	3.45	0.00	100	
M. DIOS	0.00	0.00	12.50	6.25	0.00	6.25	0.00	12.50	0.00	0.00	25.00	0.00	6.25	0.00	6.25	0.00	12.50	0.00	0.00	6.25	6.25	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	100
MOQUEG	0.00	2.63	0.88	29.82	0.00	2.63	0.00	1.75	0.00	0.00	2.63	0.88	2.63	0.88	6.14	0.88	0.00	30.70	0.00	0.88	3.51	0.00	13.16	0.00	0.00	0.00	0.00	100
PASCO	0.00	0.00	0.00	2.41	0.00	0.00	1.20	0.00	2.41	8.43	1.20	38.55	0.00	1.20	18.07	0.00	0.00	1.20	24.10	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1.20	0.00	100	
PIURA	0.00	0.00	0.32	5.71	0.95	3.49	1.27	1.59	0.32	1.90	0.63	1.59	5.40	5.40	7.94	0.32	0.00	0.00	0.00	59.05	0.32	0.32	0.32	2.22	0.32	0.63	100	
PUNO	0.00	0.00	0.00	14.04	1.69	0.00	0.56	8.99	0.00	0.00	0.56	0.56	0.00	0.00	3.37	0.56	0.00	2.25	0.00	0.00	65.73	0.00	1.69	0.00	0.00	0.00	100	
S. MART	0.00	0.00	1.47	13.24	0.00	1.47	5.88	1.47	0.00	1.47	4.41	1.47	7.35	5.88	7.35	7.35	0.00	0.00	0.00	4.41	2.94	29.41	0.00	1.47	2.94	0.00	100	
TACNA	0.00	0.00	0.67	22.00	0.00	1.33	0.67	0.67	0.67	0.00	2.67	2.67	3.33	0.00	8.00	0.67	0.00	5.33	0.00	0.67	3.33	0.67	46.00	0.67	0.00	0.00	100	
TUMBES	0.00	8.33	0.00	25.00	8.33	0.00	0.00	0.00	0.00	4.17	4.17	4.17	4.17	0.00	8.33	0.00	0.00	0.00	0.00	8.33	0.00	0.00	0.00	25.00	0.00	0.00	100	
UCAVAL	0.00	6.25	0.00	6.25	0.00	0.00	6.25	0.00	0.00	15.63	0.00	9.38	6.25	0.00	12.50	9.38	0.00	3.13	0.00	3.13	3.13	0.00	3.13	0.00	15.63	0.00	100	
XTRANJ	0.00	10.00	0.00	10.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	10.00	10.00	0.00	0.00	30.00	0.00	0.00	0.00	0.00	10.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	20.00	100	
NS-SR	0.00	0.00	0.00	14.29	2.38	4.76	7.14	2.38	0.00	7.14	0.00	11.90	7.14	0.00	28.57	0.00	0.00	2.38	0.00	0.00	0.00	0.00	7.14	0.00	0.00	4.76	100	
TOTAL	0.45	3.28	1.66	13.98	2.24	4.87	3.37	3.59	1.05	2.09	4.83	7.98	9.56	4.33	23.02	1.09	0.05	0.90	1.11	4.22	2.68	1.26	1.46	0.28	0.34	0.31	100	

CUADRO No. 5.3

PARAMEDICOS: ESTRUCTURA PORCENTUAL DE LOS RESIDENTES EN 1981 POR DEPARTAMENTO DE NACIMIENTO.
(Porcentajes Horizontales)

RESID. 1981	AMAZ.	ANCSH	APURM.	AREQU.	AYAC.	CAJAM.	CLLAO.	CUSCO	HUACV.	HUANU.	ICA	JUNIN	LA LIB.	LAMB.	LIMA	LORET.M.	M.DIOS	MOQUEG.	PASCO	PIURA	PUNO	S.MART	TACNA	TUMB.	UCAYL.	NS-NC	TOTAL
AMAZON	58.00	2.00	0.00	0.50	1.50	15.50	0.00	0.50	0.00	0.00	2.00	0.00	1.50	4.50	3.50	2.00	0.00	0.00	0.00	3.00	0.00	4.50	0.00	0.00	1.00	0.00	100
ANCASH	0.48	62.57	0.19	0.29	0.29	3.26	0.29	0.29	0.29	0.58	0.38	0.77	19.10	2.02	5.57	0.19	0.00	0.00	0.19	2.30	0.90	0.86	0.00	0.00	0.00	0.10	100
APURIM	0.00	0.66	81.58	1.32	0.66	0.66	0.00	7.24	0.00	0.00	0.66	0.66	0.66	0.00	5.26	0.00	0.00	0.66	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	100
AREQUI	0.15	0.15	1.16	76.22	0.31	0.15	0.39	6.02	0.15	0.00	0.31	0.54	0.23	0.08	2.47	0.00	0.00	3.01	0.66	0.15	7.72	0.02	0.62	0.00	0.00	0.00	100
AYACUC	0.00	0.00	3.45	2.30	75.86	1.15	0.77	1.53	1.92	0.38	2.30	3.07	1.15	0.00	4.60	0.00	0.00	9.38	0.50	0.38	0.38	0.00	0.00	0.00	0.38	0.00	100
CAJAMA	1.55	0.26	0.00	0.00	0.00	81.91	0.00	0.52	0.26	0.00	0.26	0.26	4.13	4.39	1.55	0.00	0.00	0.00	0.00	4.39	0.90	0.52	0.00	0.00	0.00	0.00	100
CALLAO	0.69	5.50	2.16	5.50	1.96	2.65	29.36	0.59	0.88	0.69	4.13	1.96	6.09	3.14	21.51	1.96	0.10	0.98	0.59	5.11	0.39	2.06	0.20	0.69	0.39	0.20	100
CUSCO	0.00	0.16	6.25	3.46	0.49	0.33	80.07	0.33	0.16	0.16	0.16	0.16	0.66	0.33	1.65	0.00	0.49	0.00	0.00	0.00	3.62	0.00	0.16	0.00	0.33	0.33	100
HUANCA	0.63	0.00	0.63	0.00	1.25	0.63	0.63	0.00	65.00	0.63	5.63	16.88	1.25	0.63	2.50	0.00	0.00	0.00	1.88	0.00	1.25	0.63	0.00	0.00	0.00	0.00	100
HUANUC	0.26	2.12	1.06	0.53	0.79	0.53	0.26	0.00	0.26	69.31	1.06	0.79	1.06	0.00	5.03	1.06	0.26	0.00	2.65	0.00	0.26	11.11	0.00	0.26	1.06	0.26	100
ICA	0.39	0.52	0.91	2.35	5.48	0.13	0.78	0.52	6.00	0.00	77.18	0.13	0.13	0.13	3.52	0.78	0.00	0.26	0.00	0.39	0.13	0.00	0.00	0.00	0.00	0.26	100
JUNIN	0.10	0.90	0.80	1.50	1.20	0.40	0.70	0.40	5.47	1.30	0.20	71.66	0.40	0.20	8.58	0.20	0.00	0.10	4.09	0.40	0.50	0.30	0.20	0.10	0.10	0.20	100
LA LIB	0.22	1.34	0.07	0.30	0.07	9.24	0.07	0.07	0.00	0.15	0.15	0.30	79.81	1.56	2.61	0.22	0.00	0.00	0.15	1.34	0.07	0.97	0.22	0.07	0.22	0.75	100
LAMBAY	1.30	0.52	0.17	0.17	0.09	17.78	0.26	0.09	0.09	0.26	0.35	0.09	2.86	66.44	2.43	0.17	0.00	0.09	0.09	5.12	0.09	0.43	0.00	0.69	0.09	0.35	100
LIMA	1.45	5.73	2.48	4.09	3.52	5.19	2.06	2.23	1.36	1.69	3.43	5.27	4.37	2.40	44.54	1.40	0.08	0.29	1.25	2.63	0.81	2.69	0.28	0.22	0.36	0.21	100
LORETO	0.26	0.39	0.13	0.26	0.13	0.39	0.00	0.00	0.00	0.65	0.39	1.04	0.78	0.39	1.30	75.10	0.00	0.00	0.39	0.39	0.00	12.32	0.00	0.00	5.58	0.13	100
M.DIOS	0.00	0.00	1.82	0.00	1.82	0.00	0.00	30.91	0.00	1.82	0.00	3.64	0.00	0.00	3.64	1.82	52.73	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	1.82	0.00	0.00	0.00	100
MOQUEG	0.88	0.00	0.44	22.91	0.00	1.32	1.32	2.20	0.00	0.00	0.88	0.88	0.88	0.00	3.08	0.00	0.00	48.99	0.44	1.32	6.17	0.00	8.37	0.00	0.00	0.00	100
PASCO	0.00	0.43	0.43	0.00	0.85	0.00	0.00	0.43	0.00	8.12	0.00	16.67	0.43	0.85	5.56	0.43	0.00	0.43	64.10	0.43	0.43	0.00	0.00	0.00	0.43	0.00	100
PIURA	0.23	0.30	0.00	0.53	0.00	0.90	0.38	0.00	0.00	0.15	0.00	0.30	1.43	2.18	2.55	0.15	0.00	0.15	0.15	87.45	0.00	0.68	0.00	2.03	0.23	0.23	100
PUNO	0.00	0.17	0.00	2.49	0.00	0.33	0.00	2.82	0.00	0.00	0.17	0.66	0.00	0.00	0.33	0.17	0.00	0.33	0.00	0.33	91.21	0.00	0.50	0.00	0.17	0.33	100
S.MART	1.41	0.53	0.00	0.53	0.18	1.59	0.53	0.18	0.18	0.71	0.00	0.18	1.96	0.53	2.12	2.65	0.00	0.18	0.00	1.06	0.35	84.66	0.18	0.00	1.06	0.18	100
TACNA	0.00	0.96	0.00	12.98	0.48	1.44	0.48	3.85	0.48	0.00	0.48	0.00	0.96	0.00	3.37	0.48	0.48	5.29	0.00	0.00	6.73	0.48	61.06	0.00	0.00	0.00	100
TUMBES	1.90	1.90	0.00	0.00	0.95	2.86	0.00	0.00	0.95	1.90	0.95	2.86	1.90	1.90	3.81	0.95	0.00	0.00	0.00	13.33	0.00	0.95	0.00	62.86	0.00	0.00	100
UCAYAL	0.00	0.34	0.00	0.34	0.34	0.00	0.34	1.02	0.34	4.44	0.34	1.71	0.00	0.68	2.05	16.38	0.68	0.00	0.34	0.00	0.00	11.95	0.00	0.00	58.02	0.68	100
XTRANJ	0.00	0.00	0.00	16.67	8.33	0.00	8.33	8.33	0.00	8.33	0.00	8.33	8.33	0.00	25.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	8.33	100
NS-SR	3.16	8.42	1.05	4.21	3.16	8.42	0.00	2.11	1.05	2.11	5.26	4.21	6.32	3.16	16.84	4.21	0.00	0.00	3.16	4.21	3.16	2.11	2.11	0.00	0.00	11.58	100
TOTAL	1.35	5.62	2.05	6.49	2.79	5.40	2.28	3.49	1.51	2.08	4.18	5.72	7.45	4.54	23.38	3.25	0.17	0.82	1.43	6.38	3.07	3.97	0.76	0.52	1.07	0.26	100

Cuadro Nº 6
DISTRIBUCION INSTITUCIONAL DE MEDICOS

Grupo de Provincias	IPSS		Ministerio		Sector Privado	
	Nos.	%	Nos.	%	Nos.	%
Lima y Callao	1230	59.306	2512	69.684	4874	65.221
Capital de Dpto. con Facultades de Medicina	259	12.488	307	8.542	1131	15.134
Otras Capitales Departamentales	256	12.343	507	14.107	728	9.742
Número Capitales de Dpto. con Hospitales	328	15.815	245	6.817	662	8.859
Número Capitales de Dpto. sin Hospitales	1	0.048	23	0.640	78	1.044
TOTAL INSTITUCIONAL:	2074	100	3594	100	7473	100
PORCENTAJE DEL TOTAL	15.08		27.3		56.9	

Tomado de: Informe Técnico Nº 5, Recursos Humanos del Sector Salud del Perú, ANSSA-PERU

Cuadro N° 7

MEDICOS EN LA SUBMUESTRA

**Relación entre la ubicación actual y el lugar
donde realizó sus estudios profesionales**

	IPSS			Ministerio			Sector Privado		
	Números absolut.	Números expand.	%	Números absolut.	Números expand.	%	Números absolut.	Números expand.	%
Región en don de estudió	94	1344	64.9	140	2258	62.9	318	5262	71.5
Nº región don de estudió	144	728	35.1	300	1329	37.1	374	2102	28.5
TOTAL:	238	2072	100	440	3597	100	692	7364	100

Tomado de: Informe Técnico N° 5, Recursos Humanos del Sector Salud del Perú, ANSSA-PERU

más del 60% de los médicos trabajan en la región donde han estudiado, y aquéllo, otra vez es más significativo en el caso de los que se dedican a la actividad privada. Del mismo modo, influye decididamente en la localización de estos profesionales el grado de urbanización alcanzado por los centros poblados. Donde existe, mayor electrificación, agua potable y otros servicios, sean estos públicos, financieros, comerciales, etc., existe mayor número de médicos. Es el caso por ejemplo de las capitales de departamento como ya se ha visto anteriormente.

2. Distribución de profesionales de salud por departamentos y áreas geográficas

La distribución de profesionales de la salud es de lo más inequitativa y sin duda nada tiene que ver con la situación de la salud vista en términos geográficos.

En el Cuadro N^o 8, que muestra la relación de profesionales por 10,000 habitantes, así como su evolución intercensal señala información interesante.

La concentración de médicos en Lima Metropolitana es más notoria que la de cualquier otra profesión, en comparación con otros departamentos. Por ejemplo, para el caso de las enfermeras, en Lima existe una menor proporción que en otros tres departamentos: Tacna, Moquegua y Arequipa.

Como se puede apreciar, el Cuadro ha sido ordenado de menor relación a mayor, y se aprecia la gran diferencia existente entre Huancavelica y Lima. Aquéllo es realmente notorio, pues el índice 7.24 médicos, para Perú, lo ubica en un lugar intermedio y aceptable a nivel de países latinoamericanos, pero el número de departamentos que están encima de ese promedio son sólo 5, en tanto que 21 de ellos está debajo de él. Otro dato interesante es la localización geográfica de los departamentos; vemos que en los lugares más altos se ubican departamentos típicamente costeros, en tanto que en el otro extremo se encuentran todos los serranos, donde sobresalen los del Trapecio Andino. En lugares intermedios se ubican los de la Selva.

Cuadro Nº 8

**EQUIPOS DE SALUD POR DEPARTAMENTO: PORCENTAJE
POR PROFESION DEL TOTAL DE RECURSOS
HUMANOS POR DEPARTAMENTO**

Departamento	Médicos	Químico- Farmac.	Enfermeros	Paraméd.	Total
Amazonas	12.78	3.76	7.89	75.19	100
Ancash	13.19	4.26	9.70	72.71	100
Apurímac	10.18	2.21	19.03	67.26	100
Arequipa	22.40	2.86	28.26	46.33	100
Ayacucho	12.20	3.59	20.57	62.44	100
Cajamarca	13.19	5.65	19.47	60.75	100
Callao	20.04	3.46	21.86	54.26	100
Cusco	13.13	2.44	26.74	56.94	100
Huancavelica	8.33	1.67	19.58	66.67	100
Huánuco	9.68	3.17	18.84	66.55	100
Ica	23.78	8.89	17.20	49.42	100
Junin	13.93	3.97	25.35	56.07	100
La Libertad	23.70	7.80	16.44	51.56	100
Lambayeque	17.72	4.48	18.38	58.71	100
Lima	28.54	5.70	17.79	47.91	100
Loreto	10.00	1.72	8.79	77.88	100
Madre de Dios	12.38	3.81	15.24	52.38	100
Moquegua	18.08	1.79	25.45	50.67	100
Pasco	11.57	2.06	21.34	60.15	100
Piura	16.22	3.61	15.16	64.05	100
Puno	10.14	1.43	19.63	66.48	100
San Martín	7.23	1.39	9.46	78.86	100
Tacna	20.20	3.60	30.00	41.60	100
Tumbes	16.41	5.13	12.31	53.85	100
Ucayali	10.17	2.98	7.94	72.70	100
No especifican	18.99	4.47	23.46	53.07	100
Extranjeros	50.00	23.81	11.90	14.29	100
TOTAL:	23.12	5.00	18.57	53.30	100

Fuente: INE. Censo Nacional 1981
Tabulados ANSSA-RRHH

Aspecto también trascendente, es la conformación de equipos de profesionales de la salud por médicos. El Cuadro Nº 9 ilustra al respecto. Allí se ha tratado de conformar la equivalencia existente de un médico por el otro número de profesionales de la salud existentes en el departamento y a partir de ello tratar de establecer, cuántos equipos existen por departamento, y habitantes por equipo entre otros.

Este análisis también muestra la irracionalidad de la distribución de profesionales de la salud, pues un número superior al promedio nacional de miembros por equipos (4.32) se da sólo en tres departamentos: Lima, La Libertad e Ica. En tanto que el resto de departamentos están debajo del promedio. En este caso sobresalen los departamentos la Selva. Otro indicador interesante, lo señala el número de habitantes por equipo; en este aspecto sobresale nítidamente la gran diferencia de Lima respecto al resto del país; pues el indicador es la mitad del promedio nacional. Aquí también los departamentos costeros están en nivel mejor al promedio, y siendo los de la Sierra, en especial Huancavelica los que se ubican al otro extremo.

La distribución de profesionales de la salud entre área rural y urbana es también totalmente desigual. En el Cuadro Nº 10 se ha tratado de efectuar esos cálculos. Para ello se ha agrupado a las provincias del Perú en cinco categorías, que van desde el más urbanizado hasta el área rural. Así CI representa Lima como provincia y CV área rural. Además, se han efectuado cálculos respecto a superficie por RRHH y Hab/RRHH. Es evidente la gran inequidad en la distribución de recursos. Así, mientras que Lima tiene la mayor densidad poblacional es, a su vez, el área que tiene menos habitantes por médico: 600, lo que de por sí es un indicador impresionante de concentración. Al otro extremo, en áreas menos densamente pobladas, área rural de CV, el número de habitantes por médicos sube 110,427. Visto a otro nivel, también se puede decir que un médico en CV área rural tiene que atender a un radio de 4,161.38 Km.²

De otro lado, en las áreas de salud rurales, como Canchis en Cusco y Chota en Cajamarca el número de habitantes por médico alcanza a 30,000, lo que de por sí señala la poca atención por parte del sector público que reciben los habitantes rurales.

Cuadro N° 9

EQUIPOS DE SALUD POR DEPARTAMENTO: TASA DE RRHH/MEDICO; NUMERO DE EQUIPOS; DENSIDAD POBLACIONAL; SUPERFICIE Y POBLACION POR EQUIPO, SEGUN DEPARTAMENTOS

Departamento	Médic.	Químicos Farmac.	Enferm.	Para- Médic.	Total	Equipos por Departamen.	Densidad (hab/km ²)	Superfic. por equi.	Habitant por equip
Amazonas	1	0.29	0.62	5.88	7.82	34	6.2	1214.62	7530.64
Ancash	1	0.32	0.74	5.51	7.58	189	22.3	194.00	4326.20
Apurímac	1	0.22	1.87	6.61	9.83	23	15.7	893.52	14028.26
Arequipa	1	0.13	1.26	2.07	4.46	626	11.1	101.48	1126.43
Ayacucho	1	0.29	1.69	5.12	8.20	51	11.4	866.31	9875.93
Cajamarca	1	0.43	1.48	4.61	7.58	84	27.7	450.07	12466.94
Callao	1	0.17	1.09	2.71	4.99	376	2996.0	0.39	1168.44
Cusco	1	0.19	2.04	4.34	7.61	140	10.9	545.44	5945.34
Huancavelica	1	0.20	2.35	8.00	12.00	20	14.8	1174.24	17378.75
Huánuco	1	0.33	1.95	6.87	10.33	55	14.0	628.44	8798.16
Ica	1	0.37	0.72	2.08	4.21	369	20.4	57.59	1174.84
Junin	1	0.29	1.82	4.02	7.18	249	19.6	174.24	3415.10
La Libertad	1	0.33	0.69	2.18	4.22	617	41.4	37.67	1559.54
Lambayeque	1	0.25	1.04	3.31	5.64	348	49.1	39.47	1937.98
Lima	1	0.20	0.62	1.68	3.50	7508	135.5	4.67	632.79
Loreto	1	0.17	0.88	7.79	10.00	99	1.3	3837.37	4988.58
Madre de Dios	1	0.31	1.23	4.23	8.08	13	0.4	6031.00	2412.40
Moquegua	1	0.10	1.41	2.80	5.53	81	6.5	193.94	1260.61
Pasco	1	0.18	1.84	5.20	8.64	45	9.0	523.67	4713.03
Piura	1	0.22	0.93	3.95	6.17	337	31.0	107.93	3345.83
Puno	1	0.14	1.93	6.55	9.86	92	13.2	732.46	9668.47
San Martín	1	0.19	1.31	0.90	13.83	52	6.1	1005.94	6136.23
Tacna	1	0.18	1.49	2.06	4.95	101	9.4	150.81	1417.61
Tumbes	1	0.31	0.75	3.28	6.09	32	22.4	144.72	3241.73
Ucayali	1	0.29	0.78	7.15	9.83	41	1.6	2500.44	4000.70
No especifican	1	0.24	1.24	2.79	5.26	34	NA	NA	NA
Extranjeros	1	0.48	0.24	0.29	2.00	42	NA	NA	NA
TOTAL:	1	0.22	0.80	2.30	4.32	11658	13.2	101.76	1343.23

Tomado de: Informe Técnico N° 5, Recursos Humanos del Sector Salud del Perú, ANSSA-PERU

CUADRO No. 10

RELACION RECURSOS HUMANOS, POBLACION Y SUPERFICIE POR CONGLOMERADOS.

INDICADORES	MEDICOS						QUIMICOS FARMACEUTICOS						ENFERMEROS						PARAMEDICOS					
	C.I	C.II	C.III	C.IV	C.V	TOTAL	C.I	C.II	C.III	C.IV	C.V	TOTAL	C.I	C.II	C.III	C.IV	C.V	TOTAL	C.I	C.II	C.III	C.IV	C.V	TOTAL
RRHH/10000hab total	17.02	11.23	4.03	2.12	0.46	6.90	3.30	2.74	1.00	0.55	0.10	1.46	10.74	10.46	5.45	2.43	0.80	5.57	27.01	20.34	15.36	10.65	3.70	15.77
urb	17.13	12.42	5.81	4.32	1.46	10.51	3.31	3.03	1.45	1.14	0.36	2.23	10.78	11.46	7.79	4.89	2.59	8.39	27.93	22.08	21.11	19.92	10.62	23.06
rur	2.87	0.65	0.15	0.13	0.09	0.15	1.44	0.16	0.02	0.03	0.00	0.03	4.89	1.63	0.34	0.20	0.15	0.26	12.36	4.88	2.77	2.27	1.17	2.16
RR.HH./1000 km2	2037.14	55.79	6.56	2.03	0.24	9.12	394.55	13.62	1.63	0.53	0.05	1.93	1285.45	51.99	8.88	2.32	0.42	7.35	3328.57	101.08	25.00	10.19	1.95	20.82
DENSIDAD (hab/km2)	1196.90	49.70	16.30	9.60	5.30	13.20	1196.90	49.70	16.30	9.60	5.30	13.20	1196.90	49.70	16.30	9.60	5.30	13.20	1196.90	49.70	16.30	9.60	5.30	13.20
SUPERF/RRHH (km2/rrhh)	0.49	17.92	152.33	492.55	4161.38	109.69	2.53	73.41	614.54	1888.95	19846.58	517.27	0.78	19.23	112.66	430.79	2377.93	136.10	0.30	9.89	40.01	98.14	513.96	48.02
HAB/RRHH total	588	891	2483	4728	22055	1448	3034	3649	10017	18134	105187	6828	931	956	1836	4136	12603	1796	360	492	652	942	2724	634
urb	584	805	1721	2313	6846	952	3021	3299	6907	8794	27911	4483	927	873	1283	2044	3860	1191	358	453	474	502	941	434
rural	3478	15370	67125	76694	110427	67969	6957	61482	503437	394425	N.A.	369580	2046	6148	29614	51129	68541	38398	809	2049	3609	4410	8531	4765

Tomado de: Informe Técnico N° 5, Recursos Humanos del Sector Salud del Perú, ANSSA-PERU

VII. RECURSOS FISICOS EN EL SECTOR SALUD

La oferta de infraestructura de establecimientos de salud en Perú, es brindada por tres tipos de instituciones. El sector público, Instituto Peruano de Seguridad Social y Sub-sector no Público. El sector público oferta establecimientos a través del Ministerio de Salud que ofrece hospitales de distinto nivel de complejidad, que se caracterizan por su función y jerarquía administrativa, especialidad, tamaño y localización, pudiendo ser especializado y general, regional, local y rural; centros de salud los que pueden ser, con o sin camas, urbano, rural o periurbano, y puestos de salud, que están localizados en barrios marginales y áreas rurales. De acuerdo a la red de derivación establecida por la administración de salud, cada uno de estos establecimientos cumplen funciones y servicios específicos. Estos locales están abiertos para toda la población: quienes pagan por el servicio el equivalente a los insumos utilizados. El sector público también lo hace a través de los establecimientos de la FF. AA. y FF.PP. instituciones que también presentan diversas jerarquías de centros distribuidos en todo el territorio nacional. Es relevante la ubicación de centros de salud rural de las FF.AA., donde además de sus miembros, puede acceder la población, sustituyendo en algunos casos a los servicios del Ministerio de Salud.

El sector público además, a través de varias empresas públicas, sobre todo de carácter minero, tienen hospitales y policlínicos, muchos de los cuales tienen mayor grado de complejidad que los del Ministerio; éstos ofrecen servicios a su personal y familiares. Finalmente, muchas instituciones públicas poseen servicio médico, los que pueden caracterizarse como puestos de salud.

El segundo tipo de institución que oferta establecimientos es la seguridad social que brinda atención fundamentalmente a asegurados, PEA ocupada, más a la esposa en maternidad y niños menores de un año. Ultimamente se ha extendido el servicio a hijos hasta 14 años, y se lo pretende extender a trabajadores del área rural e informales.

El sub-sector no público, lo hace a través de la práctica privada, aunque muchos de ellos son de carácter social y filantrópico, por lo que pueden ser subdivididos en las siguientes categorías: privados lucrativos, dirigidos a población de altos y medianos ingresos; de empresas mineras, SAIS y cooperativas, que ofrecen servicios gratuitos a trabajadores y familiares; y organizaciones privadas voluntarias, cuyos servicios de acuerdo a su especialización y localización: están orientados a una población de menores

recursos, quienes pagan tarifas simbólicas. En muchos casos estas instituciones complementan los servicios del Ministerio, especialmente en las áreas rurales.

La oferta de establecimientos de salud de estos tipos de institución puede verse en los datos siguientes:

<u>Sub-Sectores</u>	<u>Hosp.</u>	<u>%</u>	<u>Hosp.Func.</u>	<u>%</u>	<u>CS</u>	<u>%</u>	<u>PS</u>	<u>%</u>
Público	131	33.7	18,545	61.8	696	88.71	764	91.6
No Público	186	47.9	6,712	22.4	55	7.0	128	6.7
IPSS	21	5.4	4,730	15.8	34	4.3	33	1.7
TOTAL SECTOR:	388		29,987		785		1,925	

Del cuadro pueden extraerse algunas conclusiones significativas. El mayor número de hospitales o clínicas lo tiene el sub-sector privado, pero no así el número de camas. Aquello significa que existe una preferencia de las autoridades de salud de construir hospitales de gran magnitud. Así, el promedio de camas por hospital en el Ministerio, es de 141 en tanto que en el sub-sector privado es de sólo 36. Sin embargo, la cifra de 141 oculta la realidad a nivel del país, pues el promedio de camas en Lima Metropolitana por hospital es de 481, existiendo varios de más de 1000, lo que sin duda dificulta la administración.

El sector público tiene mayor número de centros y puestos de salud, lo que implica que existe una vocación de red de desviación de servicios, en tanto que el sub-sector que está menos desconcentrado es el IPSS, que aparentemente prefiere tener grandes hospitales y localizarlos en ciudades de mayor dimensión. La distribución geográfica de los establecimientos de salud en relación a la población residente aparece en el Cuadro N° 11.

Se aprecia una gran concentración de hospitales (38%) y camas hospitalarias (55%) a nivel de Lima Metropolitana, lo que no guarda relación con el tamaño poblacional que sólo alcanza al 30%. Sobresale en esta concentración de hospitales: las FF.AA. y PP. y el sub-sector privado que alcanza casi el 50%, empero en lo que se refiere a camas, todas las instituciones tienen porcentajes superiores al 50%.

La relación de población/cama hospitalaria, dá mayores luces sobre la inequidad de la distribución, como se aprecia en el Cuadro Nº 12. Se observa que el promedio nacional de población/cama es de 657, sobresañliendo Lima con una relación de 380 que es casi la mitad del promedio nacional y sólo existiendo 4 departamentos más por encima del promedio que son: Arequipa, Ica, Moquegua y Pasco. En el otro extremo sobresale nítidamente Cajamarca, 7,189 habitantes por cama, siguiendo en orden de importancia pero a una distancia significativa, Amazonas y Puno, en el rango de 2000.

Los datos hasta ahora mostrados indican una relación de inequidad, sin embargo, no muestran, si existe excesiva oferta o demanda de camas. Para analizar aquéello se presenta el Cuadro Nº 13, en donde se ha calculado la oferta multiplicando el número de camas por 365 y la demanda multiplicando la población por 5% y por 10 días. La primera cifra indica que el 5% de la población se enferma una vez al año y el 10, significa el promedio de días estancia por paciente. Igual cálculo se ha hecho con un promedio de días estancia de 5 días, tratando de reflejar una mejor eficiencia futura en la administración. Los resultados muestran información interesante. En conjunto, el país, considerando 10 días/cama promedio de estancia, tiene una oferta excesiva de camas, de 6,275. A nivel de las antiguas regiones de salud, sólo 5 de ellas tienen exceso de oferta: Lima, Ica, Arequipa y Callao; es decir, todas las de la Costa Sur.

Es interesante notar que el exceso de camas de Lima, es superior al exceso de camas a nivel del país, lo que de por sí, muestra la enorme concentración de este recurso. La realidad a nivel de las antiguas áreas hospitalarias es también significativa. En algunas de las regiones que en conjunto muestran déficit, algunas áreas que pueden ser consideradas sede de región también se dá mayor oferta; es el caso, por ejemplo, de Chimbote, Cusco, Jauja, Pasco e Iquitos. Es significativo el caso de Cusco e Iquitos, pues allí está por inaugurarse hospitales del IPSS. De otro lado, en las regiones donde hay exceso de oferta, en algunas de sus áreas, las más deprimidas se dá también déficit, por ejemplo: Lucanas, Castilla.

Si vemos los datos a nivel de 5 días como promedio de estancia (promedio alcanzado por otros países del área), la realidad es totalmente diferente. El país en conjunto tiene un exceso de 19,000 camas, y en todas las regiones, a excepción de Cajamarca, Ayacucho, Puno y Yurimaguas, se daría una mayor oferta. Estos datos están mostrando claramente, que si el gobierno decide tener una mejor administración de hospitales, la situación de la atención de la salud en estos establecimientos podría ser satisfactoria.

Cuadro Nº 12

**RED DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD POR DEPARTAMENTO
MINISTERIO DE SALUD 1985**

Departamento	Población	TOTAL PAIS				INDICADORES			MINISTERIO DE SALUD								
		Hosp.	Centros de Salud	Puestos de Salud	Hosp. en Func.	Pob./ Cama Hosp.	Pob./ CS	Pob./ PS	No.	HOSPITALES Camas		o/o Total Hosp.	Total Camas Hosp.	Centros de Salud	o/o Total	Puestos de Salud	o/o Total
A Amazonas	296,700	1	14	77	100	2,967	21,193	3,853	1	124	100	100.00	100.00	11	78.57	64	83.12
B Ancash	907,400	21	33	86	845	1,074	27,497	10,551	11	848	575	52.38	68.05	31	93.94	81	94.19
C Apurimac	354,900	2	16	56	185	1,918	22,181	6,338	2	215	185	100.00	100.00	11	68.75	55	98.21
D Arequipa	833,200	23	59	107	1,923	433	14,122	7,787	5	1,302	1,146	21.74	59.59	41	69.49	68	63.55
E Ayacucho	543,500	8	13	93	326	1,667	41,808	5,844	7	325	317	87.50	97.24	11	84.62	93	100.00
F Cajamarca	1,157,500	4	24	89	161	7,189	48,229	13,006	4	325	161	100.00	100.00	24	100.00	89	100.00
G Cusco	942,700	5	30	126	858	1,099	31,423	7,482	4	1,076	840	80.00	97.90	22	73.33	124	98.41
H Huancavelica	368,200	7	23	86	198	1,860	16,009	4,281	1	120	110	14.29	55.56	21	91.30	84	97.67
I Huanuco	546,900	7	14	83	418	1,308	39,064	6,589	3	325	341	42.86	81.58	10	71.43	83	100.00
J Ica	486,500	12	24	30	1,076	452	20,271	16,217	6	726	671	50.00	62.36	23	95.83	29	96.67
K Junin	988,700	22	37	135	1,303	759	26,722	7,324	8	883	735	36.36	56.41	37	100.00	133	98.52
L La Libertad	1,094,000	17	39	115	1,052	1,040	28,051	9,513	6	584	439	35.29	41.73	27	69.23	100	86.96
M Lambayeque	803,500	18	22	29	1,127	713	36,523	27,707	3	392	325	16.67	28.84	20	90.91	29	100.00
N Lima y Callao	6,246,400	130	221	199	16,449	380	28,264	31,389	28	8,602	8,060	21.54	49.00	179	81.00	125	62.81
O Loreto	574,900	10	35	112	754	762	16,426	5,133	3	626	299	30.00	39.66	13	37.14	96	85.71
P Madre de Dios	41,500	2	4	14	50	830	10,375	2,964	2	50	50	100.00	100.00	2	50.00	14	100.00
Q Moquegua	116,400	5	7	26	355	328	16,629	4,477	2	244	191	40.00	53.80	5	71.43	21	80.77
R Pasco	254,500	10	17	59	496	513	14,971	4,314	2	91	88	20.00	17.74	8	47.06	59	100.00
S Piura	1,297,800	16	51	94	1,119	1,160	25,447	13,806	3	491	404	18.75	36.10	36	70.59	93	98.94
T Puno	959,100	10	33	121	450	2,131	29,064	7,926	8	555	407	80.00	90.44	30	90.91	100	82.64
U San Martin	385,500	4	34	113	216	1,785	11,338	3,412	4	216	216	100.00	100.00	28	82.35	109	96.46
V Tacna	174,300	1	15	23	256	681	11,620	7,578	1	368	256	100.00	100.00	10	66.67	22	95.65
W Tumbes	123,400	1	11	29	92	1,341	11,218	4,255	1	124	92	100.00	100.00	6	54.55	19	65.52
X Ucayali	200,000	2	9	23	175	1,143	22,222	8,696	2	210	175	100.00	100.00	6	66.67	22	95.65
TOTALES	19,697,500	338	785	1,925	29,984	657	25,092	10,232	117	18,822	16,183	34.62	53.97	612	77.96	1,712	88.94

Fuentes: Oficina Sectorial de Estadística e Informática, Ministerio de Salud
Regiones de Salud, Ministerio de Salud
Proyecciones de Población por Departamentos, INE 1985

CUADRO No. 13

OFERTA Y DEMANDA POR CAMAS HOSPITALARIAS DEL SECTOR SALUD
1,985

REGION	CODIGO DE AREA	SEDE	DEMANDA POR CAMAS HOSPIT. (10 dias)	DEMANDA POR CAMAS HOSPIT. (5 dias)	OFERTA ANUAL DE CAMAS HOSP.	0 - 0 (10 dias)	0 - 0 (5 dias)	DEFICIT DE CAMAS (10 dias)	DEFICIT DE CAMAS (5 dias)
REGION I	01	TUMBES	59,700	29,850	33,580	26,120	(3,730)	72	(10):
PIURA	02	SULLANA	497,606	248,803	162,425	335,181	86,378	918	237 :
	03	PIURA	316,051	158,025	246,010	70,041	(87,985)	192	(241):
			873,357	436,678	442,015	431,342	(5,337)	1,182	(15):
REGION II	04	LAMBAYEQUE	412,412	206,206	411,355	1,057	(205,149)	3	(562):
CHICLAYO	05	JAEN	130,708	65,354	10,950	119,758	54,404	328	149 :
	06	AMAZONAS	144,637	72,318	36,500	108,137	35,818	296	98 :
			687,756	343,878	458,805	228,951	(114,927)	627	(315):
REGION III	07	CHOTA	173,274	86,637	21,900	151,374	64,737	415	177 :
CAJAMARCA	08	CAJAMARCA	259,451	129,726	25,915	233,536	103,811	640	284 :
			432,725	216,362	47,815	384,910	168,547	1,055	462 :
REGION IV	09	PACASMAYO	59,232	29,616	48,180	11,052	(18,564)	30	(51):
TRUJILLO	10	TRUJILLO	394,180	197,090	323,755	70,425	(126,665)	193	(347):
	11	HUAMACHUCO	72,845	36,423	12,045	60,800	24,378	167	67 :
			526,256	263,128	383,990	142,276	(120,852)	390	(331):
REGION V	12	CHIMBOTE	173,435	86,718	178,120	(4,685)	(91,403)	(13)	(250):
HUARAZ	13	POMABAMBA	38,234	19,117	10,950	27,284	8,167	75	22 :
	14	HUARAZ	253,068	126,534	119,355	133,713	7,179	366	20 :
			464,736	232,368	308,425	156,311	(76,057)	428	(208):
REGION VI	17-22	RIMAC*	2,032,845	1,016,422	4,424,165	(2,391,321)	(3,407,743)	(6,552)	(9,336):
LIMA	23-24	CHOSICA	79,350	39,675	301,490	(222,140)	(261,815)	(609)	(717):
	25	CANETE	90,021	45,010	58,400	31,621	(13,390)	87	(37):
			2,202,215	1,101,108	4,784,055	(2,581,840)	(3,682,948)	(7,074)	(10,090):
REGION VII	26	CHINCHA	78,424	39,212	455,885	(377,461)	(416,673)	(1,034)	(1,142):
ICA	27	PISCO	157,524	78,762	319,375	(161,851)	(240,613)	(443)	(659):

CUADRO No. 13

OFERTA Y DEMANDA POR CAMAS HOSPITALARIAS DEL SECTOR SALUD
1,985

REGION	CODIGO DE AREA	SEDE	DEMANDA POR CAMAS HOSPIT. (10 dias)	DEMANDA POR CAMAS HOSPIT. (5 dias)	OFERTA ANUAL DE CAMAS HOSP.	D - 0 (10 dias)	D - 0 (5 dias)	DEFICIT DE CAMAS (10 dias)	DEFICIT DE CAMAS (5 dias)
	28	LUCANAS	112,667	56,334	32,850	79,817	23,484	219	64
			348,615	174,308	808,110	(459,495)	(633,803)	(1,259)	(1,736)
:REGION VIII	29	CASTILLA	37,842	18,921	27,375	10,467	(8,454)	29	(23)
:AREQUIPA	30	CAMANA	30,539	15,269	47,085	(16,547)	(31,816)	(45)	(87)
	31	AREQUIPA	311,239	155,619	481,435	(170,197)	(325,816)	(466)	(893)
	32	ISLAY	24,681	12,341	146,000	(121,319)	(133,660)	(332)	(366)
			404,300	202,150	701,895	(297,595)	(499,745)	(815)	(1,369)
:REGION IX	33	MOQUEGUA	56,500	28,250	129,575	(73,075)	(101,325)	(200)	(278)
:TACNA	34	TACNA	83,700	41,850	93,440	(9,740)	(51,590)	(27)	(141)
			140,200	70,100	223,015	(82,815)	(152,915)	(227)	(419)
:REGION X	35	PUNO	194,831	97,415	104,755	90,076	(7,340)	247	(20)
:PUNO	36	SAN ROMAN	136,096	68,048	24,820	111,276	43,228	305	118
	37	AZANGARO	92,237	46,118	6,570	85,667	39,548	235	108
	38	MELGAR	50,187	25,094	28,105	22,082	(3,012)	60	(8)
			473,350	236,675	164,250	309,100	72,425	847	198
:REGION XI	39	CANCHIS	135,175	67,587	23,725	111,450	43,862	305	120
:CUZCO	40	MADRE DE DIOS	17,478	8,739	18,250	(772)	(9,511)	(2)	(26)
	41	CUZCO 1	123,481	61,740	126,655	(3,175)	(64,915)	(9)	(178)
	42	CUZCO 2	97,311	48,656	116,070	(18,759)	(67,415)	(51)	(185)
	43	LA CONVENCION	88,381	44,191	46,720	41,661	(2,530)	114	(7)
	44	ABANCAY	74,707	37,354	45,625	29,082	(8,272)	80	(23)
	45	ANDAHUAYLAS	79,872	39,936	21,900	57,972	18,036	159	49
			616,404	308,202	398,945	217,459	(90,743)	596	(249)
:REGION XII	46	AYACUCHO	231,638	115,819	91,615	140,023	24,204	384	66
:AYACUCHO									
:REGION XIII	47	HUANCAVELICA	90,863	45,432	61,320	29,543	(15,889)	81	(44)
:HUANCAYO	48	HUANCAYO	267,999	133,999	148,190	119,809	(14,191)	328	(39)

CUADRO No. 13

OFERTA Y DEMANDA POR CAMAS HOSPITALARIAS DEL SECTOR SALUD
1,985

REGION	CODIGO DE AREA	SEDE	DEMANDA POR CAMAS HOSPIT. (10 dias)	DEMANDA POR CAMAS HOSPIT. (5 dias)	OFERTA ANUAL DE CAMAS HOSP.	D - O (10 dias)	D - O (5 dias)	DEFICIT DE CAMAS (10 dias)	DEFICIT DE CAMAS (5 dias)
	49	JAUJA	100,293	50,147	221,555	(121,262)	(171,409)	(332)	(470)
	50	TARMA	57,865	28,983	43,800	14,165	(14,818)	39	(41)
	51	SELVA CENTRAL	129,567	64,793	64,970	64,597	(187)	177	(1)
	52	JUNIN	15,863	7,931	9,125	6,738	(1,194)	18	(3)
			662,549	331,274	548,960	113,589	(217,686)	311	(596)
REGION XIV	53	PASCO	92,176	46,088	168,995	(76,820)	(122,907)	(210)	(337)
HUANUCO	54	HUANUCO	174,571	87,286	71,175	103,396	16,111	283	44
	55	LA UNION	28,620	14,310	29,200	(580)	(14,890)	(2)	(41)
	56	TINGO MARIA	47,573	23,787	52,195	(4,622)	(28,409)	(13)	(78)
	57	PUCALLPA	97,200	48,600	63,875	33,325	(15,275)	91	(42)
			440,140	220,070	385,440	54,700	(165,370)	150	(453)
REGION XV	58	HUALLAGA	61,475	30,737	9,855	51,620	20,882	141	57
MOYOBAMBA	59	SAN MARTIN	75,503	37,751	49,275	26,228	(11,524)	72	(32)
	60	MOYOBAMBA	48,773	24,387	19,710	29,063	4,677	80	13
			185,750	92,875	78,840	106,910	14,035	293	38
REGION XVI	61	YURIMAGUAS	48,629	24,315	23,360	25,269	955	69	3
IQUITOS	62	IQUITOS	231,271	115,636	251,850	(20,579)	(136,215)	(56)	(373)
			279,900	139,950	275,210	4,690	(135,260)	13	(371)
REGION XVII	15/16	CHANCAY	220,820	110,410	310,980	(90,160)	(200,570)	(247)	(550)
CALLAO	18	CALLAO	221,707	110,853	531,805	(310,099)	(420,952)	(850)	(1,153)
			442,527	221,263	842,785	(400,259)	(621,522)	(1,097)	(1,703)
			9,412,415	4,706,207	47,526.13	6,996.66	6,275	19,168	

Otro aspecto interesante a analizar es la distribución de establecimientos de salud en función de la red de derivación, considerando especialmente a Centros y Puestos a nivel en todo el territorio peruano. Una distribución de ello se presenta en el Cuadro N^o 14, en el que aparecen diversas relaciones que señalan datos muy interesantes.

En primer lugar, es claro notar que un mayor número de centros de salud existen alrededor de hospitales localizados en las anteriores sedes de las regiones de salud, sobresaliendo en este aspecto Lima, que cuenta con el mayor número, en cambio en las áreas más rurales existen menos establecimientos de esta naturaleza, situación un tanto similar sucede con la localización de postas de salud. En este caso no son tampoco las áreas rurales donde existen mayor número de establecimientos, sino en las áreas intermedias y en algunos casos en los centros urbanos más importantes. Sin embargo, una descripción de esta naturaleza puede llevar a engaño, pues no se consideraría en el análisis el tamaño poblacional y extensión del territorio. Por ello se ha calculado las relaciones Centros y Puestos de Salud sobre densidad poblacional. Estos indicadores señalan datos sorprendentes. En primer término, entre los índices de centros y puestos más bajos se encuentran las áreas rurales como Tumbes, Jaén, Chota, Pacasmayo, Pomabamba, entre otros. Sin embargo, lo sorprendente está en los índices que corresponden a Lima, señalado como Rímac en el Cuadro; éstos son los más bajos, lo que indica que es el ámbito geográfico donde urge construir un gran número de estos establecimientos. Esta es una de las razones por la cual la población satura los hospitales. Es paradójico constatar que Lima tiene una sobre oferta de camas y un gran déficit de establecimientos para atención primaria.

Otro análisis interesante que se puede efectuar con estos índices es una distribución en deciles. Los resultados aparecen en los Gráficos Nos. 1 y 2. Se observa en lo que se refiere a centros, que en los dos primeros deciles, los más bajos, se encuentran 42 áreas de salud, o sea el 76% de ellas y en relación a puestos de salud 30 áreas se encuentran en el primer decil o sea el 55% de estos establecimientos. Aquello está señalando la pésima distribución de la infraestructura primaria en el territorio. Es pertinente señalar que de los datos que aparecen en los cuadros presentados es posible extraer otras conclusiones muy útiles para tomar decisiones de política.

No está demás mencionar que el hecho que exista gran cantidad de hospitales y camas, no significa que exista eficiencia en su administración en tanto mantenimiento y servicios.

Cuadro Nº 14

RED DE ESTABLECIMIENTOS DE SALUD POR AREAS HOSPITALARIAS
Y REGIONES DE SALUD - SECTOR SALUD - 1985

REGION	CODIGO DE AREA	SEDE	POBLACION 1985 (Proyectada por el INE)	SUPERFICIE (km ²)	Pop./ km ²	HOSPITALES										CENTROS PUESTOS		INDICADORES							
						CAMAS		TIPO 1		TIPO 2		TIPO 3		TIPO 4		DE SALUD	DE SALUD	PS/CS	Camas/CS	Camas/PS	CS/Pop./km ²	PS/Pop./km ²	Pop./Cama mil	Camas/Hosp. hab.	
						Hosp.	Plan. En Func.	No.	Camas	No.	Camas	No.	Camas	No.	Camas	No.	Camas								
REGION I	01	TUMBES	119,400	4,731.52	25.24	1	124	92	0	0	1	92	0	0	0	0	11	29	2.64	8.36	3.17	0.44	1.15	1,298	0.77
PIURA	02	SULLANA	995,212	16,703.10	59.58	7	388	445	4	110	3	335	0	0	0	0	30	41	1.37	14.83	10.85	0.50	0.69	2,236	0.45
	03	PIURA	632,101	21,907.74	28.85	9	688	674	5	127	2	151	2	396	0	0	21	53	2.52	32.10	12.72	0.73	1.84	938	1.07
			1,746,713	43,342.36	40.30	17	1,200	1,211	9	237	6	578	2	396	0	0	62	123	1.98	19.55	9.85	1.54	3.05	1,442	0.69
REGION II	04	LAMBAYEQUE	824,824	15,377.41	53.64	18	1,319	1,127	13	265	3	206	1	234	1	422	22	33	1.50	51.23	34.15	0.41	0.62	732	1.37
CHICLAYO	05	JAEN	261,415	10,257.94	25.48	1	30	30	1	30	0	0	0	0	0	0	3	25	8.33	10.00	1.20	0.12	0.98	8,714	0.11
	06	AMAZONAS	289,273	41,297.12	7.00	1	124	100	0	0	1	100	0	0	0	0	14	74	5.29	7.14	1.35	2.00	10.56	2,893	0.35
			1,375,512	66,932.47	20.55	20	1,473	1,257	14	295	4	306	1	234	1	422	39	132	3.38	32.23	9.52	1.91	6.42	1,094	0.91
REGION III	07	CHOTA	346,547	7,698.56	45.01	1	126	60	0	0	1	60	0	0	0	0	8	20	2.50	7.50	3.00	0.18	0.44	5,776	0.17
CAJAMARCA	08	CAJAMARCA	518,902	16,747.76	30.98	2	169	71	2	71	0	0	0	0	0	0	14	46	3.29	5.07	1.54	0.45	1.48	7,308	0.14
			865,449	24,446.32	35.40	3	295	131	2	71	1	60	0	0	0	0	22	66	3.00	5.95	1.98	0.62	1.86	6,606	0.15
REGION IV	09	PACASHAYO	118,463	2,057.85	57.57	2	250	132	1	42	1	90	0	0	0	0	4	16	4.00	33.00	8.25	0.07	0.28	897	1.11
TRUJILLO	10	TRUJILLO	788,359	13,510.36	58.35	14	883	887	9	271	4	402	1	214	0	0	32	67	2.09	27.72	13.24	0.55	1.15	889	1.13
	11	HUAMACHUCO	145,690	6,244.16	23.33	1	40	33	1	33	0	0	0	0	0	0	2	26	13.00	16.50	1.27	0.09	1.11	4,415	0.23
			1,052,512	21,812.37	48.25	17	1,173	1,052	11	346	5	492	1	214	0	0	38	109	2.87	27.68	9.65	0.79	2.26	1,000	1.00

(Continuación Cuadro Nº 14)

REGION	CODIGO DE AREA	SEDE	POBLACION 1985 (Proyectada por el INE)	SUPERFICIE (km ²)	Pot. / km ²	HOSPITALES								CANTIDAD PUESTOS				INDICADORES							
						CAMAS			TIPO 1	TIPO 2	TIPO 3	TIPO 4	DE SALUD	DE SALUD	PS/PS	Camas/ CS	Camas/ PS	CS/Pob. / /km ²	PS/Pob. / /km ²	Pob. / Casa	Camas/ Hosp				
						No.	Plan	En	No.	No.	No.	No.	No.	No.	No.	No.	No.	No.	No.	No.	No.				
						Hosp.	Func.	Func.	No. Camas	No. Camas	No. Camas	No. Camas	No. Camas	No. Camas	No. Camas	No. Camas	No. Camas								
REGION V HUARAZ	12	CHIMBOTE	346,870	12,217.10	28.39	10	805	488	7	143	2	205	1	140	0	0	12	26	2.17	40.67	18.77	0.42	0.92	711	1.41
	13	PUNABAMBRA	76,467	3,820.08	20.02	1	30	30	1	30	0	0	0	0	0	0	4	8	2.00	7.50	3.75	0.20	0.40	2,549	0.39
	14	HUARAZ	506,135	26,196.84	19.52	16	361	327	9	191	1	136	0	0	0	0	18	52	2.09	18.17	6.29	0.93	2.69	1,548	0.65
			929,472	42,236.02	22.61	27	1,196	845	17	364	3	341	1	140	0	0	34	86	2.53	24.85	9.83	1.54	3.91	1,100	0.91
REGION VI LIMA	17	ZARUMILLA	4,065,689	3,701.68	1,096.54	22	12,735	12,121	38	593	15	1,366	6	1,162	13	9,060	168	26	0.24	112.23	466.19	0.10	0.02	335	2.98
	25	ZACHARISTICA	158,790	4,487.41	35.37	13	888	826	8	124	4	337	0	0	1	305	19	89	1.82	16.86	9.28	1.39	2.52	192	5.20
	25	CANTO	180,041	11,029.34	16.32	3	192	163	2	60	1	139	0	0	0	0	11	23	2.09	14.55	6.96	0.67	1.41	1,125	0.89
			4,404,430	19,218.43	229.18	38	13,815	13,107	48	777	20	1,863	6	1,162	14	9,365	168	138	0.82	78.02	94.98	0.73	0.60	336	2.98
REGION VII ICA	26	CHINCHA	156,848	5,997.19	26.15	22	1,426	1,249	14	353	8	896	0	0	0	0	6	15	2.50	208.17	83.27	0.23	0.57	126	7.96
	27	PISCO	315,048	16,638.13	18.94	12	930	875	7	109	3	355	2	411	0	0	23	52	2.26	38.04	16.83	1.21	2.75	360	2.78
	28	LUCANAS	225,334	34,197.98	6.59	4	119	90	4	90	0	0	0	0	0	0	3	30	10.00	30.00	3.00	0.46	4.55	2,504	0.40
			697,230	56,833.29	12.27	38	2,475	2,214	25	552	11	1,251	2	411	0	0	32	97	3.03	69.19	22.62	2.61	7.91	315	3.18
REGION VIII AREQUIPA	29	CASTILLA	75,684	17,794.39	4.25	4	97	75	4	75	0	0	0	0	0	0	17	20	1.18	4.41	3.75	4.00	4.70	1,009	0.99
	30	CAYAMA	61,077	17,582.63	3.47	6	129	129	5	74	1	55	0	0	0	0	7	20	2.86	18.43	6.45	2.02	5.76	473	2.11
	31	AREQUIPA	622,477	23,157.10	26.88	18	1,483	1,319	6	114	1	100	2	472	1	633	33	59	1.79	39.97	22.36	1.23	2.19	472	2.12
	32	ISLAY	49,362	4,993.50	9.89	3	400	400	1	10	1	140	1	250	0	0	2	7	3.50	200.00	57.14	0.20	0.71	123	8.10
			808,600	63,528	12.73	23	2,109	1,923	12	198	3	295	3	722	1	633	59	106	1.80	32.59	18.14	4.64	8.33	420	2.38
REGION IX TACNA	33	MOQUEGUA	113,000	15,709.35	7.19	5	428	355	1	20	4	335	0	0	0	0	7	26	3.71	50.71	13.65	0.97	3.61	318	3.14
	34	TACNA	167,400	15,231.93	10.99	1	368	256	0	0	0	0	1	256	0	0	15	23	1.53	17.07	11.13	1.36	2.09	654	1.53
			280,400	30,941	9.06	6	796	611	1	20	4	335	1	256	0	0	22	49	2.23	27.77	12.47	2.43	5.41	459	2.18
REGION X	35	PUNO	389,661	16,586.32	23.49	5	344	267	4	93	0	0	1	194	0	0	8	48	6.00	35.88	5.98	0.34	2.04	1,358	0.74

PAG. 2
(Continuación Cuadro N° 14)

REGION	CODIGO DE AREA	SEDE	POBLACION 1985 (Proyectada por el INE)	SUPERFICIE (km. 2)	Pob. / km. 2	HOSPITALES								INDICADORES											
						CAMAS		TIPO 1	TIPO 2	TIPO 3	TIPO 4	CENTROS DE SALUD		PS/CS	Camas/CS	Camas/PS	CS/Pob. / km. 2	PS/Pob. / km. 2	Pob. / Cama Hosp.	Cama/Hab.					
						No. Hosp.	Plan. En func.	No. Camas	No. Camas	No. Camas	No. Camas	DE SALUD	DE SALUD												
PIURA	36	SAN ROMAN	272,192	12,273.10	22.18	3	113	68	2	16	1	52	0	0	0	0	7	37	4.57	9.71	2.13	0.32	1.44	4,003	0.25
	37	AZANGARO	184,473	18,936.13	9.74	1	52	18	1	18	0	0	0	0	0	0	6	30	5.00	3.00	0.60	0.62	3.08	10,249	0.10
	38	MELGAR	100,374	19,590.61	5.12	1	100	77	0	0	1	77	0	0	0	0	12	11	0.92	6.42	7.00	2.34	2.15	1,304	0.77
			946,700	67,386.16	14.05	10	609	450	7	127	2	129	1	194	0	0	33	121	3.67	13.64	3.72	2.35	8.61	2,104	0.48
REGION XI CUSCO	39	CANCHIS	270,349	16,478.60	16.41	1	70	65	0	0	1	65	0	0	0	0	7	25	3.57	9.29	2.60	0.43	1.52	4,159	0.24
	40	MADRE DE DIOS	34,956	54,025.48	0.65	2	50	50	2	50	0	0	0	0	0	0	4	12	3.00	12.50	4.17	6.18	18.55	699	1.43
	41	CUSCO 1	246,961	33,210.63	7.44	1	366	347	0	0	0	0	0	0	1	47	11	3.36	31.55	9.38	1.48	4.98	712	1.41	
	42	CUSCO 2	194,622	13,361.65	14.57	2	518	318	1	18	0	0	1	300	0	0	11	39	3.55	28.91	8.15	0.76	2.68	612	1.63
	43	LA COMENCIOM	176,762	40,121.62	4.41	1	140	128	0	0	1	128	0	0	0	0	1	33	0.00	128.00	3.08	0.75	7.49	1,381	0.72
	44	AREHUAY	149,414	12,587.43	11.87	1	150	125	0	0	1	125	0	0	0	0	7	35	5.00	17.86	3.57	0.59	2.95	1,195	0.84
	45	ANDAHUAYLAS	159,743	5,536.75	28.85	1	65	60	0	0	1	60	0	0	0	0	8	17	2.13	7.50	3.53	0.28	0.59	2,662	0.80
		1,232,807	175,322.16	7.03	9	1,359	1,093	3	68	4	378	1	300	1	347	49	198	4.04	22.31	5.52	6.92	28.16	1,129	0.69	
REGION XII AYACUCHO	46	AYACUCHO	463,275	17,917.73	25.86	5	234	251	4	113	1	138	0	0	0	0	11	57	5.18	22.82	4.40	0.43	2.20	1,846	0.54
REGION XIII HUANCAYO	47	HUANCAYO	181,726	7,139.18	25.45	4	186	168	3	58	1	110	0	0	0	0	8	37	4.63	21.00	4.54	0.31	1.45	1,062	0.92
48	HUANCAYO	535,997	11,131.55	48.15	7	420	406	5	126	2	200	0	0	0	0	28	62	2.21	14.50	6.55	0.58	1.29	1,620	0.76	
49	JALCA	200,586	6,482.50	30.94	9	508	607	6	104	1	149	2	354	0	0	9	34	3.78	67.44	17.85	0.29	1.10	330	3.03	
50	TARMA	115,930	3,104.54	37.34	1	257	120	0	0	1	120	0	0	0	0	4	11	2.75	30.00	10.91	0.11	0.29	966	1.94	
51	SELVA CENTRAL	259,133	42,251.04	6.13	5	158	178	4	88	1	90	0	0	0	0	9	74	8.22	19.78	2.41	1.47	12.07	1,456	0.89	
52	JUNIN	31,725	2,090.99	15.17	1	50	25	1	25	0	0	0	0	0	0	1	6	6.00	25.00	4.17	0.07	0.40	1,269	0.79	
		1,325,097	72,199.80	18.35	27	1,659	1,504	19	401	6	749	2	354	0	0	59	224	3.80	25.49	6.71	3.21	12.20	881	1.14	
REGION XIV HUANUCO	53	PASCO	184,351	6,416.93	28.73	9	515	463	5	157	4	306	0	0	0	0	12	27	2.25	38.58	17.15	0.42	0.94	398	2.51
54	HUANUCO	349,142	22,738.35	15.35	3	170	195	2	25	0	0	1	170	0	0	8	30	3.75	24.38	6.50	0.52	1.95	1,790	0.56	
55	LA UNION	57,240	1,863.05	30.72	3	92	80	3	80	0	0	0	0	0	0	2	31	15.50	40.00	2.58	0.07	1.01	716	1.40	
56	TINGO MARIA	95,146	4,395.46	21.65	1	155	143	0	0	1	143	0	0	0	0	2	18	9.00	71.50	7.94	0.09	0.83	665	1.50	
57	PUCALLPA	194,400	102,517.18	1.90	2	210	175	1	40	1	135	0	0	0	0	9	25	2.78	19.44	7.00	4.75	13.18	1,111	0.90	

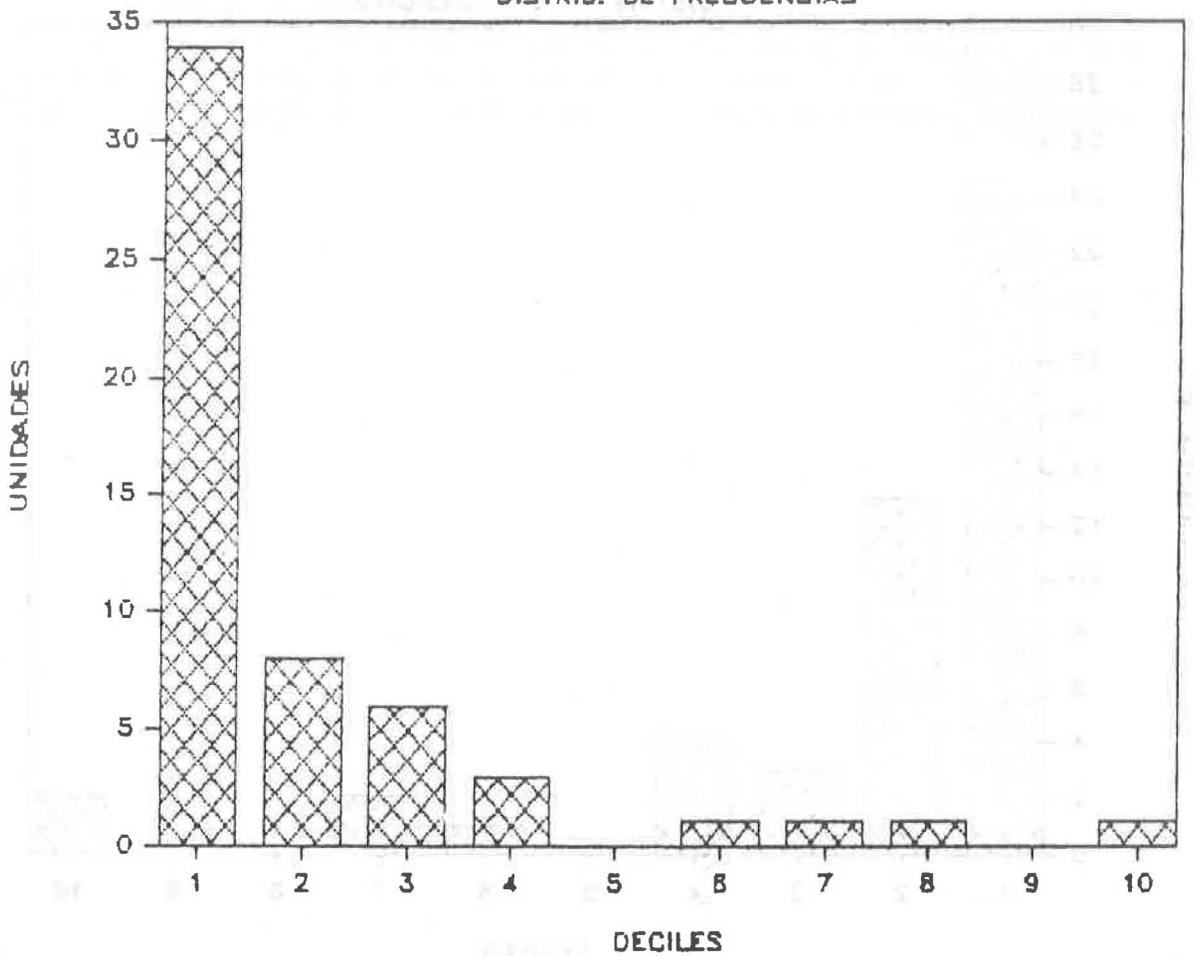
(Continuación Cuadro N° 14)

REGION	CÓDIGO DE AREA	SEDE	Población 1995 (Proyectada por el INE)	SERVICIO (km. 2)	Pob. / km. 2	HOSPITALES								INDICADORES															
						CASOS		TIPO 1		TIPO 2		TIPO 3		TIPO 4		CENTROS DE SALUD		PS/US		Camas/CS		Camas/PS		CS/Pob. / km. 2		PS/Pob. / km. 2		Pob. / Camas Hosp. mil. hab.	
						No. Hosp.	Plan. En func.	No.	Camas	No.	Camas	No.	Camas	No.	Camas	No.	Camas	DE	DE	PS/US	Camas/CS	Camas/PS	CS/Pob. / km. 2	PS/Pob. / km. 2	Pob. / Camas Hosp. mil. hab.	Camas/PS			
			880,279	157,930.97	6.38	18	1,142	1,056	11	302	6	504	1	170	0	0	33	131	3.97	32.00	8.06	5.17	20.53	854	1.20				
REGION XV	58	HUALLAGA	129,949	32,477.60	3.79	1	27	27	1	27	0	0	0	0	0	0	7	23	3.29	3.86	1.17	1.05	6.08	4,554	0.22				
REGION XV	59	SAN MARTIN	151,005	15,811.50	10.67	1	135	135	0	0	1	135	0	0	0	0	18	73	4.06	7.50	1.25	1.65	6.70	1,119	0.89				
	60	MOTILIMBA	97,546	5,969.90	16.34	2	54	54	2	54	0	0	0	0	0	0	9	18	2.00	6.00	3.00	0.55	1.10	1,846	0.55				
			371,500	52,999.20	7.10	4	216	216	3	61	1	135	0	0	0	0	34	114	3.35	6.35	1.89	4.77	16.05	1,720	0.58				
REGION XVI	61	TURINACAS	97,258	67,196.97	1.45	2	56	64	1	6	1	30	0	0	0	0	5	26	5.20	12.00	2.46	3.45	17.94	1,520	0.66				
REGION XVI	62	TANTOS	462,542	312,793.04	1.48	8	1,018	690	3	40	3	233	2	409	0	0	32	87	2.72	21.56	7.93	21.64	58.83	670	1.49				
			559,800	379,990.06	1.47	10	1,074	754	4	54	4	263	2	409	0	0	37	113	3.05	20.38	6.67	25.11	76.69	742	1.35				
REGION XVII	15/16/17/18/19	CAYLASH	441,640	12,011.51	34.47	11	932	852	6	109	3	267	2	476	0	0	24	52	2.17	36.50	16.30	0.70	1.51	510	1.93				
			443,413	147.85	2,999.07	11	2,229	1,457	9	250	0	0	6	0	2	1,017	79	9	0.51	50.24	161.89	0.01	0.00	314	3.27				
			885,053	12,959.36	68.27	22	3,161	2,309	15	359	3	267	2	476	2	1,017	53	61	1.15	43.57	37.85	0.78	0.69	383	2.61				
			18,024,829	1,785,215.60	14.63	378	51,906	29,964	209	4440	84	812	26	5430	19	11914	765	1,925	2.45	30.70	15.59	55.59	131.42	626	1.59				

Tomado de: Informe Técnico N° 4, Recursos Físicos del Sector Salud del Perú, ANSSA-PRRU

GRAFICO 1

CENTROS DE SALUD / DENS. POB. DISTRIB. DE FRECUENCIAS

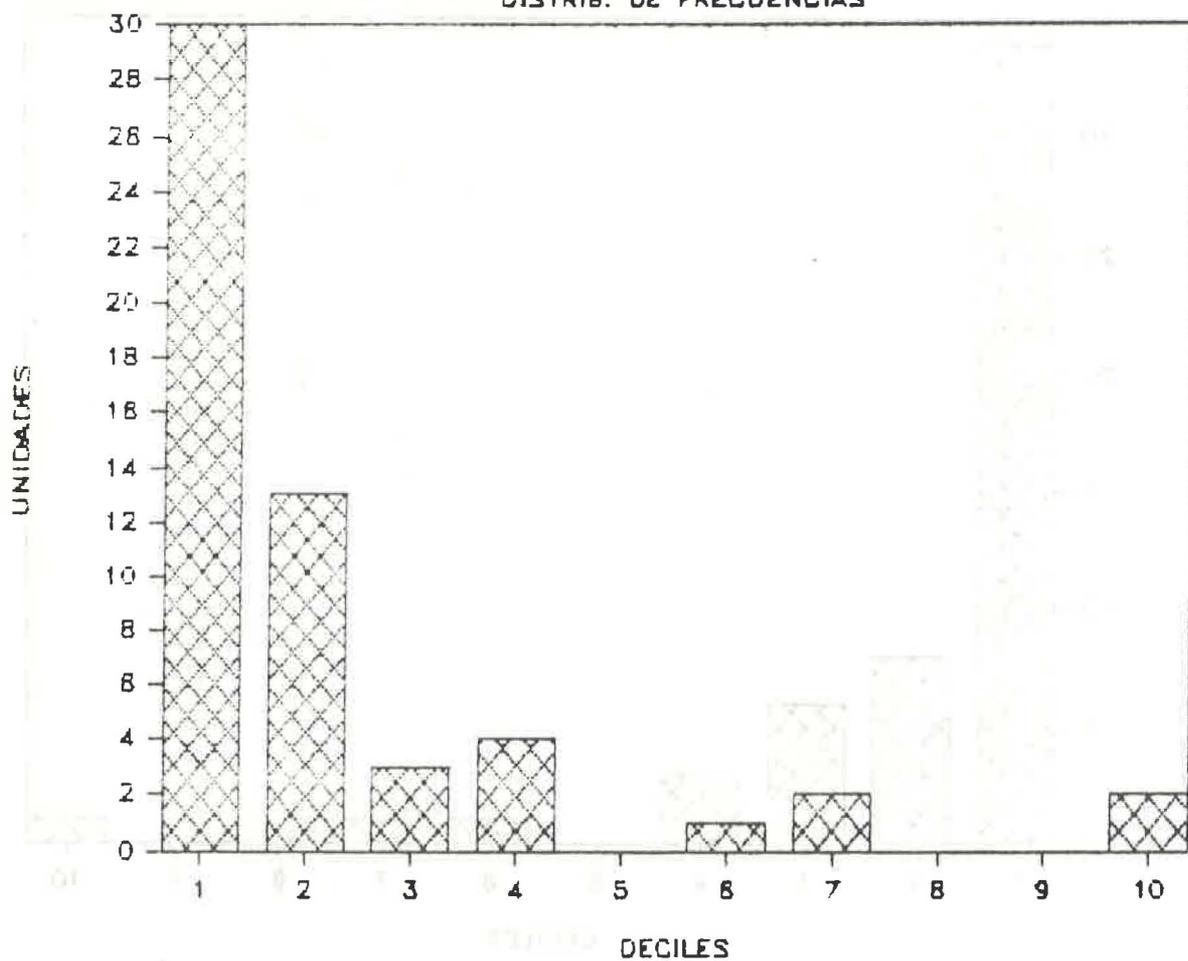


REFERENCIA: CUADRO No. 5A

GRAFICO 2

PUESTOS DE SALUD / DENS. POB.

DISTRIB. DE FRECUENCIAS



REFERENCIA: CUADRO No. 5B

De diversas encuestas realizadas al respecto, se puede inferir claramente que el conjunto de establecimientos públicos muestran un deterioro del 50%. Aquello puede llevar a concluir fácilmente que se está trabajando a un 50% de la capacidad debido también al deterioro de los equipos, los que son de difícil reparación por la gran diversidad de marcas existentes, y a la no oportunidad de los insumos para análisis y operaciones quirúrgicas.

VIII. FINANCIAMIENTO DE SERVICIOS DE SALUD

Como ya se ha indicado en capítulos anteriores, en la provisión de servicios de salud, actúan tres diferentes tipos de instituciones: Sector Público, que incluye al Ministerio de Salud, FF.AA. y PP. y diversas empresas e instituciones administrativas; el IPSS; y, el Sub-sector privado que actúa a través de la medicina privada, departamentos médicos de empresas, cooperativas y SAIS y organizaciones sin fines de lucro.

Tratar de estimar el financiamiento comprometido por todas estas instituciones en la prestación de servicios no es una tarea fácil, sobre todo, en lo que se refiere al Sub-sector privado. Veamos, lo que gasta el Estado-Ministerio de Salud e IPSS, en sus sistemas de salud se encuentra en sus respectivos presupuestos, por lo que es dable poder efectuar análisis sobre su comportamiento. No así lo que corresponde a las FF. AA. y PP. y otras instituciones ejecutivas (empresas, ministerios, etc.). En lo que se refiere a las primeras, sus gastos en salud, en muchos casos, están considerados como gastos de seguridad o defensa, y en las otras, el gasto se confunde o está inmerso entre todo el presupuesto de las respectivas instituciones.

Sobre el Sub-sector privado, materialmente no existen cifras o registros financieros sobre su actividad. Tratar de estimar el comportamiento o magnitud de estos recursos puede ser visto por el lado del ingreso de los agentes prestadores de los servicios de salud, o por el gasto en que incurren las personas, familias o instituciones. Ambas tareas son difíciles en el primer caso debido a que existe gran renuencia de estos agentes económicos por manifestar sus ingresos y, por el otro lado, no se han efectuado aun encuestas nacionales que ilustren al respecto. Empero, la ENNSA es un primer intento, aunque su diseño no ha sido hacia ese fin exclusivo, por tanto la confiabilidad de los datos no es óptima.

Sin embargo, la dificultad de los datos no ha sido óbice para que en ANSSA, se intente análisis coherentes que si bien no señalan cifras exactas, si manifiestan comportamientos claros y magnitudes de la actividad de cada sub-sector. Como se ha señalado, los gastos del M.S. e IPSS son claros, por lo que se puede analizar su comportamiento, en tanto que para el sub-sector privado se inferirá su dinámica a través de cifras de producción consignadas en las Cuentas Nacionales.

No está demás señalar que el recurso financiero es el aspecto central para que los otros factores o bienes de producción de la salud, -recursos humanos, infraestructura, medicinas, etc.- pueden operar y por tanto producir servicios de salud que la población demanda. Dicho esto se procederá a exponer cómo han sido los ingresos y gastos del Ministerio de Salud e IPSS en los últimos años y luego cómo se ha comportado la actividad privada.

Es frase común en los conocedores de la situación de la salud del Perú que el Estado, como resultado de la crisis que afecta al país, ha dado menor atención o lo ha hecho de manera deficiente, a la oferta de servicios de salud. Aquello, sin duda es cierto, pero es una frase que merece ser calificada con mayor exactitud, para obtener una visión clara de su magnitud.

En efecto, durante los últimos 5 años, en términos financieros, tanto MS como el IPSS obtuvieron en cifras reales menores ingresos y, por tanto, su capacidad de gasto se ha visto menguada. El Cuadro Nº 15 lo muestra muy tajantemente. Ambas instituciones en conjunto tuvieron un 30% menos de ingreso, pero en el caso del IPSS, éste fue de menos 41.9%, en tanto que el M.S. sólo fue menos 15%. Aquéllas cifras sin duda llaman a reflexión, pues en el mismo período la población creció en 11% y el número de asegurados en 22%. Lo anterior se torna aún más dramático, si se establece, como realmente es cierto, que la demanda de servicios hacia ambas instituciones se incrementó además por la menor capacidad de pago de la población que fue afectada por el fenómeno inflacionario, la que se vió obligada a recurrir cada vez más a servicios públicos. De otro lado, también cuenta una mayor demanda de servicios urbanos por el agudo proceso de migración que sufre el país.

La siguiente pregunta que surge es a qué se debieron o en qué fuentes se dió la disminución de ingresos. En el caso del IPSS, sin duda respondió a la situación de crisis económica que afecta al país, que por un lado disminuyó la magnitud del empleo, y por otro la inflación provocó menores ingresos reales a empresas, las que a su vez aprovecharon para retener y no trasladar estos recursos a la seguridad social, con el propósito de mantener sus ingresos reales. En lo que se refiere al M.S. la merma de ingresos respondió al menor aporte del Tesoro Público, menos 21%, y por lo tanto descansó más sobre ingresos propios, pago de usuarios, que se incrementaron en el período en 32%. Sin embargo este aumento, dada su menor magnitud, no contribuyó a equilibrar los ingresos; empero el aporte

Cuadro No. 15

**INGRESOS TOTALES DEL MINISTERIO DE SALUD E IPSS
(Millones de soles 1980)**

	1980	%	1981*	%	1982	%	1983	%	1984	%
Ministerio de Salud	67,226	100.0	68,685	100.0	61,537	100.0	58,059	100.0	58,044	100.0
- Tesoro Público	61,815	92.0	63,970	93.1	54,455	88.5	51,118	88.2	50,308	86.7
- Ingresos Propios	3,306	4.9	3,162	4.6	5,072	8.2	4,109	7.1	4,172	7.2
- Endeudamiento	1,954	2.9	1,441	2.1	206	1.5	1,649	2.8	2,673	4.6
- Ingresos por Transferencia	151	0.2	112	0.2	1,104	1.8	1,123	1.9	891	1.5
IPSS										
- Ingresos Propios	67,300	100.0	87,901	100.0	87,098	100.0	66,283	100.0	51,072	100.0
TOTAL	134,526	100.0	156,586	100.0	148,635	100.0	124,342	100.0	109,116	100.0

* Incluye asignaciones a ORDES, que luego fue absorbido por el Ministerio de Salud

FUENTE: Cuenta General de la República 1980 a 1984
Balance constructivo de ambas instituciones, 1980 a 1984.

real de los pacientes fue mayor, porque éstos en la mayoría de los casos tuvieron que llevar diversos insumos a los establecimientos hospitalarios.

Queda por ver si, la economía como un todo, sufrió tanto como el sector salud. Aquello puede verse comparando el gasto presupuestal en salud, frente a variables macro-económicas. Ese hecho o cálculo puede ser analizado utilizando dos instrumentos. Relaciones simples que aparecen en el Cuadro Nº 16 y de sensibilidad que se ilustran en el Cuadro Nº 17.

El primero de ellos muestra a las claras, que efectivamente, el sector salud ha recibido porcentualmente menores ingresos en 1984 que en 1980 del presupuesto general de la República, y que esto ha tenido efectos significativos en la contribución al producto del país. Empero se aprecia certeramente que en el primer año del anterior gobierno, hubo un esfuerzo significativo de atender la salud, pero que esa intención se diluyó en los años subsiguientes.

El otro Cuadro profundiza el análisis, pues señala si la atención a la salud siguió el mismo comportamiento que toda la economía, o en su defecto este sector recibió menor atención que otras actividades de la economía pública. Los resultados son claros, y pueden verse en la última columna, que es un período de decrecimiento económico. Los datos indican que en épocas de crisis económica la disminución en la asignación al sector salud, M.S. e IPSS, es mayor que la disminución al resto de los sectores, lo que indica claramente, que en situaciones de esa naturaleza el gobierno se ve obligado a reducir su gasto en sectores sociales y en este caso la salud, lo que agrava la situación de la salud de las personas, pues ellas mismas se ven afectadas por la crisis económica.

Se verá a continuación cómo han utilizado estos "escasos" recursos financieros. Eso puede verse analizando el comportamiento en cifras absolutas, o a través de diversos análisis cruzados, o índices especialmente contruidos para el efecto. Respecto a lo primero, los documentos sobre financiamiento del Proyecto ANSSA¹, muestran cuadros sobre la evolución de estas cifras; en ellos se aprecia que en términos reales el gasto asignado a remuneraciones en 1984 ha sido mayor que en 1980 y que por lo contrario, el que corresponde a Bienes y Servicios que son las partidas que efectivamente son destinadas a la atención de la salud, han crecido dramáticamente. Las repercusiones de la evolución de estas cifras pueden verse en el Cuadro Nº 18, en los que se ha tratado de desarrollar algunos coeficientes de partidas sobre gastos totales. En

¹ Informes Técnicos Nos. 7 y 8, ANSSA/PERU.

Cuadro No. 16
RELACIONES ENTRE PRESUPUESTOS DEL MINISTERIO DE SALUD E
IPSS CON VARIABLES MACROECONOMICAS

Años	% MS Gov. Central	% IPSS Gov. Central	% MS PBI	% IPSS PBI	%MS+IPSS Gov. Central	%MS+IPSS PBI
	1980	4.90	4.68	1.35	1.35	9.35
1981	4.94	5.95	1.32	1.69	10.60	3.01
1982	4.58	6.09	1.17	1.66	10.38	2.83
1983	4.46	4.84	1.30	1.47	9.08	2.78
1984	4.19	3.56	1.24	1.09	7.60	2.32

- 88 -

ELABORADO:Componente No. 6 Financiamiento y Costos, ANSSA-PERU 1985

Cuadro No. 17

**ELASTICIDADES DE PRESUPUESTO EJECUTADO
DEL MINISTERIO DE SALUD E IPSS**

	1980/1981	1982/1983
Gobierno Central /PBI	0.2896300	0.2114680
Ministerio de Salud/PBI	0.5184965	0.3904970
Ministerio de Salud/Gobierno Central	1.7903435	1.8466000
IPSS/PBI	0.6411207	1.8227972
IPSS/Gobierno Central	2.2135373	4.6678934

Cálculos: Componente No. 6, Financiamiento y Costos, ANSS-PERU

Cuadro No. 18

ALGUNOS COEFICIENTES FINANCIEROS DEL MINISTERIO DE SALUD

E IPSS

Años	Gastos	Gastos	Gastos	Gastos	Re-	Re-	Bie-	Bie-	Re-	Re-	Bie-	Bie-
	Corrien- tes Ejec.	Corrien- tes Sup	Pres. Total IPSS	Capit. MS Total IPSS	mun. MS Tot. MS	mun. IPSS Tot. IPSS	nes y Serv. Tot. MS	nes y Serv. Tot. IPSS	mun. MS Corr. MS	mun. IPSS Corr. IPSS	nes y Serv. Gas. Corr. MS	nes y Serv. Gas. Corr. C. IPSS
1980	84.14	95.55	15.86	4.85	44.18	38.85	23.76	42.73	52.50	40.66	28.24	44.72
1981	89.26	97.30	10.74	9.70	48.63	40.48	26.81	41.83	54.48	40.53	30.04	41.89
1982	91.04	86.67	8.96	13.33	63.71	33.92	22.52	36.88	69.98	39.14	24.73	42.55
1983	94.11	93.79	5.89	6.21	66.39	38.28	21.57	35.13	70.55	43.77	22.92	40.17
1984	89.59	92.12	10.41	7.88	62.40	42.77	18.15	38.91	69.65	48.16	20.26	38.96

ELABORACION: Grupo de Trabajo No. 6, Financiamiento y Costos, ANSSA-PERU

ambas instituciones se observa que el porcentaje del presupuesto dedicado a gastos corrientes se incrementan paulatinamente con el correr de los años, y dentro de éste sobresale el aumento que corresponde a remuneraciones. Así se ve que Remuneraciones sobre el presupuesto total se incrementa de 44 a 62% en el M.S. y de 38 a 43% en el IPSS. Por el contrario, Bienes y Servicios decrece de 24 a 18% en el M.S. y 43 a 38% en el IPSS. Aquéllos datos están ilustrando a las claras, porqué la atención a personas de ambas instituciones ha decaído en los últimos años. En lo anterior se refleja la política de mantener en alguna forma la remuneración de los trabajadores, a costa de la calidad de los servicios de salud. Sin embargo, análisis posteriores han demostrado que no es todo el personal que ha visto, por lo menos, mantener su nivel remunerativo, sino que sólo se han beneficiado de esta política el personal médico y directivo, no así el resto de trabajadores que han sentido que el incremento de la inflación ha sido muy superior al aumento de sus salarios nominales.²

Otra pregunta interesante a contestar es, dónde se realizan la mayor cantidad de gastos. Un primer intento sobre este aspecto aparece en los Cuadros Nos. 19 y 20. En el primero de ellos se ha distribuido los gastos de ambas instituciones por regiones geográficas y en el segundo se ha dividido las cifras entre la población, obteniéndose así el gasto per cápita. En lo que se refiere a lo primero es claro notar la excesiva concentración de gastos en Lima, 1984, 55%, siguiéndole en orden de importancia el área Norte y luego el Sur. Aun más, estos tres ámbitos están localizados en la Costa, lo que significa que esa región geográfica concentra el 81% del gasto, frente al 1.8% en el Oriente y el resto en la Sierra. Lo anterior sin duda no guarda ninguna relación con la distribución de la población; 65% Costa, 30% Sierra y 5% Oriente.

Estos últimos datos se corroboran al ver el Cuadro Nº 20 de gastos per cápita. En efecto, en Lima se asigna por habitante 1.7 veces más que el promedio nacional, 3.8 veces más que en la Costa, y así sucesivamente. Sin embargo, como también se aprecia en ambos cuadros, la situación tiende a corregirse en el tiempo, pues la proporción del gasto asignado a Lima respecto al país se reduce de 1980 a 1984 del 72% al 55% y en términos per-cápita de 2.4 a 1.8 veces.

² Ver Informe Técnico Nº 7, ANSSA/PERU.

Cuadro No. 19
DISTRIBUCION GEOGRAFICA DE GASTO EN ATENCIONES DE SALUD
MINISTERIO DE SALUD E IPSS
(Miles de Soles)

Región	1980	1981	A Ñ O S 1982	1983	1984
Lima	64,750,470	118,535,446	193,798,866	351,465,526	614,590,046
Norte	10,825,306	11,135,060	33,799,965	71,660,369	135,896,614
Norte-Medio	1,937,121	13,620,577	24,023,211	34,580,624	60,430,496
Centro	6,876,317	13,674,539	21,537,866	38,080,031	76,888,072
Sur	2,873,655	11,370,658	33,708,269	61,924,130	113,934,126
Sur-Medio	674,956	6,383,006	23,201,555	41,315,561	81,485,259
Oriente	788,939	1,510,499	5,637,517	10,020,256	20,248,421
TOTAL	88,726,764	176,229,785	335,707,249	609,046,497	102,773,034

FUENTE: Ministerio de Salud
Oficina General de Administración
Balance General
IPSS-Evaluación de la Ejecución Presupuestal

ELABORADO: Componente No. 6 Financiamiento y Costos
ANSSA-PERU, 1985

Cuadro No. 20

GASTO PERCAPITA EN ATENCION DE SALUD

(MS + IPSS)

(Soles)

Regiones	A Ñ O S				
	1980	1981	1982	1983	1984
Lima	12,314	21,769	34,410	60,337	102,074
Norte	2,531	2,538	7,512	15,531	28,570
Norte - Medio	1,728	11,916	20,603	29,083	49,860
Centro	3,392	6,599	10,864	17,580	34,712
Sur	1,833	7,084	20,478	36,684	65,857
Sur - Medio	265	2,469	8,825	15,445	29,935
Oriente	1,574	2,927	10,616	18,318	35,965
TOTAL	5,130	9,926	18,420	32,557	57,445

FUENTE:

Ministerio de Salud
Oficina General de Administración
IPSS-Evaluación de la Ejecución presupuestal
Proyecto de Población por Regiones de Salud 1980 - 84MS.

ELABORADO:

Grupo de Trabajo, Componente No. 6. Financiamiento y costos. ANSSA-PERU, 1985

Una mejor apreciación sobre la asignación de fondos entre áreas urbanas y rurales, se ha tratado de efectuar, considerando sólo al M.S. y tomando como unidad de análisis los departamentos de Cusco y Cajamarca, donde el Proyecto ANSSA efectuó trabajos de campo. En el Cuadro Nº 21 aparece la asignación de recursos para la prestación de servicios de la salud en las antiguas áreas hospitalarias de ambos departamentos.

Se aprecia la gran diferencia en la dotación de recursos entre las capitales de departamento y el resto del territorio, señalándose de esta forma que también a nivel regional se da una concentración de ingresos y recursos en las ciudades más importantes. Empero lo grave de la situación no sólo está allí, sino en como se comporta la asignación de gastos cuando hay menores ingresos dedicados a las regiones. Se ha comprobado,³ que cuando hay recorte presupuestal a nivel de regiones la asignación al interior de ellas tiene un comportamiento singular. En efecto, se prefiere mantener el nivel de atención en las sedes, manteniendo el gasto real, en tanto que en las áreas rurales la caída del gasto es sumamente dramático. Es decir las áreas urbanas mantienen su nivel a costa de una menor prestación de servicios en las áreas rurales.

La última inquietud que surge respecto al financiamiento público es cómo se gastan los recursos. ¿En prevención o en atención de la salud? Para calcularla se ha recurrido a los presupuestos totales de IPSS y Ministerio de Salud y extraer de ellos todo el gasto que se dedica a atención de la salud, en lo que se refiere a gasto preventivo y reparativo, control de enfermedades transmisibles y saneamiento ambiental, obteniéndose la siguiente estructura de gastos:

	<u>M.S.</u>	<u>IPSS</u>
Atención de salud	93.9	100
Gasto preventivo	7.7	1.2
Gasto reparativo	85.2	99.5
Control enfermedades transmisibles	3.9	
Saneamiento ambiental	2.2	
TOTAL:	100	100

³ Ver Informe Técnico Nº 7, ANSSA/PERU.

Cuadro No. 21
INDICADORES SELECCIONADOS DE LAS AREAS HOSPITALARIAS
DE CUSCO Y CAJAMARCA. 1984

Indicadores	Areas De Salud	C A J A M A R C A		C U S C O			
		Cajamarca	Chota	Cusco I	Cusco II	Canchis	La Convención
Gasto Público/hab.		920	718	2,736	1,790	466	1,405
Habitante/médico		9,667	32,023	2,512	5,686	30,235	8,506
Habitante/enfermera		9,622	16,011	1,669	2,078	4,535	1,728
Gasto bienes/población		162	74	482	224	40	162
% incremento de gasto público 80-84		0.02	4.5	-12(*)		- 26	- 26

FUENTE: Dirección Regional de Salud de Cusco y Cajamarca

ELABORACION: Componente No.6, Financiamiento y Costos. ANSSA-PERU

Nota: Los datos sólo se refieren al sector público.

(*) Por presentarse los datos agrupados, refleja lo de Cusco I y II.

Es claro observar que el IPSS tiene como única función reparar la situación de enfermedad de sus asegurados, más no prevenir, salvo en el control que se efectúa a los menores de un año, hijos de trabajadores. De otro lado es evidente observar que el M.S. ha concentrado la mayor cantidad de su gasto también en reparar la salud, siendo escasa la que se dedica a lo preventivo. Así está ausente, entre otros aspectos, educación de la salud, formal e informal; educación para una buena nutrición, y es escaso lo que se dedica a vacunaciones masivas, planificación familiar, complemento alimenticio y construcción y equipamiento de infraestructura sanitaria.

Queda por exponer qué función cumple o cómo ha respondido al deterioro demostrado, la medicina privada o el sub-sector no público.

De lo expuesto hasta ahora sobre financiamiento queda claro que existen varios vacíos de atención de salud:

- El M.S. y el IPSS no están orientados a atender a estratos de población de altos ingresos
- Ambas instituciones están mostrando cada vez menos capacidad en atender la demanda de la población
- Las áreas rurales son las zonas menos atendidas
- No existen servicios especializados de tratamiento de la salud de largos períodos
- La medicina preventiva es escasa

En lo que se refiere a servicios para la población de altos ingresos, el sector privado desarrolló toda una infraestructura de clínicas, consultorios y laboratorios, expansión que tuvo efectos significativos hasta los primeros años de la década del 70, lo que indica que se dedicó importantes recursos para su construcción y equipamiento.

Cuando los servicios del M.S. e IPSS, empiezan a deteriorarse, el sector privado desarrolla formas imaginativas de financiamiento de pre-pago para el tratamiento del deterioro de la salud, dirigida especialmente a PEA ocupada que recibe ingresos medios y altos. Estos sistemas de pre-pago también sufren una evolución, conforme sucede y se ahonda la crisis

económica, pues las primas y pólizas ofertadas por compañías de seguro, paulatinamente se hacen más onerosas frente a los servicios y coberturas que ofrecen. Por ello, aparecen agentes económicos que ofertan sistemas más baratos, eliminándose paulatinamente intermediarios financieros. Así aparecen ofreciendo pre-pagos los brokers, fondos de empresas y las mismas clínicas y médicos solos u organizados en centros de salud.

Con estos mecanismos, el usuario de un servicio, traslada el riesgo financiero, debido a una eventualidad de deterioro de la salud, a un agente externo a él. En consecuencia, ya sea los agentes financieros o los prestadores de servicios, reciben una bolsa de dinero, anual o mensualmente, y esos recursos sirven para financiar o pagar por el uso de servicios.

La falta o deterioro de servicios en áreas rurales, en especial en áreas rurales de Sierra y Selva o, por el incremento de tarifas, y la escasez de servicios de tratamiento de largos períodos a precios razonables, permite el desarrollo de las organizaciones privadas voluntarias. De acuerdo a trabajos anteriores los servicios que prestan estas instituciones pueden ser clasificadas en las siguientes categorías:

- Organizaciones de bienestar
- Auxilio en caso de desastre
- Enfermedades específicas
- Programas de tarifas reducidas
- Programas especializados
- Planificación familiar
- Atención primaria de salud

Sobre estos servicios, no necesariamente se exige retribución; por el contrario, muchas de estas instituciones no cobran o lo hacen con cifras simbólicas. Por ello sus fuentes de financiamiento recaen sobre todo en cooperación de países extranjeros, donaciones, actividades sociales, trabajo voluntario y algunas veces, pero cada vez menos, transferencia del Ministerio de Salud.

Las otras instituciones de carácter privado como empresas, SAIS o cooperativas, tienen financiamiento propio, que responde al presupuesto de cada institución y los servicios están orientados a una población cautiva: trabajadores y familiares.

Pero, ¿cuál es el aporte o contribución a la sociedad de los servicios que presta el sub-sector privado? Podría decirse que lo complementa significativamente, pues donde no existe o falla el sector público o IPSS, aparece en alguna forma la actividad privada para complementar la escasez o deterioro. Sin embargo las cifras que aparecen en el Cuadro N° 22, muestran claramente que la importancia de la medicina privada es cada vez más significativa, pues a 1984, ya han llegado a producir casi el 60% del PBI de salud. De otro lado, de acuerdo a los datos de ENNSA 84 y otras fuentes de información⁴, se puede llegar a inferir el porcentaje de población que es atendido por cada sub-sector (ver Cuadro N° 23).

Se aprecia que el 41% lo atienden los privados, datos que extrae directamente de la ENNSA; la diferencia es el Estado, M.S. e IPSS. Se sabe que el número de asegurados, lo que lleva a establecer el 18% del IPSS y 22% del M.S. Sin embargo, es importante señalar que una porción de trabajadores que cotiza al IPSS tienen seguros privados y por tanto dejan de atenderse en Centros del Estado, por ello el 41% puede resultar incluso sub-estimado. De otro lado, un 18% están reagrupados en otros, lo que en la práctica también son privados.

En consecuencia, se podría ya afirmar, que el sub-sector privado no sólo complementa los servicios públicos, sino que cada vez está tomando un rol más importante.

⁴ Ver Informe Exploratorio N° 7, ANSSA/PERU.

Cuadro No. 22

PARTICIPACION DEL PBI DE SALUD EN EL TOTAL
(Millones de Soles 1979)

	PBI Total	Total	PBI Salud		M. Salud	% Salud PBI	% Privado Salud		% IPSS Salud		% Mins. Salud	
			Privado	IPSS*			Salud	Salud	Salud	Salud		
1979	3,489,144	105,301	---	---	23,606	3.02	---	---	---	---	---	---
1980	3,644,533	113,082	60,902	23,834	28,346	3.10	53.8	21.1	25.1			
1981	3,807,264	119,913	59,803	29,552	30,558	3.15	49.9	24.6	25.5			
1982	3,819,460	119,909	62,785	27,500	28,624	3.13	52.3	22.9	24.7			
** 1983	3,450,882	110,938	58,758	24,200	27,980	3.21	52.9	21.8	25.3			
** 1984	3,593,577	118,861	70,179	20,742	27,440	3.31	59.0	17.4	23.5			

FUENTE:

INE: Cuentas Manuales 1979 - 1984

* Estimado Grupo 6 - ANSSA - PERU.

** Los datos originales contradicen a lo procesado por MEF en el documento de la Cuenta General de República, por ello han sido recalculados.

Cuadro No. 23
ESTIMADO DE POBLACION CUBIERTA EN PORCENTAJES;
POR SUB-SISTEMAS DE SALUD (1984)

Sub Sector	Población Cubierta
<u>Privado</u>	40.78
Consultorio Privado + Clínica Privada	28.90
Empresas Mineras	1.82
Organismo Privado Voluntario	6.34
<u>Ministerio de Salud</u>	32.10
Hospital	18.58
Centro de Salud	7.54
Puesto Sanitario	5.98
<u>IPSS</u>	18.00
<u>Otros</u>	18.53
Farmacia	5.60
Otros	3.52
TOTAL	100.00

ELABORACION: Componente No. 6, Financiamiento y Costos,
ANSSA-PERU. 1985

Nota: Se refiere a la población que busca atención cuando se
siente enferma.

IX. LA ASIGNACION DE RECURSOS Y LA SITUACION DE LA SALUD

Como se han organizado o combinan los factores de producción para ofrecer bienes y servicios de salud, frente a una demanda de necesidades en la sociedad peruana, es materia de análisis de este último capítulo del presente trabajo. Es decir, se trata de responder efectuando un análisis cualitativo cruzado de los componentes del Proyecto ANSSA, si la organización del sistema de salud vigente, la administración gerencial de los servicios de salud y los recursos de salud disponibles, responden o no, a las necesidades de salud de la población con eficacia, eficiencia y equidad.

Este análisis descansa en entender, cómo es que la sociedad en su conjunto ha organizado una serie de instituciones y agentes económicos destinados a atender requerimientos de salud. Y en este contexto, ver qué rol ha tenido y tiene tanto el sector público como el privado.

Es pertinente señalar, que en el trasfondo de toda distribución de recursos de una actividad dada, subyacen tanto aspectos económico-financieros, como de necesidades, en este caso de salud.

En respuesta a tales aspectos en la sociedad se crean y organizan una serie de instituciones y agentes económicos. En este contexto, se dan un conjunto de procesos y relaciones económicas que son determinantes para la producción de servicios de salud. Por ello es pertinente conocer la lógica de funcionamiento a nivel de producción, distribución y consumo de las entidades que participan, directa o indirectamente, en la prestación de servicios de salud. Debe entenderse que en este proceso de racionalidad económica juegan un rol significativo las instituciones de carácter privado en tanto que las públicas, están justamente para modificar en la medida de lo posible las leyes del mercado. La pregunta que surge es pues, si realmente las instituciones públicas han cumplido ese rol o no, o por lo contrario, se han dejado llevar por la dinámica de la racionalidad económica.

Un aspecto importante a señalar, en este marco, es que en la función de producción de servicios de salud, actúan dos tipos de instituciones. Las primeras son los productores de bienes de salud (pública y privada, tales como recursos humanos, infraestructura, medicamentos, equipos, etc.) y las segunda productoras de servicios de salud (pública y privada) o sea, quienes transforman los bienes en servicios, frente a necesidades de la población.

A continuación, dentro del marco conceptual anterior, veremos cómo se han organizado las instituciones públicas y privadas en relación a la demanda tanto de bienes como servicios de salud.

Las principales características de las necesidades de salud; extraídas del componente de ANSSA correspondiente, son las siguientes:

La edad más sensible de enfermar o morir corresponde a los menores de un año, pues el 63.4% de ellos tuvieron algún síntoma o sufrieron algún accidente. En orden de importancia le siguen los de 1 a 4 años, 58.8%. Luego están los de 65 años a más, 51.8%. En posición intermedia se encuentran los de 45 a 64 años, 41%, de 5 a 14 años 30.5%, de 25 a 44 años 30.5%; y, en el extremo final, los de 15 a 24 años, 23%.

En consecuencia el grupo de edades que tienen mayor necesidad de servicios de salud son los de 0 a 4 años y los de 65 a más.

De otro lado, el porcentaje de niños vacunados alcanza en el Perú aproximadamente al 30% de ellos, que es uno de los niveles más bajos de Latinoamérica. Asimismo, se encuentran síntomas de enanismo nutricional luego del sexto mes, sobre todo en las áreas rurales de Sierra y Centro.

Finalmente, en este aspecto cabe resaltar que las diarreas y problemas respiratorios son las enfermedades más frecuentes, concentrando en el grupo de edad de 0 a 4 años el 39.3% de las enfermedades transmisibles.

En términos geográficos se ha apreciado que la Sierra ofrece las más bajas condiciones de vida, en especial en el área rural, sobresaliendo por tener las más altas tasas de mortalidad infantil, los índices de morbimortalidad más altos. Le sigue con valores intermedios la Selva, luego la Costa y finalmente Lima, que presenta los mejores niveles de salud respecto al resto de la población en el territorio nacional.

Frente a esta síntesis de situación de la salud, como es la distribución de recursos -humanos, infraestructura y financiamiento- y de servicios de salud, desagregado en servicios privados y públicos. Como es de esperar, la actividad privada, se ha localizado en las áreas de mayor población y donde existe mayor dinámica económica, mayor producción, mayor fuerza

laboral, y por consiguiente mayor capacidad de gasto, por lo tanto tiene concentrado en las áreas centrales de Lima Metropolitana la infraestructura hospitalaria y sus recursos humanos. En efecto esta área concentra el 65% de los médicos privados, el 55% de las clínicas y más de 60% de las camas hospitalarias. Por tanto la actividad privada tiene concentrados sus servicios en Lima y en menor medida en Arequipa, Moquegua y Tacna e Ica, es decir, en la Costa, Centro y Sur.

Por lo tanto, se puede esperar que los servicios públicos e IPSS dirijan su atención a las áreas de la Sierra y Selva, en especial e áreas rurales. Sin embargo no sucede así, muy por el contrario, pues el Ministerio de Salud y el IPSS concentran sus médicos en Lima, 69 y 60% respectivamente.

En lo que se refiere a infraestructura pública, la misma puede ser vista en función a hospitales y camas o como centros y puestos de salud. Con respecto a lo primero, Lima concentra más del 50% de las camas hospitalarias, así como más del 40% de los hospitales. En lo que se refiere a Centros y Puestos de salud, si bien Lima también concentra el mayor número de ellos, las necesidades en esta área, en relación al resto del país, son más sentidas incluso que las áreas rurales, esto debido a la densidad poblacional. Por ello, una de las causas de mayor saturación de los hospitales en el área metropolitana se debe, pues, a la carencia de establecimientos de esta naturaleza.

Es pues claro que, geográficamente, el sector público como privado, tienen el mismo patrón de localización de recursos, en el caso del segundo subsector es de esperar por la búsqueda de racionalidad económica, en tanto que la conducta del primero no tiene ninguna racionalidad o justificación, muy por el contrario induce a la actividad privada a tener el mismo comportamiento. Es decir está totalmente ausente una planificación de servicios de salud, tanto en lo que se refiere a localizar los recursos de salud donde existe necesidad de servicios, como a concertar con el sector privado a fin de inducirlos a realizar su actividad, donde existen reales necesidades de atención.

Tomando en consideración a grupos de edad en relación a servicios, se llega a concluir, que el sistema de salud en su conjunto, presta escasa atención a los grupos de edad más sensibles menores de 4 años y mayores de 65 años. En efecto, el IPSS tiene concentrados sus servicios para la población en edad de trabajar, que son además los que presentan el

menor riesgo de enfermar o morir. De otro lado el subsector privado tiene concentradas sus actividades en servicios reparativos, no ocupándose en menores de 4 años, salvo que se los lleve por alguna enfermedad. Sin embargo, pese a que las clínicas, que tienen un número muy bajo de camas pediátricas, son las que presentan el menor porcentaje de ocupación.

Queda en consecuencia el Ministerio de Salud, que en la práctica tiene sólo un establecimiento especializado en niños, que en el conjunto significa que el sector público sólo tiene el 2% de sus camas orientadas a ese grupo de edad.

Para el grupo de población de mayor edad, especialmente jubilados, no existen servicios especializados y también son los menos protegidos; asimismo, se les niega la posibilidad, salvo excepciones, de poseer algún seguro de carácter privado.

La distribución de fondos o asignación de recursos financieros sigue el mismo patrón. Así, en tanto distribución espacial, los índices de GINI muestran índices bastante inequitativos a excepción del Ministerio de Salud.

MS	:	.24
IPSS	:	.54
SubPri	:	.55
Todos	:	.44

Del mismo modo, en términos presupuestales, tanto el IPSS como el M.S., concentran más de la mitad de sus recursos financieros en Lima y dejan a las áreas rurales de las antiguas regiones de salud en el mayor desamparo. Aquello puede significar que dada la concentración de la población en la metrópoli obliga a estas instituciones a asignar fondos en esta Región, sin embargo, tomando en consideración el gasto per-cápita, Lima casi duplica a la segunda área en importancia.

De todo lo anterior puede inferirse una característica saltante que obliga a una reflexión. La asignación de fondos y recursos financieros, no

responde a algún criterio relacionado a la situación de salud de un área en particular, sino y sobre todo, a la distribución de recursos humanos, en especial médicos, es decir, el presupuesto se asigna en función de la localización de los médicos y personal en general.

Tomando en consideración todos los criterios e indicadores antes mencionados, y los trabajados en el Proyecto ANSSA, a continuación se presenta el Cuadro Nº 24, desagregado a nivel regional que compara los niveles de vida en sus aspectos económico, sociales y de infraestructura y asignación de RRHH de salud, frente al gasto total y per-cápita en el sector.

Es claro notar que existe un alto grado de correlación entre el desarrollo socio-económico, la dotación de infraestructura de salud, y los niveles de salud. Así por ejemplo se ve como Lima, Arequipa, Tacna e Ica se ubican en el primer estrato en todos los indicadores; en tanto que Puno, Cajamarca, Ayacucho, se ubican en todos los indicadores en el otro extremo. Sin embargo y pese a ello, la asignación de fondos por el sistema salud, también se correlaciona en la misma dirección, es decir, donde existe mayor desarrollo económico y nivel de vida se asignan mayores fondos. En esta perspectiva, tanto el sector público como privado, como se ha mencionado, tienen la misma racionalidad económica, buscan el mayor beneficio o renta. Aquello también se constata al observar que los centros hospitalarios públicos que tienen mayores ingresos propios ofrecen también mejores servicios. Es decir, el Ministerio de Salud, en la actualidad no está jugando ningún rol normativo en la distribución y planeación de recursos.

Como conclusión final de este acápite se puede afirmar que en la prestación de servicios de salud no existe equidad y todo se resuelve por las leyes del mercado. Del análisis específico sobre los recursos también puede llegarse a afirmar que por lo menos en las instituciones del gobierno, no existe eficiencia en el manejo de sus recursos ni en la prestación de servicios.

En efecto, como se ha observado durante el último quinquenio, la disponibilidad de fondos en el sector salud ha disminuido en 30%. Sin embargo, la magnitud de esa menor cantidad de recursos no se ha distribuido de manera más o menos racional entre todos los componentes del presupuesto del sector, pues se ha mantenido, en la medida de lo posible, el nivel de remuneraciones del personal de salud, en especial de profesionales médicos y directivos, en desmedro de las partidas asignadas a la prestación de

Cuadro No. 24
NIVELES SOCIOECONOMICOS

	Económico	Sociales	Salud	Infraest.	Gasto en Salud Gasto Total	Salud Gasto/Pers.
Estrato I	Lima Arequipa Chiclayo Trujillo	Lima Arequipa Tacna Ica	Lima Arequipa Tacna Ica	Lima Trujillo Ica Arequipa	Lima Huancayo Arequipa Cusco	Ica Tacna Lima Arequipa
Estrato II	Iquitos Ica Piura Tacna	Trujillo Chiclayo Huaraz Piura	Trujillo Chiclayo Piura Iquitos	Chiclayo Huancayo Piura Tacna	Trujillo Ica Piura Huaraz	Trujillo Chiclayo Huancayo Iquitos
Estrato III	Huaraz Huancayo Cusco Huánuco	Huánuco Iquitos Huancayo Moyobam.	Huaraz Huánuco Moyobamba Huánuco	Huaraz Huánuco Cusco Iquitos	Chiclayo Huánuco Puno Tacna	Huaraz Cusco Moyobamba Huanuco
Estrato IV	Moyobamba Puno Cajamarca Ayacucho	Cusco Ayacucho Puno Cajamarca	Cusco Puno Ayacucho Cajamarca	Puno Moyobam. Ayacucho Cajamarca	Moyobamba Iquitos Ayacucho Cajamarca	Piura Ayacucho Puno Cajamarca

ELABORACION: Componente No. 6 Financiamiento y Costo. ANSSA-PERU

servicios y mantenimiento de hospitales, así como de los trabajadores en áreas hospitalarias rurales. De otro lado se ha preferido mermar menos la calidad de servicios en las ciudades importantes, desabasteciendo las zonas más deprimidas. Empero, pese a todo el esfuerzo la mayoría de hospitales, ya sea por desabastecimiento, como por mantenimiento están realmente funcionando al 50% de su capacidad. Es decir se forma una espiral de ineficiencia, pues al faltar recursos en un momento determinado no se pueden comprar medicamentos, insumos o hacer mantenimiento mediante procedimientos normales, dando lugar en consecuencia a tener que abastecerse de distribuidores minoristas a mayor costo. De otro lado, al no existir insumos o equipos funcionando adecuadamente, un paciente se ve obligado a permanecer el doble o el triple de tiempo que debería estar, obligando por tanto a consumir mayor cantidad de alimentos y otros servicios, y evitando que otros pacientes pueden hacer uso de las camas. Asimismo, al no existir suficientes recursos para equipos y máquinas, mucho personal se ve obligado a asistir y no trabajar, produciendo entonces un exceso de personal y burocracia.

Toda la ineficiencia anterior se ve reflejada por ejemplo en el promedio de días estancia, que en Perú supera los 12 días, siendo lo racional la mitad; es decir se da la paradoja que una aparente menor asignación de recursos a salud, obliga a gastar más del doble por paciente tratado.

Otro aspecto sintomático de ineficiencia es la distribución de recursos humanos en establecimientos hospitalarios. Existe escasez de personal y del capacitado en el primer y segundo nivel de atención, y en los consultorios de los hospitales que es donde debe concentrarse, pues ellos con la capacidad reconocida, son el personal idóneo para diagnosticar, tratar y remitir pacientes al tercer nivel de atención. Por el contrario, el personal más numeroso y de mayor capacidad decide laborar al interior de los hospitales y en horarios muy restringidos. Como es sabido los consultorios públicos, así como los médicos sólo atienden o trabajan en las mañanas, dando lugar en consecuencia a la enorme congestión de estos servicios.

Todo ello significa que el personal médico, al trabajar media jornada, durante el último quinquenio ha mantenido en términos reales su ingreso. Merece asimismo destacarse, la enorme carga de personal de las instituciones públicas -M.S. e IPSS-, personal que se incrementó sobre todo en la rama administrativa año a año, lo que está dando lugar a que recursos que pueden ser destinados a la compra de medicinas, equipos o mantenimiento tengan que ser utilizados en remuneraciones, incrementándose en consecuencia el costo de los servicios de salud. Llama la atención en

este aspecto el IPSS que tiene 9 trabajadores por cama (lo normal es de 2 a 3 que es el índice que más se da en Latinoamérica), y también tiene la mayor recaudación como porcentaje del salario y la menor cobertura poblacional.

Un análisis respecto a la irracionalidad de distribución de recursos en función a costos promedios de servicios, indica, que nada tiene que ver en la asignación de fondos, la producción de servicios de salud o las necesidades de salud de una población, pues se ha llegado a comprobar que en regiones u hospitales que tienen históricamente menor producción de servicios, reciben mayor presupuesto que otras zonas donde existe mayor demanda. En consecuencia la asignación de fondos descansa en la mayor o menor dotación de personal, no interesando para nada, ni la producción de servicios ni las necesidades de salud.

Frente a todo este panorama de ineficiencia, el sub-sector privado ha reaccionado vigorosamente, en especial durante el último quinquenio. Así en la práctica está sustituyendo cada vez más al sector público en la prestación de servicios de salud. La medicina privada lucrativa, a través de los sistemas de prepago o seguros médico-familiares, está sustituyendo en las grandes ciudades al IPSS y al M.S. y lo seguirán haciendo en mayor proporción. Es pertinente señalar que el esquema implícito de atención de salud, estaba orientado a que el IPSS atiende a la PEA ocupada y el M.S. a los familiares. Ambos fallan en la actualidad. De otro lado, en las áreas rurales y barrios marginales, las organizaciones privadas voluntarias están empezando a jugar un rol significativo sustituyendo en muchos casos el servicio que se presta en centros y postas de salud del M.S.; además que han extendido su actividad a zonas -Sierra y Selva- donde prácticamente el servicio público es inexistente.

El sector privado, no sólo ha desarrollado y seguirá perfeccionando formas imaginativas de financiar la situación eventual de enfermedad de una familia, sino también que se ha dado maña para financiar los costos de infraestructura y equipos, no con recursos externos como lo hace el sector público que trae tantos problemas a la balanza de pagos, sino mediante préstamos de entidades estatales haciendo uso de tasas de interés preferenciales. Aquello significa, dada la inflación, que en menos de tres años cubren su crédito, lo que al gobierno le toma varios años, dado que se presta en dólares y a intereses normales.

Todo lo anterior ha significado, que el sub-sector privado, alcance la vanguardia del sector salud, pues nuestras tasas de crecimiento del producto más altas, aportan aproximadamente el 58% del valor de producción, y en la actualidad están atendiendo al 50% de la población. El

resto se lo reparten el IPSS y M.S. En la práctica el Ministerio de Salud e IPSS están intentando corregir o enmendar su actividad que proporciona servicios sólo a la mitad de la población que lo demanda, en tanto que sobre el resto de los agentes privados que prestan servicios no existen normas claras que las regulen o coordinen, funcionando claramente la economía de mercado con todas las características de la misma, es decir localizándose en áreas, o dirigiéndose hacia una población donde existe o tiene capacidad de pago. Sin duda, excepción a ello, es la actividad de las organizaciones privadas voluntarias, que muestran mayor sensibilidad que el sector público.

BIBLIOGRAFIA

1. ANSSA/PERU. Perfil de salud de la población peruana. Informe Técnico Nº 1. Cabrera E., René; Gómez, Luis Carlos, Gonzáles del Carpio, Diego y Ramos Salazar, Héctor. Lima, mayo de 1986.
2. ANSSA/PERU. Demanda de servicios de salud en el Perú. Informe Técnico Nº 2. Gertler, Paul; Locay, Luis; Peñaranda, César; Sanderson, Warren y Torres, Walter. Lima, mayo de 1986.
3. ANSSA/PERU. Participación en salud de la comunidad en el Perú. Informe Técnico Nº 3. Bernales, Manuel; Ciudad Teresa; Davidson, Noemí y Olivera, Luis. Lima, mayo de 1986.
4. ANSSA/PERU. Recursos físicos del sector salud del Perú. Informe Técnico Nº 4. Bolívar, Javier; Carrillo, Ethel; Castañeda, María Esperanza; Estrada, María y Vera La Torre, José Carlos. Lima, mayo de 1986.
5. ANSSA/PERU. Recursos Humanos del Sector Salud del Perú. Informe Técnico Nº 5. Alcabés, Nissim; Cóndor, Benjamin; Venturo (de), Ela Díaz; Madrid, Susana; Locay, Luis y Vega, Juan Fernando. Lima, mayo de 1986.
6. ANSSA/PERU. La problemática de los medicamentos en el Perú. Informe Técnico Nº 6. Carreón, Lydia; Gereffi, Cary; Llaque (de), Nelly G.; Peñaranda, César y Silva, Jorge. Lima, mayo de 1986.
7. ANSSA/PERU. Financiamiento y gasto del Ministerio de Salud del Perú. Informe Técnico Nº 7. Ayres, Marco Antonio; Chirinos, Octavio y Vera La Torre, José Carlos. Lima, mayo de 1986.
8. ANSSA/PERU. Finaciamiento de los programas de salud del Instituto Peruano de Seguridad Social. Informe Técnico N+ 8. Mesa Lago, Carmelo; Manrique, Luis y O'Brien, Eduardo. Lima, mayo de 1986.
9. ANSSA/PERU. Diagnóstico del estado de salud en la micro-región Espinar-Chumbivilcas, departamento del Cusco. Informe Exploratorio Nº 1. Zegarra, Hernán Mario. Lima, mayo de 1986.

10. ANSSA/PERU. Estado Nutricional en menores de 6 años en el Perú. Informe Exploratorio Nº 2. Benavente, Luis; Benavente, Miyaray y Campos, Miguel. Lima, mayo de 1986.
11. ANSSA/PERU. Utilización de servicios de salud en el Perú. Informe Exploratorio Nº 3. Castañeda, Julio. Lima, mayo de 1986.
12. ANSSA/PERU. Condiciones de la descentralización administrativa en el Ministerio de Salud. Informe Exploratorio Nº 4. Alcabés, Nissim; Córdor, Benjamin y Madrid, Susana. Lima, mayo de 1986.
13. ANSSA/PERU. Análisis de Importaciones a Perú de principios activos para medicamentos. Informe Exploratorio Nº 5. Carreón, Lydia. Lima, mayo de 1986.
14. ANSSA/PERU. Consumo de medicamentos por niveles de desagregación en Cusco y Cajamarca. Informe Exploratorio Nº 6. Llaque (de), Nelly G. y Paredes, Ana Lucía. Lima, mayo de 1986.
15. ANSSA/PERU. El sector no público y la atención médica en el Perú. Informe Exploratorio Nº 7. Ayres, Marco Antonio; Chirinos, Octavio y Vera La Torre, José Carlos. Lima, mayo de 1986.
16. ANSSA/PERU. Financiamiento del sector salud en el Perú. Informe Exploratorio Nº 8. Ayres, Marco Antonio; Chirinos, Octavio y Vera La Torre, José Carlos. Lima, mayo de 1986.
17. ANSSA/PERU. Recursos físicos del sector salud del Perú. Documento Anexo Nº 1. Encuesta simplificada sobre planta física, instalaciones y equipos de hospitales, centros y puestos de salud. Cajamarca-Cusco. Bolívar, Javier y Gómez, Luis Carlos. Lima, mayo de 1986.
18. ANSSA/PERU. Recursos físicos del sector salud del Perú. Documento Anexo Nº 2. Inventario de establecimientos de salud Perú 1985. Lima, mayo de 1986.



Alonso de Molina 1698
Monterrico Chico - Surco
Apartado Postal 1846
Lima, 100