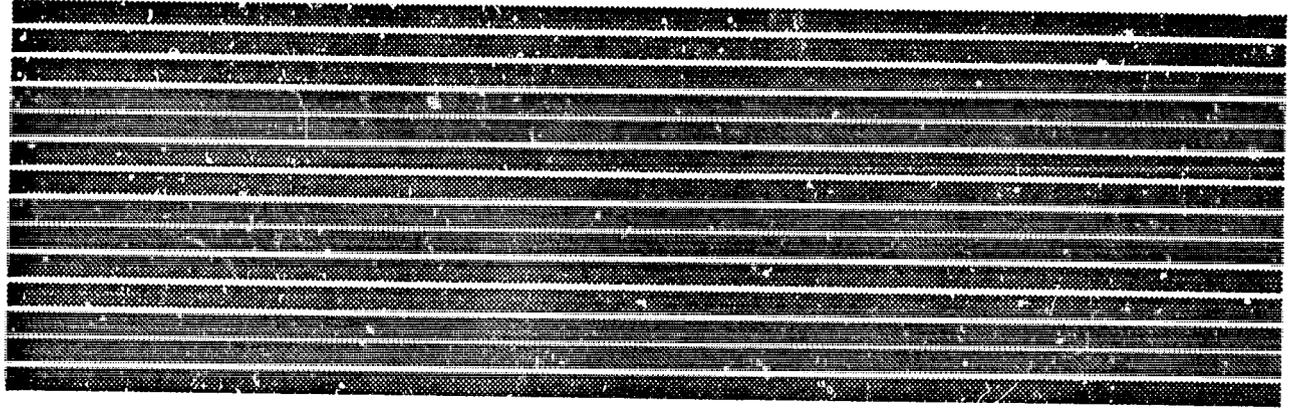


PW-ABM-462



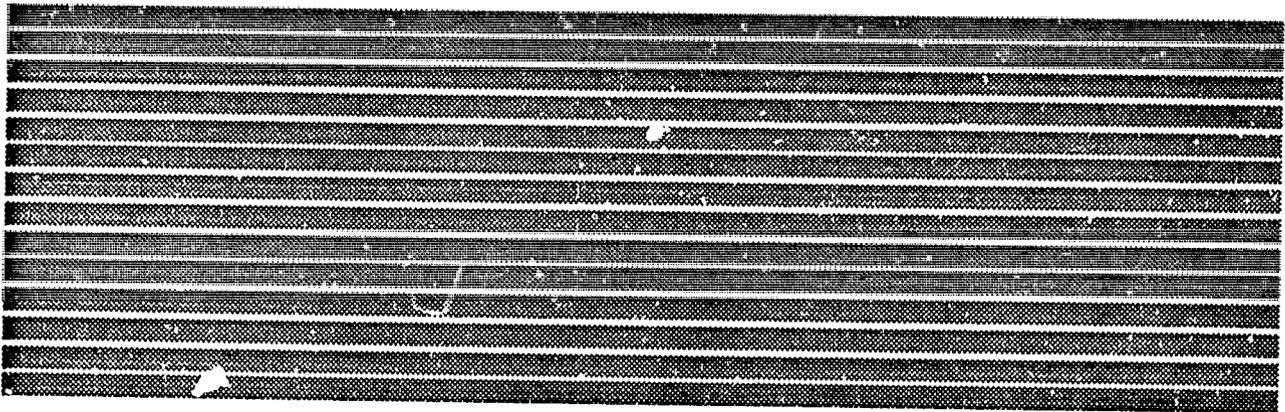
# ANALISIS

del

# SECTOR SALUD

en el

# PERU



Elaborado para la Misión de AID en el Perú

Marzo de 1991

# INDICE

Resumen Ejecutivo .....	i
Lista de Siglas .....	ix
Lista de Tablas .....	xi
Introducción .....	1
I. Población e Indicadores Demográficos .....	3
Tamaño de la Población y Tasa de Crecimiento .....	3
Tasas de Mortalidad y Fecundidad .....	7
Tasas de Mortalidad .....	7
Tasas de Fecundidad .....	9
Expectativa de Vida .....	9
Uso de Anticonceptivos .....	9
Proyecciones de Crecimiento de la Población .....	10
Pobreza y Distribución del Ingreso .....	11
III. Situación Económica .....	13
La Última Década .....	13
La Situación Actual .....	14
El Programa de Emergencia Social (PES) .....	15
III. Problemas de Salud: Causas de la Morbilidad y la Mortalidad .....	17
Mortalidad .....	17
Mortalidad en los Niños .....	17
Mortalidad en las Personas Mayores de 6 Años .....	19
Mortalidad Materna .....	19
Morbilidad .....	22
Morbilidad en los Niños .....	22
Morbilidad Adulta .....	23
Morbilidad Materna .....	24
Diferencias Regionales de la Morbilidad .....	24
Enfermedades Específicas Seleccionadas .....	25
Tuberculosis .....	25
Malaria .....	26
Fiebre Amarilla .....	27
Rabia .....	27
Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) .....	27
IV. Situación Nutricional .....	29

Prevalencia de la Desnutrición .....	29
Peso para la edad .....	29
Peso para la talla .....	30
Talla para la Edad .....	30
Bajo Peso al Nacer .....	31
Disparidades Regionales de la Desnutrición .....	31
Deficiencias Nutricionales .....	32
Tamaño de las Poblaciones Vulnerables .....	32
<b>V. Organización y Políticas del Sector Salud .....</b>	<b>34</b>
El Sistema Nacional de Salud .....	34
Organización .....	34
El Ministerio de Salud y el Proceso de Regionalización .....	35
Instalaciones .....	37
Problemas de Eficiencia .....	39
Hospitales .....	39
Localización de las Instalaciones .....	40
Condición de la Infraestructura .....	40
Recursos Humanos .....	41
Logística y Abastecimientos .....	43
Logística .....	43
Adquisiciones .....	44
El Instituto Peruano de Seguridad Social .....	45
Historia .....	45
Población Servida .....	46
Servicios Prestados .....	46
Financiamiento del Sistema Nacional de Salud .....	48
Financiamiento del MINSAL .....	48
Financiamiento del IPSS .....	49
Gastos y Cobertura del Sector Público .....	50
Gastos y Cobertura del Sector Privado .....	52
Cobros a los Usuarios .....	53
Políticas y Objetivos Nacionales .....	55
Políticas y Objetivos de Salud .....	55
Políticas y Objetivos de Población y Planificación Familiar .....	57
Programa Nacional de Población 1991-1995 .....	58
Programa Nacional de Planificación Familiar 1988-1991 .....	58
Financiamiento para Población y Planificación Familiar .....	59
Políticas de Nutrición .....	60
El Rol de las ONGs y de los Proveedores Comerciales Privados .....	60
ONGs .....	60
Proveedores de Servicios Privados .....	61
<b>VI. Respuestas a los Problemas de Salud Pública, Población, y Problemas de</b>	
Nutrición .....	62
Programas de Salud .....	62

Utilización de los Servicios Curativos y Preventivos .....	62
Servicios Curativos .....	62
Cuidados Preventivos y Atención del Parto .....	63
Agua y Salubridad .....	64
Control de la Malaria .....	66
Equidad de la Cobertura .....	68
Equidad en la Distribución de los Recursos y Servicios de Salud .....	68
Equidad en la Cobertura de la Seguridad .....	70
Equidad en la Utilización de los Servicios .....	71
Programas de Población y Planificación Familiar .....	72
Tendencias en el Uso de Anticonceptivos .....	72
Entrega de Servicios de Planificación Familiar .....	73
Sector Público .....	74
Sector Privado .....	77
Sector Comercial .....	77
Financiamiento .....	77
Programas de Nutrición .....	79
Comedores Populares .....	80
Asistencia Gubernamental a los Comedores .....	81
Asistencia No Gubernamental a las Cocinas .....	82
Observaciones Respecto a los Programas de Nutrición .....	83
Asistencia de los Donantes a los Programas de Salud, Población y Nutrición .....	83
Apoyo a Nivel Global .....	83
Donantes Bilaterales .....	85
Programas de la USAID .....	85
Asistencia Alemana .....	87
Asistencia Italiana .....	87
Otros Donantes Bilaterales .....	87
Organizaciones Multilaterales .....	88
Banco Interamericano de Desarrollo (BID) .....	88
Banco Mundial .....	88
UNICEF .....	89
FNUAP .....	89
OPS .....	90
<b>VII. Resumen de los Problemas del Sector Salud .....</b>	<b>91</b>
<b>Problemas de Salud .....</b>	<b>91</b>
Enfermedades .....	91
Salud Materno-Infantil y Nutrición .....	92
Agua y Salubridad .....	94
<b>Problemas Organizacionales y Estructurales .....</b>	<b>94</b>
Infraestructura e Instalaciones .....	94
Equidad en el Acceso a los Servicios de Salud .....	95
Financiamiento de la Salud .....	96

Abastecimiento de Fármacos .....	96
ANEXO A: Políticas para el Sector Salud del Gobierno Peruano, 1990 .....	98
ANEXO B: Resumen de los Proyectos con Apoyo de la USAID .....	101

# Resumen Ejecutivo

## Indicadores Básicos

Población .....	22.3 millones (1990)
Esperanza de Vida al Nacer.....	62 años
Tasa Global de Fecundidad .....	4.0
Población Menor de 15 Años.....	39%
Mujeres en Edad Fértil.....	24.5% de la población

El objetivo de esta evaluación es entender a profundidad el estado actual de la salud de la población peruana, poniendo énfasis sobre los grupos más vulnerables dentro de ésta: mujeres embarazadas, infantes y niños menores de 6 años. El trabajo es basado en los datos disponibles más recientes y confiables, y aparece en una etapa crítica en la que el Perú encara tremendas dificultades económicas y tensiones sociales.

Los hallazgos del trabajo son preocupantes. A pesar de los progresos sustanciales logrados en la cobertura de las inmunizaciones, potabilización del agua, planificación familiar y atención primaria de la salud y a pesar de los considerables gastos públicos, el estado de la salud en el Perú continúa muy por debajo de otros países latinoamericanos. Además, la crisis económica ha recortado drásticamente los recursos disponibles del gobierno, impidiendo no solamente la expansión de la atención de salud a aquellos que más la necesitan, sino también la mantención de los programas existentes, amenazando de esta manera los progresos logrados en los últimos años.

Sin embargo, la composición y distribución de los problemas vigentes de la salud en el Perú no han cambiado. Los problemas crónicos en la salud y la nutrición han coexistido por muchos años con la pobreza, los bajos niveles educativos, la falta de agua potable y alcantarillado.

Con la mitad de la población peruana debajo de los 20 años de edad (15% menor de 5 años) y la mitad de la misma debajo de la línea de la pobreza absoluta, los problemas de la salud se sienten más agudamente en las áreas de la salud materno-infantil, particularmente entre las familias de bajos ingresos.

## **1. Contexto Nacional**

### **1.1 Demografía y Planificación Familiar**

La población peruana fue estimada en 22.3 millones de habitantes en 1990. La cifra es el doble de la población encontrada en el Censo Nacional de 1961. El crecimiento ha sido mayor en las ciudades debido a la migración. Actualmente, Lima tiene una población de 5.6 millones, o sea el 28 por ciento de la población total del Perú.

La tasa global de fecundidad del Perú declinó de 6.9 en 1965 a 4.0 en 1988. En el mismo periodo, la tasa bruta de natalidad declinó de 45 nacimientos por 1,000 habitantes a un estimado de 32.8 nacimientos por 1,000. A pesar de estos decrecimientos, la tasa de crecimiento natural de la población ha permanecido alta debido al hecho de que las tasas de mortalidad, particularmente la de mortalidad infantil, han disminuído más rápido que las tasas de natalidad. Por este fenómeno, concordante con las tasas relativamente altas de fecundidad, el Perú tiene una población muy joven: el 39% de la población se encuentra por debajo de los 15 años de edad.

En 1988, la expectativa de vida al nacer fue de 62 años, menor que las de todos los países vecinos, a excepción de Bolivia. Como podría esperarse, la expectativa de vida varía ampliamente entre los departamentos, oscilando de 51 años en Huancavelica a 71 años en el Callao.

El conocimiento de los anticonceptivos es amplio, pero su uso es relativamente limitado. La ENDES de 1986 encontró que el 90% de las mujeres estaban familiarizadas con algún método anticonceptivo, contra solamente un 36% de las mujeres entrevistadas en 1969. Sin embargo, únicamente el 46% de las mujeres unidas informaron que usaban anticonceptivos, y de éstas, sólo la mitad usaba un método moderno. Nuevamente, como con otros indicadores sociales, aquí existen grandes disparidades entre áreas geográficas.

## **2. Revisión del Estado de Salud**

No obstante, el Perú ha logrado considerables reducciones en la morbilidad y en la mortalidad. La mortalidad infantil, por ejemplo, ha caído de 163 muertes por 1,000 nacidos vivos en 1960 a un estimado de 81 por 1,000 en la actualidad.

Sin embargo, mientras las tasas de incidencia para muchas enfermedades han caído, el número absoluto de personas afectadas se ha incrementado debido al crecimiento poblacional y a los cambios en la estructura de edades. A despecho de algunas ganancias, la situación de la salud en el Perú está por debajo de la de todos sus vecinos, a excepción de Bolivia.

## 2.1 Mortalidad y Morbilidad

La infección respiratoria aguda (IRA) es la principal causa de la mortalidad y la morbilidad entre todos los grupos de edad y es una creciente amenaza para los infantes.

Las enfermedad diarreica aguda (EDA), es la segunda causa más común de morbilidad y mortalidad para los infantes y los niños, y es la segunda causa de la morbilidad adulta. La EDA, causada por bacterias y parásitos, está estrechamente ligada a los problemas de salubridad y agua potable.

Juntas, las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades diarreicas agudas, contabilizan alrededor del 82% de todas las enfermedades en el Perú (57% y 25%, respectivamente).

A pesar de las campañas masivas de inmunización y la consecuente declinación de las enfermedades prevenibles por vacunación en los últimos tres años, el sarampión, la tos convulsiva y la polio persisten y la cobertura de la inmunización aún es baja.

Otras enfermedades como la tuberculosis, la malaria y la rabia están surgiendo nuevamente y el síndrome de inmuno-deficiencia adquirida (SIDA) está emergiendo como una nueva enfermedad y está siendo pobremente tratado.

## 2.2 Salud Materno-Infantil y Nutrición

Los problemas relacionados al embarazo causan cada año un estimado de 301 muertes maternas por 100,000 nacidos vivos y representan el 65% de la morbilidad materna. Las altas tasas de morbilidad y mortalidad maternas están relacionadas a la malnutrición, a la inadecuada atención pre-natal (solamente el 60% de las mujeres peruanas reciben algún servicio de atención pre-natal), a los partos sin asistencia (o asistidos por personal inadecuadamente entrenado), a los altos niveles de fecundidad y al insuficiente espaciamiento internatal.

Tanto los abortos espontáneos como los inducidos fueron la causa principal de la morbilidad materna. Este hecho es consistente con el hallazgo de la ENDES del 86 de que unicamente el 23% de las mujeres unidas estaban usando un método anticonceptivo moderno y el 54% no usaban ninguno.

Los problemas perinatales fueron la tercera causa importante de la mortalidad infantil.

La Encuesta Nacional de Nutrición y Salud de 1984 (ENNSA) encontró que el 37.5% de los niños peruanos sufría de desnutrición crónica (por debajo de la talla normal para su edad). Nuevamente, esta cifra es mucho mayor en algunas áreas geográficas, baja

en otras. El estudio concluyó que más de la mitad de la población sufría los efectos de la desnutrición crónica, incluyendo tres millones de niños de menos de 14 años.

### 2.3 Agua y Salubridad

El acceso a los servicios de agua segura para beber y de evacuación de desperdicios es pre-condición para reducir las enfermedades infecciosas y parasitarias, que se encuentran entre las mayores causas de la mortalidad y la morbilidad en el Perú. A pesar de los grandes pasos logrados durante los años 80, permanece una significativa proporción de necesidad no satisfecha, particularmente en la Sierra y en la Selva.

En 1989, por ejemplo, solamente el 60% de todos los peruanos y únicamente el 24% de los habitantes rurales tenían acceso a agua potable. El acceso a una adecuada salubridad es aún más baja. Sólo el 45% de la población y solamente el 18% en las áreas rurales, tenía acceso a desagüe. Si bien tanto el agua como la salubridad mejoraron sustancialmente en los 80, la actual contracción económica puede amenazar este progreso.

## 3. Contracción en la Satisfacción de las Necesidades de Salud

### 3.1 Asignación de los Recursos

En términos per cápita, el Ministerio de Salud (MINSAL) gasta en las ciudades un monto que es el doble de lo que gasta en las áreas rurales. Similarmente, en 1985, el MINSAL dedicó el 62.4% a los hospitales y solamente un 22% en la atención primaria de la salud. El Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS) gasta una proporción mayor que el MINSAL en la atención hospitalaria.

La concentración de hospitales, personal y gastos en las áreas urbano costeñas, particularmente en Lima y Callao, es sorprendente: Lima tiene el 55% de todas las camas hospitalarias con solamente el 28% de la población. El personal de salud también está altamente concentrado en Lima y en otras ciudades. En 1986 existía un médico por 436 habitantes en Lima y uno por 26,000 en Huancavelica.

Mientras que el MINSAL aspira a servir al 60% de la población y el IPSS al 26% de la misma, los datos indican que el MINSAL está sirviendo realmente a solamente el 30% de la población y el IPSS solamente a cerca del 13%. Los dos mayores proveedores de atención de la salud cubren únicamente a la mitad de sus poblaciones constitutivas.

Los datos sugieren que, en 1984, cerca de 6 millones de peruanos, que constituyen el 31.5% de la población, tiene muy poco o ningún acceso a los servicios médicos. La mayor parte de la población desatendida vive en las áreas rurales.

Los datos de las encuestas también muestran una alta necesidad no satisfecha de servicios de planificación familiar, particularmente en las áreas rurales y en los grupos caracterizados por bajos niveles educativos y de ingresos. Esta necesidad no satisfecha alcanza una particular significación a la luz de las altas tasas de mortalidad y morbilidad materno-infantil.

Ocho departamentos serranos (Apurímac, Puno, Ayacucho, Cajamarca, Amazonas, Cusco, Huancavelica y Huánuco), con el 28% de la población, muestran los peores indicadores de salud del país, amén de los más altos déficits de recursos y servicios de salud.

Así, muchos de los problemas de salud del Perú son el resultado de una larga historia de inadecuada asignación de los recursos del sector salud. Recientemente, el MINSAL ha hecho un esfuerzo dirigido a contrarrestar estos desbalances, expandiendo los centros y puestos de salud en las áreas rurales y urbano-marginales. Sin embargo, la actual crisis económica obstaculiza estos esfuerzos.

### 3.2 La Crisis Económica

Como se sugiere arriba, los problemas económicos del Perú han exacerbado aún más sus endémicos problemas de salud. Estudios recientes indican que las tasas de mortalidad y la morbilidad del infante y del niño se están incrementando en las comunidades pobres. Aunque estos estudios han sido emprendidos en una pequeña escala, las implicaciones son alarmantes.

En 1988, la economía empezó a contraerse. El Producto Nacional Bruto (PNB) declinó en cerca de 32% entre 1988 y Agosto de 1990 solamente. De 1988 a 1990 el PNB per cápita declinó aproximadamente de \$1,300 a un estimado de \$900 (Banco Mundial, Tablas Mundiales 1989-1990).

El Perú también ha experimentado una inflación extremadamente alta, de 119.1% promedio anual entre 1980 y 1988. La creciente inflación da lugar a la hiperinflación en 1989-90. La inflación fue de 562% en el primer semestre de 1990, excediendo de manera estrecha al 1,000% en Agosto solamente.

La crisis económica ha incrementado los niveles de pobreza y, consecuentemente, el número absoluto de personas que debe contar con el sector público para el cuidado de su salud. Los ingresos del sector público han declinado conjuntamente con la economía peruana, limitando aún más la capacidad del sector público para satisfacer una demanda creciente. Es claro que, existiendo recursos escasos, estos deben ser usados eficientemente. Expresado de manera sencilla, el sector público debería proveer mayor atención primaria de la salud a los pobres y menos servicios curativos y hospitalarios a los no pobres en las áreas urbanas.

Sin embargo, aún si la economía estuviera en expansión, la mayor parte de los desbalances que existieron antes de la crisis económica aún necesitarían ser redireccionados. Existe una persistente y creciente necesidad de reasignar los recursos públicos y reestructurar el sector salud.

### **3.3 Financiamiento de la Salud**

#### **3.3.1 *Financiamiento del Sector Público***

El presupuesto del MINSAL para 1991 (aproximadamente 154 millones de dólares) representa sólo el 68% de lo que realmente gastó en 1984. Durante el mismo periodo la población se incrementó en 14%.

El IPSS también encara similares limitaciones. Los ingresos del IPSS dependen del nivel de la actividad económica del sector formal. Consecuentemente, los ingresos del IPSS han disminuido significativamente debido tanto al desempleo creciente como al pobre rendimiento de las inversiones. Además, el Gobierno Peruano ha continuado limitando sus aportaciones al IPSS para cubrir a los empleados del sector público, un patrón establecido a fines de los 60. La deuda acumulada del Gobierno únicamente en 1985 excedía a los 250 millones de dólares.

#### **3.3.2 *Financiamiento del Sector Privado***

En vista de los decrecientes recursos disponibles para los proveedores de salud del sector público, el sector privado está siendo visto cada vez más como una ayuda para llenar el vacío existente en la atención de la salud. Durante los 80, mientras los gastos del sector público para la atención médica fueron cayendo, se produjo un ligero pero continuo incremento en los gastos de la atención de la salud del sector privado.

Aunque la crisis económica realmente puede contribuir a impulsar la privatización de la atención de la salud en el Perú, este cambio tendrá poco impacto en el mejoramiento del acceso a la atención de la salud para los grupos más vulnerables y necesitados. Adicionalmente, debido a la alta inflación y al desempleo, muchos peruanos que en el pasado acudieron a los proveedores privados de atenciones de salud, están ahora regresando al MINSAL para satisfacer sus necesidades de cuidado de la salud. Esto drena más los escasos recursos del sector público hacia los programas primarios y preventivos de salud, particularmente aquellos dirigidos a los pobres.

En alguna forma los programas privados de atención de la salud, a través de las compañías privadas de seguros, de los empleadores, las cooperativas e incluso del IPSS, cubren cerca del 30% de esta población. Los beneficiarios de estos programas incluyen a los asalariados del sector formal y a sus dependientes, así como a la gente pudiente. Para

aquellos cubiertos por el IPSS (cerca del 18.4%), la cobertura es incompleta; las esposas solamente son acreditadas para la atención de maternidad y para los servicios de planificación familiar y los hijos son acreditados solamente para la atención ambulatoria. El IPSS provee cobertura efectiva a únicamente un 13% de la población.

Las organizaciones voluntarias privadas peruanas e internacionales, también están llamadas a asumir un gran rol en el mantenimiento de una "red de seguridad social" para los pobres. En 1984, las OPVs proveían una cobertura de solamente cerca al 4% de la población.

### **3.4 Aspectos Organizacionales y Estructurales**

#### **3.4.1 Infraestructura**

Los servicios de salud del MINSAL sufren de un creciente deterioro físico incluyendo el equipamiento que no es reparado. A pesar de la reciente construcción de nuevos centros y postas de salud, muchos permanecen sin personal ni equipos.

#### **3.4.2 Regionalización**

El proceso de regionalización ha comenzado a transferir la responsabilidad de la provisión de servicios y la administración diaria de los programas a las oficinas regionales y a los gobiernos municipales. Sin embargo, la falta de preparación y planificación para la regionalización amenaza al sector salud con un posible caos.

#### **3.4.3 Abastecimiento de Medicinas en el Sector Público**

Existe un déficit crítico de productos farmacéuticos en el sector público debido a dos problemas que afectan su abastecimiento: un desordenado sistema logístico y unos mecanismos de provisión que son obstaculizados por anticuadas restricciones reguladoras. Es necesaria una acción inmediata a las medicinas básicas.

---

Este resumen intencionalmente se ha focalizado sobre los profundos problemas que en el Perú afectan el estado de salud y la capacidad del sector salud para responder eficazmente a las necesidades de atención.

El propósito de este ejercicio, sin embargo, no ha sido desalentar, sino más bien servir como una guía para reestructurar el sector salud y para reasignar los recursos del

sector público a fin de direccionarlos hacia los problemas más apremiantes de la salud peruana.

Específicamente, existe una abrumadora necesidad de atención primaria y preventiva de la salud a fin de combatir las infecciones respiratorias agudas, la diarrea y las enfermedades inmuno-prevenibles, particularmente en las áreas rurales y urbano marginales y entre las madres, infantes y niños de bajos ingresos.

Todos los montos monetarios están expresados en dólares americanos, a menos que específicamente se expresen de otra forma.

Las obras consultadas que en el original aparecen en inglés han sido traducidas al castellano y aparecen con la llamada versión en inglés (vi). (NT)

## Lista de Siglas

AAAD/OFASA	Agencia Adventista de Ayuda al Desarrollo/Obra Filantrópica de Asistencia Social Adventista
AID	Agencia para el Desarrollo Internacional
ANSSA	Análisis Nacional del Sector Salud
APS	Atención Primaria de la Salud
AQV	Anticoncepción Quirúrgica Voluntaria
BCG	Vacuna Antituberculosa
BID	Banco Interamericano de Desarrollo
BIRF	Banco Mundial (Banco Internacional para la Reconstrucción y el Fomento)
CARE	Cooperativa de Ayuda Americana de Ultramar CRS Servicios de Ayuda Católica/Caritas del Perú (Catholic Relief Services)
CDC	Centro para el Control de Enfermedades (Center for Disease Control)
CORDES	Corporaciones Departamentales de Desarrollo
CSA	Proyecto de Acción para la Supervivencia Infantil (Child Survival Action Project)
DDC	Control de las Enfermedades Diarreicas (Diarrheal Disease Control)
DHS/ENDES	Proyecto de Encuestas Demográficas y de Salud/ENDES (Demographic And Health Survey Project/Encuesta Nacional Demográfica y de Salud Familiar, 1986)
DMD	Proyecto de Administración Dietética de la Diarrea (Dietary Management of Diarrhea Project)
DPT	Inmunización de la Difteria, Pertussis (Tos Ferina) y Tétano (Diphtheria, Pertussis and Tetanus Immunization)
DTID	Dirección de Informática y Documentación, MINSAL
ENAF	Encuesta Nacional de Alimentación y Fecundidad, 1978
ENNSA	Encuesta Nacional de Nutrición y Salud
FFD	Alimentos para el Desarrollo (Food for Development)
FNUAP	Fondo de Naciones para Acciones en Población
FETP	Programa de Capacitación Epidemiológica de Campo (Field Epidemiological Training Program)
GTZ	Agencia Alemana de Asistencia Técnica
HIS	Sistema de Información en Salud (Health Information System)
IRA	Infección Respiratoria Aguda
IIN	Instituto de Investigación Nutricional
INE	Instituto Nacional de Estadísticas
INP	Instituto Nacional de Planificación
INPPARES	Instituto Peruano de Paternidad Responsable
IPSS	Instituto Peruano de Seguridad Social

JHPIEGO	Proyecto de Educación Internacional en Ginecología y Obstetr University Project of International Education in Gynecology and Obstetrics)
MINAGR	Ministerio de Agricultura
MINEDU	Ministerio de Educación
MINSAL	Ministerio de Salud
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
OPS	Organización Panamericana de la Salud
PAI	Programa Ampliado de Inmunizaciones
PAIT	Programa de Apoyo al Ingreso Temporal
PL 480	Ley Pública 480 (programa de asistencia alimentaria de los EEUU)
PME	Programa de Medicamentos Esenciales
PNPF	Programa Nacional de Planificación Familiar
PRICOR	Proyecto de Investigaciones Operativas de la Atención Primaria (Primary Care Operations Research Project)
PRISMA	Asociación Benéfica Proyecto de Informática, Salud, Medicina y Agricultura
SENAPA	Servicio Nacional de Agua Potable y Alcantarillado
SEPAS	Servicio Evangélico Peruano de Asistencia Social
SIID	Instituto para el Desarrollo Internacional de Seton (Seton Institute for International Development)
SMI	Salud Materno-Infantil
SPF	Proyecto de Planificación Familiar del Sector Privado
SRO	Sales de Rehidratación Oral
TRO	Terapia de Rehidratación Oral
UDES	Unidad Depaud
USAID/Perú	Misión de la AID en el Perú
VEA	Programa de Vigilancia Epidemiológica Activa

## Lista de Tablas

- 1 Tendencias: Indicadores Demográficos Seleccionados, 1950-2000, p. 4
- 2 Indicadores Demográficos Básicos, 1989, p. 5
- 3 Indicadores Básicos, Perú y Países Vecinos, p. 6
- 4 Tasas de Mortalidad Infantil y de Menores de 5 Años, Perú y Países Vecinos, 1963 y 1968, p. 8
- 5 Crecimiento Proyectado de Grupos Específicos, 1990-2000, p. 11
- 6 PNB Per cápita e Inflación, 1985-1990, p. 14
- 7 Mortalidad Infantil por Causa, 1983-1988, p. 17
- 8 Rango y Estructura por Edad de Cinco Principales Diagnósticos de Muerte, 1981, p. 18
- 9 Causas Generales de la Mortalidad, 1988, p. 19
- 10 Mortalidad y Morbilidad Materna, 1981, p. 21
- 11 Mortalidad Materna por Grupos de Riesgo, p. 22
- 12 Causas Generales de Morbilidad, 1988, p. 23
- 13 Causas Generales de Morbilidad, 1980-1989, p. 24
- 14 Enfermedades Transmisibles Informadas por Departamento, 1984, p. 26
- 15 Tendencias en las Principales Enfermedades Transmisibles, 1984, p. 27
- 16 Distribución de los Niños por Estado Nutricional, 1984, p. 33
- 17 Infraestructura Sanitaria, 1985, p. 37
- 18 Infraestructura Sanitaria del Sector y del Ministerio de Salud, 1988-1990, p. 38
- 19 Personal del MINSAL por Grupos Ocupacionales, 1985, 1987-1990, p. 42

- 20 Personal del MINSAL Trabajando en Servicios Primarios de Salud, 1988, p. 42
- 21 Distribución de Médicos por Región, 1984, p. 43
- 22 Comparación de la Razón Cobertura/Gasto entre los MINSAL y la Seguridad Social en Países Seleccionados de América Latina, p. 47
- 23 Composición de los Gastos del Sector Salud, 1980-1984, p. 48
- 24 Gastos Estimados y Cobertura de Población del Sector Salud, 1984, p. 51
- 25 Cobertura de las Vacunaciones en el Perú y en los Países Vecinos, p. 63
- 26 Cobertura del Abastecimiento de Agua, Perú y Países Vecinos, 1987-1988, p. 64
- 27 Cobertura de Salubridad Adecuada, Perú y Países Vecinos, p. 65
- 28 Casos Tratados y Hogares Rociados contra la Malaria, 1985-1990, p. 67
- 29 Medidas Relacionadas a la Equidad en la Atención de la Salud, los Recursos de Atención de la Salud y los Servicios Sanitarios, 1982, p. 69
- 30 Disparidades Regionales de Indicadores Seleccionados de Salud, 1981, p. 70
- 31 Prevalencia: Tendencias Históricas y Metas, p. 73
- 32 Distribución de Usuarías por Fuente de Anticonceptivos, p. 75
- 33 Mezcla de Métodos y Consultas, MINSAL e IPSS, 1989, p. 76
- 34 Población Prioritaria para el Apoyo Alimentario, 1981, 1987, 1991, p. 80
- 35 Cooperación Técnica Externa al Sector Salud según Fuente, 1989, p. 84

# Introducción

En los años 70 y en los 80, el Perú presenta un lento pero sostenido progreso en la reducción de las tasas de mortalidad infantil y de la niñez y en la extensión de la cobertura de la salud a las poblaciones no atendidas. La economía también muestra un crecimiento positivo entre 1965 y 1987; aunque la tasa promedio anual de crecimiento del PNB per cápita en el periodo 1965-1987 fue pequeña (0.2%), fue igual a la de Chile y mayor que el crecimiento del PNB per cápita de varias otras naciones de América Latina, incluyendo Argentina y Bolivia.<sup>1</sup>

Sin embargo, en comparación a los países vecinos las estadísticas sociales y de salud del Perú causan preocupación: a pesar de que las cifras del PNB per cápita son similares a las de Chile, a fines de los 80 la población peruana sufría de más problemas de salud que cualquier otro país de América latina a excepción de Bolivia.<sup>2</sup>

La recesión general y la crisis económica de los 80 complicaron los problemas existentes. En 1988, la economía comienza a contraerse rápidamente; el PNB declina en cerca a 32% entre 1988 y Agosto de 1990. Como resultado de ello, el PNB per cápita declinó de aproximadamente \$1,300 en 1988 a un estimado de \$900 en 1990 (Banco Mundial, Tablas Mundiales 1989-1990).

Perú encuentra su deuda en incremento así como las rentas fiscales en decrecimiento. Se requirieron drásticas y dolorosas medidas de ajuste macroeconómico para revivir la desfalleciente economía, incluyendo la devaluación monetaria, la reducción de los subsidios gubernamentales y de otros gastos, así como cortes en las importaciones. En el Perú, como en muchos países en desarrollo alrededor del mundo, estas políticas de ajuste económico han reducido los estándares de vida y, probablemente, han tenido un impacto negativo en la salud y en la nutrición, especialmente entre las poblaciones ya vulnerables (los pobres, las mujeres y los niños).<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup>Informes de Desarrollo del Banco Mundial, 1986 y 1989, versión en inglés (vi)

<sup>2</sup>Banco Mundial 1990, UNICEF Estado de los Niños del Mundo 1990, USAID "Perú: Perfil de la Población y de la Salud (datos seleccionados), 1990 (vi).

<sup>3</sup>Como es discutido por Richard Jolly y Lincoln C. Chen, en artículos en Salud, Nutrición y Crisis Económica: Acercamiento a la Política en el Tercer Mundo de Bell y Reich (Dover, MA: Auburn House), 1988)(vi). La experiencia del Perú es revisada en Cavanaugh, K. "Perú: Contexto Actual para la Programación Social del Alivio de la Pobreza", Banco Mundial, 25 de Julio, 1990 (vi).

Así, el desafío que enfrenta el Perú es doble: Primeramente, el Perú debe asegurar que se establezca una "red de seguridad" para proteger a los pobres y a la población más vulnerable de los efectos negativos de los ajustes estructurales y para asegurar que las necesidades humanas básicas sean satisfechas. Algunas iniciativas programadas en esta área ya han comenzado, pero el Perú debe continuar modificando la política de ajustes estructurales para proteger a los habitantes más pobres.

En segundo lugar, el Perú debe mejorar los programas y políticas existentes en el sector salud para tratar de alcanzar el éxito logrado por los países vecinos. El análisis del comportamiento pasado puede ayudar a guiar hacia nuevos enfoques para aumentar la eficiencia y la efectividad dentro del contexto de la política general del Gobierno de descentralización de la autoridad a los gobiernos regionales.

El propósito de este documento es analizar el Sector Salud en el Perú con dos objetivos:

- Presentar una revisión actualizada de las necesidades del sector salud, población y nutrición, identificando los problemas que afectan tanto al estado de la salud en el Perú como a la capacidad del sector salud para responder con efectividad las necesidades de atención de la salud; y
- Revisar los esfuerzos dirigidos a necesidades identificadas.

# I. Población e Indicadores Demográficos

## 1. Tamaño de la Población y Tasa de Crecimiento

La población del Perú fue estimada en 22.3 millones de habitantes en 1990.<sup>4</sup> Esta cifra es el doble de la población encontrada en el Censo Nacional de 1961, y coloca al Perú en el quinto lugar entre los países más poblados de América latina, después de Brasil, México, Argentina y Colombia. La Tabla 1 muestra indicadores demográficos seleccionados para el Perú de 1950 al 2000; la Tabla 2 muestra algunos indicadores demográficos por región, para 1989 y la Tabla 3 presenta indicadores básicos sociales, económicos y de salud para el Perú y sus vecinos.

En 1988, existía un estimado de 8.4 millones de niños menores de 15 años (39.7% de la población) y de 3.2 millones de niños menores de 5 años (15%).<sup>5</sup> Además, 5.1 millones de mujeres (24%) se encontraban en edad fértil (MEF). Los niños menores de 5 años y las MEF son los grupos más vulnerables y son el objetivo de las intervenciones de supervivencia infantil.

---

<sup>4</sup>INE/CELADE 1990. Perú: Proyecciones Revisadas de Población, 1980-2025, Boletín de Análisis Demográfico, No. 31. Lima.

<sup>5</sup>Instituto Nacional de Estadística (INE). Proyecciones Especiales de Población, Boletín Especial No. 8. 1985.

**Tabla No. 1**

**Tendencias: Indicadores Demográficos Seleccionados  
1950-2000**

Población Total (000)*	1950	1955	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000
NU\POP\1988.....	7,632	8,672	9,931	11,467	13,193	15,161	17,295	19,698	22,332	25,123	27,952
BUCEN\1989.....	7,632		9,931		13,193		17,295		21,904		26,432
		1950- 1955	1955- 1960	1960- 1965	1965- 1970	1970- 1975	1975- 1980	1980- 1985	1985- 1990	1990- 1995	1995- 2000
Tasa de Mortalidad Infantil NU\POP\1988.....		159	148	136	126	110	105	99	88	76	66
Tasa de Mortalidad en Niños NU\POP\#105.....		131	115	97	84	63	57	49	37	26	20
Tasa Global de Fecundidad NU\POP\1988.....		6.9	6.9	6.9	6.6	6.0	5.4	5.0	4.5	4.0	3.5
Número de Nacidos Vivos (000) NU\POP\1988.....		1,919	2,176	2,475	2,687	2,872	3,084	3,395	3,605	3,703	3,717

Fuente: USAID/Perú, Perfil de la Población y de la Salud, Junio 1990.

**Tabla No. 2**

**Indicadores Demográficos Básicos  
1989**

	Población Estimada*	(%)	Espe ranza de Vida	Tasa Naci dos Vivos	Tasa Mor tali dad	Tasa de Defun ciones
REGION AMAZONAS	654.1	2.9	62.8	38.8	82.9	8.1
Loreto	654.1		62.8	38.8	82.9	8.1
REGION A. CACERES	2,005.7	9.0	60.8	37.9	91.2	9.5
Huánuco	609.2		60.7	39.4	90.8	9.3
Junín	1,113.6		61.1	34.9	89.2	9.5
Pasco	282.9		59.9	39.5	93.6	9.8
REGION AREQUIPA	965.0	4.3	65.9	30.8	71.1	7.3
Arequipa	965.0		65.9	30.8	71.1	7.3
REGION CHAVIN	983.2	4.4	62.4	34.5	84.1	9.4
Ancash	983.2		62.4	34.5	84.1	9.4
REGION GRAU	1,638.5	7.3	60.5	44.8	81.9	8.4
Piura	1,494.3		59.9	36.9	93.3	10.0
Tumbes	144.2		66.2	52.6	70.5	6.7
REGION INCA	1,462.5	6.5	52.9	36.2	107.8	12.1
Apurímac	371.7		53.7	37.5	116.1	14.5
Cusco	1,041.8		52.2	38.1	121.9	14.1
Madre de Dios	49.0		62.0	33.1	85.4	7.8
REGION L. LIBERTADORES	1,485.0	6.6	59.0	36.0	99.5	11.7
Ayacucho	566.4		54.8	36.8	112.0	13.4
Huancavelica	375.7		51.0	39.9	126.8	15.3
Ica	542.9		69.0	31.4	59.7	6.3
REGION MARIATEGUI	1,367.4	6.1	57.9	30.4	84.4	8.9
Moquegua	134.1		66.0	28.2	71.2	7.1
Puno	1,023.5		55.2	35.2	110.9	13.0
Tacna	209.8		66.0	27.9	71.0	6.5
REGION MARAÑON	2,541.2	11.4	62.5	36.9	83.8	8.9
Amazonas	335.3		61.3	38.0	88.2	9.1
Cajamarca	1,270.6		60.2	37.7	92.2	10.3
Lambayeque	935.3		66.0	34.9	71.1	7.3
REGION CHIMU	1,703.5	7.6	66.8	36.4	71.3	7.3
La Libertad	1,243.5		67.9	32.6	64.2	6.8
San Martín	460.0		64.0	40.1	78.4	7.8
REGION UCAYALI	230.1	1.0	62.8	39.3	82.7	8.0
Ucayali	230.1		62.8	39.3	82.7	8.0
LIMA	6,707.3	30.0	70.2	26.9	53.3	5.5
CALLAO	588.6	2.6	71.0	25.8	52.4	5.0
Total	22,332.1	100.0	63.4	32.8	80.7	8.3

\* (en miles)

Fuente: INE. Perú 1990 Indicadores Demográficos por Departamentos.

**Tabla No. 3**

**Indicadores Básicos, Perú y Países Vecinos**

País	Población Total 1980 (Millones)	PNB Per Cápita 1988 (\$US)	Tasas de Inflación Promedio Anual		Esperanza de Vida al Nacer 1988	TMI* 1988	% de Partos Atendidos 1988	% de Niños con Bajo Peso al Nacer	Tasa de Mortalidad Materna**	% de Urbana Población	% de Analfabetismo Adulto 1985
			1965-80	1980-88							
Perú	20.7	1,300	20.5	119.1	62	86	55	9	310	69	15
Ecuador	10.1	1,120	10.9	31.2	66	62	27	10	220	55	18
Colombia	31.7	1,180	17.4	24.1	68	39	51	15	130	69	12
Brasil	144.4	2,160	31.5	188.7	65	61	73	8	150	75	22
Bolivia	6.9	560	15.7	482.8	53	108	36	15	480	50	26
Chile	12.8	1,510	129.9	20.8	72	20	97	7	55	85	6

\* TMI (Tasa de Mortalidad Infantil) = Número de muertes de infantes menores de un 1 año por 1000 nacidos vivos.

\*\* Tasa de Mortalidad Materna = Número de muertes de mujeres casadas relacionadas al embarazo por 100000 nacidos vivos.

Fuente: Banco Mundial, Informe del Desarrollo 1990; Tablas 1, 28, 31, y 32.

Entre 1965 y 1980, la tasa de crecimiento promedio anual de la población en el Perú fue de 2,8%. Esta cifra disminuye a 2.2% en los 80.<sup>6</sup> Sin embargo, la tasa de crecimiento poblacional es mayor en las áreas urbanas debido a la migración hacia las ciudades. Entre 1980 y 1988, la población urbana creció en 3.1% promedio anual.<sup>7</sup> En el presente, más de las dos terceras partes de la población reside en áreas urbanas. Lima, por ejemplo, tiene un estimado de 5.6 millones de personas, o sea el 28% de la población total del Perú, ubicándose entre las 5 ciudades más grandes después de México, Sao Paulo, Buenos Aires y Río de Janeiro. La rápida urbanización ha causado una gran presión sobre los servicios sociales, incluyendo la salud, la educación, la vivienda y el transporte.

## 2. Tasas de Mortalidad y Fecundidad

### 2.1 Tasas de Mortalidad

La Tabla 1 ilustra la declinación de las tasas de mortalidad infantil y de la niñez en el Perú, entre 1950 y los 80. Para 1985 la tasa de mortalidad infantil del Perú ha declinado a un promedio de 88 muertes por 1,000 nacidos vivos. La Tabla 2 muestra que en 1989 la TMI fue de aproximadamente 81 muertes por 1,000 nacidos vivos en promedio, con sustanciales variaciones regionales, fluctuando entre 52-53 en el Callao y Lima y alrededor de 127 en Huancavelica.

Si bien los progresos peruanos en el alcance de las declinaciones de las tasas de mortalidad infantil y de la niñez son laudables, las tasas de mortalidad aún son más altas que las tasas de todos los países vecinos a excepción de Bolivia, como se muestra abajo:

---

<sup>6</sup>INE, "Cifras Provisionales", Dirección General de Demografía, 1986.

<sup>7</sup>Informe del Desarrollo del Banco Mundial, 1990 (vi). La tasa de crecimiento promedio anual de la población urbana entre 1980 y 1988 muestra un decrecimiento respecto a la tasa del periodo 1965-1980. En los primeros años, el crecimiento urbano fue de 4.3%, contra el 3.1% en los últimos años. En los mismos periodos, la tasa de crecimiento urbano en Ecuador se mantuvo (4.7%), mientras que declinó en Colombia (3.7% a 3%), Chile (2.6% a 2.3%) y Brasil (4.5% a 3.6%). Solamente en Bolivia la tasa de urbanización se incrementó (3.1% a 4.3%).

**Tabla No. 4**

**Tasas de Mortalidad Infantil y de Menores de 5 Años  
Perú y Países Vecinos, 1960 y 1988  
(Por 1000)**

<u>País</u>	<u>Infantes</u>		<u>Menores de 5 Años</u>	
	<u>1960</u>	<u>1988</u>	<u>1960</u>	<u>1988</u>
Perú	142	87	233	123
Ecuador	124	62	183	87
Colombia	93	46	148	68
Brasil	116	62	160	85
Bolivia	167	109	282	172
Chile	114	19	142	26

Fuente: UNICEF, 1990

La investigación llevada a cabo en el Perú puede proveer evidencia de los efectos negativos de los problemas económicos peruanos sobre la situación de la salud de los niños. Los investigadores de PRISMA que trabajaron con el Proyecto PRICOR estudiando la franja peri-urbana del Sur de Lima, encontraron que entre 1987 y 1988 se incrementaron las tasas de mortalidad infantil y de la niñez. La tasa de mortalidad infantil ascendió de 25.1 a 30.3 muertes por 1,000 nacidos vivos. La tasa de mortalidad perinatal (muertes fetales a las 28 semanas o más de embarazo y las muertes de infantes menores de una semana) fueron de 15.9 a 29.2 por 1,000 nacidos vivos, indicando que la mayor parte del incremento de la mortalidad infantil se debió a causas perinatales.

La tasa de mortalidad para los niños (entre 1 y 5 años) creció de 3.9 a 6.2 muertes por 1,000 niños que alcanzaron su primer cumpleaños. Aunque los datos vienen de una pequeña muestra, sus implicaciones son alarmantes.

La tasa bruta de mortalidad en 1989 fue estimada en 8.3 muertes por 1,000 habitantes. Nuevamente, la variación regional es evidente, con bajas tasas en el Callao y Lima (5 - 5.5) y tasas de 10 a 15 muertes por 1,000 habitantes en algunas áreas de las regiones Grau, Inca, Los Libertadores, Mariátegui y del Marañón.

La mortalidad materna ha sido estimada en 301 muertes por 100,000 nacidos vivos, fluctuando entre 257/100,000 en Lima a 353/100,000 en Ayacucho (INE, 1989).

## 2.2 Tasas de Fecundidad

El número promedio de niños nacidos de una madre peruana (la tasa global de fecundidad) ha declinado en los últimos 25 años de 6.9 en 1965 a 4 en 1988.<sup>8</sup> En el mismo periodo, la tasa bruta de natalidad ha declinado de 45 nacimientos por 1,000 habitantes a un estimado de 32.8 nacimientos por 1,000 personas. A pesar de estas declinantes tasas, la tasa de crecimiento natural de la población ha permanecido alta debido al hecho de que las tasas de mortalidad han declinado más rápidamente que las tasas de natalidad.

La declinación relativamente lenta de las tasas de natalidad y las bajas tasas de mortalidad han creado una pirámide poblacional de amplia base: el 39% de la población actual es menor de 15 años, 57% se ubica entre los 15 y los 64 años y el resto (4%) tienen más de 64 años. Esto crea una razón de dependencia (la población menor de 15 y mayor de 64 años dividida entre la población de 15 a 64 años) de 75 que es bastante alta, ligeramente superior al promedio latinoamericano de 73.5 (FNUAP, 1987).

## 3. Expectativa de Vida

En 1988, la expectativa de vida al nacer fue de 62 años. La Tabla 3 muestra que este número es menor al de todos los países vecinos a excepción de Bolivia. La Tabla 2 presenta la expectativa de vida por departamento, oscilando entre 51 años en Huancavelica a 71 años en el Callao, lo cual ilustra nuevamente las disparidades existentes entre las áreas geográficas.

## 4. Uso de Anticonceptivos

El conocimiento de los anticonceptivos es amplio, aunque su uso es algo limitado. La encuesta de DHS de 1986 (ENDES) indica que cerca del 90% de las mujeres estaban familiarizadas con algo método anticonceptivo, contra solamente el 36% de mujeres entrevistadas en 1969. Cerca del 46% de las mujeres casadas o convivientes informaron estar practicando alguna forma de anticoncepción en 1986.<sup>9</sup> Los métodos anticonceptivos modernos fueron usados por el 23% de todas las mujeres unidas.

---

<sup>8</sup>Consejo Nacional de Población, Perú: Hechos y Cifras, 1986; INE, Compendio Estadístico, 1987.

<sup>9</sup>Un estimado de 58% de todas las mujeres en edad fértil son casadas o convivientes, de acuerdo a los datos de ENDES 86.

Las tasas de prevalencia anticonceptiva varían por región. Por ejemplo, en Lima la tasa de prevalencia fue estimada en el 63% de las mujeres unidas, mientras que en la Sierra el uso es mucho más bajo, con un 31%.

Las mujeres que usan métodos modernos presentan una frecuencia muy similar a las que usan métodos tradicionales. Los métodos modernos favoritos incluyen a la píldora (7%), al DIU (7%) y a la esterilización femenina voluntaria (6%). La abstinencia periódica (método del ritmo) es el método anticonceptivo más frecuentemente practicado, pero su uso está declinando lentamente.

Entre las mujeres en riesgo de embarazo que no estaban usando anticonceptivos, un 21% mencionaron a los riesgos de la salud como la razón para no usarlos, mientras que el 11% declararon que ellas no sabían dónde obtener productos o servicios anticonceptivos.

El análisis de los datos de la ENDES indica que mientras que las tasas de natalidad han declinado, la tasa global de fecundidad podría haberse reducido más, a cerca del 36% si las mujeres hubieran estado preparadas para evitar los embarazos no deseados.<sup>10</sup> La encuesta indicó que las mujeres desean pocos niños (entre 2 y 4), pero no buscan servicios de planificación familiar debido a factores culturales y a un inadecuado acceso a los métodos anticonceptivos. Evidencias anecdóticas sugieren que los consecuentes embarazos no planificados a menudo conducen a las mujeres a buscar abortos inducidos ilegales en condiciones nada seguras.

Sin embargo, se debe tener cuidado antes de asumir que existe una vasta demanda no satisfecha de servicios y de productos anticonceptivos y que el incremento de los insumos la convertiría inmediatamente en un creciente uso. Es posible que de igual importancia sean la educación resguardando el uso correcto y la continuidad, el mercadeo social superando los desincentivos culturales y la investigación determinando los canales apropiados y sensitivos de distribución.

## 5. Proyecciones de Crecimiento de la Población

Si las actuales tendencias continúan, las poblaciones objetivo que demandan servicios (los niños menores de 5 años y las MEF) crecerán a 9 y 28% respectivamente en el periodo 1990-2000. Estas cifras son mostradas en la Tabla 5. Como se anotó antes, este crecimiento creará tensión en los servicios sociales y ejercerá una presión financiera en el sector público.

---

<sup>10</sup>ENDES, 1968

**Tabla No. 5**

**Crecimiento Proyectado en Grupos Específicos, 1990-2000**

	(En Miles)	%
Niños Menores de 5 años	249.7	8.8
Niños en Edad Escolar (6 a 11 años)	298.9	9.4
Personas Jóvenes entrando al mercado laboral	446.9	21.4
Mujeres en Edad Fértil (15-45 años)	1495.8	27.9

Fuente: "Modelo de Estimación de Demandas Sociales," Proyecto Políticas Descentralizadas de Población y Desarrollo

## 6. Pobreza y Distribución del Ingreso

El PNB per cápita en 1988 fue estimado en \$1,300. Este representa una declinación respecto al ingreso per cápita de 1987 de 1,470, pero es muy cercano al promedio de \$1,380 para los 37 países de ingresos bajos medios (como son definidos por el Banco Mundial), una categoría que incluye a todos los vecinos del Perú.

De acuerdo a una encuesta nacional conducida en 1984, aproximadamente 1 millón de hogares en el Perú reciben ingresos menores a \$30 mensuales.<sup>11</sup> Estos hogares abarcan al 30% de la población.<sup>12</sup> Al mismo tiempo, el PNB per cápita promedio en 1984 fue de \$1,120.<sup>13</sup> Esto ilustra la gran variación de los ingresos en el Perú, y la distribución sesgada con unas pocas familias acomodadas recibiendo una alta proporción del ingreso.

Sorprendentemente, la distribución del ingreso del Perú parece ser ligeramente más equitativa que la de Colombia y Brasil, los únicos dos países vecinos para los que se dispone datos comparables.

---

<sup>11</sup>La Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNSA) de 1984.

<sup>12</sup>Con un promedio de tamaño familiar de 5 y una población total de 18 millones en 1984, el número de hogares en 1984 es estimado en 3.6 millones. Aquellos que recibían \$ 30 o menos eran 1 millón de los 3.6 millones, o sea el 27.8%.

<sup>13</sup>El Banco Mundial, Tablas Mundiales, Edición 1989-90 (vi).

La diversidad regional geográfica, climática y económica contribuye a las desigualdades inter e intra regionales. La base agrícola productiva es pequeña y en las pasadas 5 décadas una incontrolada migración rural urbana ha ejercido una gran presión en los mercados laborales urbanos, sobre los alimentos y las provisiones en general.

Las cifras de UNICEF muestran que durante la década del 77 al 88, cerca de la mitad de la población del Perú vivía debajo del nivel de pobreza absoluta. Si bien no se dispuso de cifras para la población rural, sabemos que en muchos otros países el porcentaje que vive en la pobreza es mucho mayor en las áreas rurales que en las urbanas.<sup>14</sup>

---

<sup>14</sup>UNICEF 1990, op. cit.

### III. Situación Económica

#### 1. La Última Década

La recesión mundial a inicios de los 80 causa agudas bajas en los precios de las exportaciones tradicionales peruanas, principalmente de los productos mineros y de la industria pesquera. Las condiciones climáticas adversas se añadieron a estos problemas, causando daños en las cosechas. Además, la década fue conmocionada por la turbulencia política, el tráfico de drogas y las actividades terroristas. Las políticas económicas, algunas de las cuales fueron pensadas para tener efectos en el largo plazo, causaron en el corto plazo la declinación del ingreso y del consumo, y consecuentemente, de los estándares de vida.

El país también sufrió una inflación extremadamente alta, con un promedio anual de 119.1 entre 1980 y 1988 (ver Tabla 3). La creciente inflación da paso a la hiperinflación en 1989-90. La inflación se incrementó en 562% en el primer semestre de 1990, excediendo al 1000% a fines de Agosto.

El rápido deterioro de la estabilidad económica, social y monetaria desalentó la inversión, lo que fue evidenciado por la fuga de capitales y la baja de los ahorros. Mientras la economía continuó en expansión, en promedio la tasa de crecimiento fue mucho más lenta en los 80 (1.1% anual entre 1980 y 1988) que en los previos 15 años (3.9% de crecimiento anual).<sup>15</sup> En 1988, la economía empezó a contraerse rápidamente; el Producto Bruto Interno (PBI) declinó alrededor del 32% entre 1988 y Agosto de 1990, como es ilustrado en la Tabla 6.

---

<sup>15</sup>Informe del Banco Mundial de 1990 (vi). Esta es una comparación de la tasa de crecimiento promedio anual del PNB, en porcentajes.

**Tabla No. 6**

**PBI Per Cápita e Inflación, 1985-1990**

Año	PBI (millones de Intis)	VARIACION %	PBI Per Cápita (en miles)	VARIACION %	INFLACION %
1985	3588.6	-	182.2	-	154.0
1986	3939.4	9.52	194.5	6.75	61.2
1987	4235.8	7.77	204.4	5.09	107.3
1988	3862.7	-8.81	181.7	-11.11	1636.2
1989	3239.9	-16.12	148.7	-18.16	2233.9
1990(*)	2886.6	-10.90	130.9	-11.97	561.8

(\*) Primeros 6 meses

Fuentes: CUANTO, "Perú en Números", 1990, Compendio Estadístico, 1988.

La inestabilidad política afectó directamente la economía, costando al Gobierno un estimado de \$9 billones entre 1980 y 1988, o sea cerca del 56% del total de la deuda externa del país en 1988.<sup>16</sup> La economía también fue indirectamente afectada por la pérdida de muchos profesionales que emigraron a otras naciones. Entre 1985 y 1988, más de 150,000 personas abandonaron el país permanentemente; 42% de los cuales tenían nivel educativo universitario. Esta pérdida en capital humano puede tener serios efectos sobre la economía nacional en los próximos años.

La recién elegida administración de García asumió sus funciones a mediados del 85 e introdujo reformas radicales para disminuir la inflación y estimular el crecimiento. Estas reformas, si bien efectivas en el corto plazo, no probaron ser sostenibles y pueden haber tenido un impacto seriamente negativo en el crecimiento potencial a largo plazo. Como los salarios reales comenzaron a caer nuevamente, las huelgas se hicieron más comunes, particularmente en el sector público.

## 2. La Situación Actual

Cuando la administración de Fujimori asumió funciones en Agosto de 1990, se enfrentó a múltiples problemas: reservas internacionales agotadas, exportaciones y flujos de capital reducidos, irracional asignación de los recursos, alto desempleo, un clima de incertidumbre y descontento y una comunidad financiera internacional relucante a comprender los problemas del Perú.

---

<sup>16</sup>Perú en Números. Lima: Cuanto SA.

Este nuevo gobierno empieza a implementar políticas de reajuste difíciles pero necesarias, incluyendo la devaluación de la moneda y la eliminación de muchos subsidios gubernamentales. Como resultado de éstas, los precios previamente embalsados se dispararon. El precio de la gasolina y de otros productos derivados del petróleo se incrementaron en cerca de 2100%, lo que a su vez elevó el costo de todos los productos. Seguidamente surgen altos precios para los alimentos básicos y para los enseres domésticos. Estos incrementos de precios afectaron el estándar de vida de todos los sectores de la población, pero fueron particularmente devastadores para los grupos de bajos ingresos.

Los precios de los transportes y las comunicaciones crecen en 571.4% en Agosto de 1990. Otros precios que aumentaron dramáticamente fueron: alimentos y bebidas (446.2%); alquileres, combustibles y electricidad (421.8%); muebles, enseres domésticos y repuestos (340.7%); calzado y vestido (297.9%); otros bienes (253.3%); educación y otros servicios (166.1%), (INE, 1990).

La tasa de inflación global para Agosto de 1990 ha sido estimada en 400%. En el mismo mes los precios de las medicinas se incrementaron en 1,335% y el precio de la atención de la salud y los servicios médicos se incrementó en 702.7%. El precio de las medicinas se incrementó tan rápidamente que muchas farmacias informaron que cerraron temporalmente por falta de ventas.

### 3. El Programa de Emergencia Social (PES)

Debido a las fuertes medidas adoptadas por la nueva administración, tomará tiempo para que el sistema general de precios alcance el equilibrio y para que la economía se estabilice, alentando mayor inversión, empleo, producción, exportaciones, ahorros y crecimiento.

Entre tanto, el Gobierno Peruano ha hecho esfuerzos para brindar una "red de seguridad" para aquellos más afectados por la reestructuración económica: madres, infantes y niños de bajos ingresos. El Programa Social de Emergencia (PES) se ha iniciado para mejorar las condiciones de salud, educación y dar oportunidades de empleo para cerca de ocho millones de peruanos en las categorías de ingresos más bajos.

El PES fue ideado para los últimos cinco meses de 1990, y ha intentado ser la base para la implementación de un Plan de Desarrollo Social mayor para asistir a la agricultura andina, nutrición y salud infantil, así como para establecer nuevos empleos y mejorar los ingresos. Se programó un fondo de \$415 millones para usarlos entre Agosto y Diciembre de 1990. La mitad de este monto provino del Tesoro Público y el resto de fuentes no gubernamentales.

La mayor parte de los fondos fueron programados para asistencia alimentaria. Además, el 12% fue designado para el programa de salud básica y 16% para el programa de empleo.

Gastar tan alto monto de dinero en tan poco tiempo ocasiona dificultades. De los \$36.5 millones programados para las primeras dos semanas de Agosto, solamente se gastó el 55% . Los gastos para servicios de salud fueron solamente de 17% del monto asignado. No se efectuó ningún desembolso durante las dos últimas semanas de Agosto. Esta situación condujo a algunas entidades privadas a usar sus propios fondos para brindar directamente la ayuda de emergencia. La factibilidad del PES permanece incierta.

### III. Problemas de Salud: Causas de la Morbilidad y la Mortalidad

#### 1. Mortalidad

##### 1.1 Mortalidad en los Niños

A nivel nacional, el 40% de todas las muertes ocurre entre los niños menores de 6 años. Si bien no se dispone de la información sobre las causas de las muertes en los niños entre 1 y 5 años, la Tabla 7 muestra las más importantes causas de mortalidad infantil (muertes en el grupo de 0 a 1 año de edad), comparando los datos de 1983 y 1988. La tabla muestra que las infecciones respiratorias agudas (IRA) y las enfermedades diarreicas agudas (EDA) dan cuenta del 55% de todas las muertes en 1988.

Las infecciones respiratorias agudas están respondiendo por un creciente incremento de la mortalidad infantil, aumentando de 24% de las muertes infantiles en 1983 a 32% en 1988. Si bien la incidencia de la EDA no ha crecido tan agudamente como la de la IRA, la mortalidad infantil debida a la enfermedad diarreica se incrementó del 19% en 1983 al 22% en 1988. La Tabla 8 ordena las más importantes causas de muerte en la población en 1981.

Tabla No. 7

#### Mortalidad Infantil Según Causa, 1983-1988

	1983 %	1988 %
Infección Respiratoria Aguda (IRA)	24.5	32.5
Enfermedad Diarreica Aguda (EDA)	19.1	22.0
Perinatal	28.3	16.0
Enfermedad Inmunoprevenible(*)	1.0	6.5
Desnutrición	3.5	4.5
Otros	23.6	18.5

(\*) Solamente sarampión

Fuente: MINSAL, "Política Nacional de Salud", 1990.

Table No. 8

Rango y Estructura, por Edad,  
para los Cinco Principales Diagnósticos de Muerte, 1981

Diagnóstico	< 1 %	1-4 %	5-14 %	15-24 %	25-44 %	45-64 %	65+ %	Todos %
Perinatal	37.2							
IRA	24.9	34.5	25.7	12.2	10.3	11.9	18.1	20.6
Intestinal	15.5	20.8	10.4					9.1
Otros								
Bacterianas	4.5	6.9						
Mal definidas	4.1	8.1	9.3	6.8			10.8	8.4
Viral		7.4						
Tuberculosis			5.5	13.2	12.9	8.6		

Fuente: Oficina General de Información y Estadística (OGIE), Boletín Anual de Enfermedades Transmisibles, 1970-1984, MINSAL.

El porcentaje de muertes debidas a causas perinatales, la tercera causa importante de la mortalidad infantil, cayó significativamente aunque los datos pueden no ser confiables. La baja calidad y disponibilidad de las atenciones sugiere que las muertes perinatales pueden ser mayores, particularmente durante el periodo de intra-parto, debido a lo prolongado del trabajo de parto y a los consiguientes traumas, anoxia e infección. Menos de la mitad de todos los nacimientos en el Perú son asistidos por personal entrenado.

En estos momentos el MINSAL, con asistencia técnica de OPS, ha instalado un sistema computarizado de información para registrar y monitorear la información estadística perinatal en dos centros de salud localizados en los Conos Sur y Norte de Lima. Este proyecto piloto puede conducir a mejoras en la recolección y análisis de los datos perinatales.

Si bien las deficiencias nutricionales fueron señaladas como la causa principal de muerte en menos del 5% de los casos, estudios en otros países en desarrollo muestran que la desnutrición es una causa subyacente de muerte en casi la mitad de todas las muertes en los niños menores de 5 años y podría representar un peligro mayor del que indican las estadísticas de mortalidad en el Perú.<sup>17</sup> Esto es porque los niños desnutridos se infectan

<sup>17</sup> Ver por ejemplo Chávez, Adolfo y Martínez, Celia (1982). Creciendo en un País en Desarrollo: Estudio de Tezonteopan. México: Instituto Nacional de Nutrición; Berggren, Gretchen G., y otros (1981). "Experiencias de una encuesta de base del estatus nutricional y de la salud de madres y niños en la Ciudad de Simone, Haití." Haití: Informe a la USAID (vi); Kielmann, Arnfried A., y otros (1983). Servicios de Salud Materno Infantil en la India Rural: El Experimento Narangwal, Vol. I: Nutrición Integrada y Cuidado de la Salud. Baltimore: Publicación del Banco Mundial, Imprenta de la Universidad John Hopkins (vi); y Mata, Leonardo J. (1978). Los Niños de Santa María Cauque: Un estudio de campo Prospectivo de Salud y Crecimiento. Cambridge: La Imprenta MIT (vi).

más fácil y más severamente. Por tanto, la desnutrición puede de hecho subyacer en muchas muertes atribuidas a las enfermedades diarreicas y al IRA. La desnutrición en las madres también es una importante causa del bajo peso al nacer (en sí mismo precursor de alta mortalidad en los niños).

## 1.2 Mortalidad en las Personas Mayores de 6 Años

A nivel nacional, el 60% de todas las muertes ocurre entre la gente mayor de 6 años. Entre los adultos, la IRA y las enfermedades cardiovasculares fueron las dos más importantes causas de muerte (un tercio del total) en 1988 (ver Tablas 8 y 9). El cáncer fue la tercera causa más común de muerte.

Tabla No. 9

### Causas Generales de Mortalidad, 1988

1.	Infección Respiratoria Aguda	17.01
2.	Enfermedades del Sistema Circulatorio	14.02
3.	Tumores	8.44
4.	Enfermedades Immunoprevenibles	7.10
5.	Causas Perinatales	7.08
6.	Traumas y Envenenamiento	6.84
7.	Enfermedades Infecciosas Intestinales	6.32
8.	Deficiencias Nutricionales	2.91
9.	Embarazo, Parto y Post-Parto	1.04
10.	Enfermedades Transmitidas por un Vector	0.08
11.	Otros	28.16
TOTAL		100.00

Fuente: Dirección Técnica de Informática y Documentación, (DTID), MINSAL, 1988.

## 1.3 Mortalidad Materna

Como fue observado anteriormente, los problemas relacionados al embarazo, incluyendo hemorragia, infección, parto distócico (doloroso y difícil) y complicaciones de abortos ilegales, causaron un estimado de 301 muertes maternas por 100,000 nacidos vivos cada año (INE, 1989). El Perú tiene una tasa de mortalidad materna más alta que la de todos los países vecinos a excepción de Bolivia, como fue mostrado previamente en la Tabla 3. La tasa peruana es 41% mayor que la de Ecuador, la cual es la tercer más grande.

Para propósitos comparativos, sépase que la tasa de mortalidad materna de los EEUU es de 9 muertes por 100,000 nacidos vivos.<sup>18</sup>

Las altas tasas de mortalidad materna pueden estar relacionadas a la desnutrición, al inadecuado cuidado prenatal, al parto no asistido (o asistido por personal inadecuadamente entrenado), a los altos niveles de fecundidad y al inadecuado espaciamiento intergenésico (entre nacimientos). Actualmente, solamente el 60% de las mujeres peruanas recibieron algún servicio de atención prenatal y menos de la mitad de todos los nacimientos son asistidos por personal entrenado.

En 1981 las causas más frecuentes de muerte materna fueron las hemorragias durante el embarazo y el parto, como es mostrado en la Tabla 9. Lima mostró la tasa más baja, 25.1 por 10,000 nacidos vivos, mientras que Ayacucho y Puno tenían la más altas, 35 y 34 respectivamente. Datos más recientes generados en los hospitales colocan las causas de la mortalidad materna como sigue: 23% hemorragias, 22% relacionadas al aborto, 18% infecciones, 17% hipertensión relacionada con el embarazo y 20% otras causas.<sup>19</sup>

---

<sup>18</sup>Informe de Desarrollo del Banco Mundial, 1990 (vi).

<sup>19</sup>Cervantes, R., Watanabe, T. y Denegri, J. "Muerte Materna y Muerte Perinatal en los Hospitales del Perú (1985)", MINSAL, Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología, 1988

**Tabla No. 10**

**Mortalidad y Morbilidad Materna, 1981**

CAUSAS	Mortalidad %	Morbilidad* %
Obstétricas	91.4	65.4
Hemorragia durante el embarazo o el parto	33.0	6.3
Relacionadas al Aborto	8.6	34.6
Toxemia	8.7	3.3
Infección Tracto-urinaria durante el Embarazo	0.2	1.0
Complicaciones del Parto	1.2	16.4
Complicaciones Perinatales	13.4	3.4
Otras	34.9	35.0

(\*) Los datos de morbilidad son compilados de los datos de egresos hospitalarios.

Fuente: ANSSA, Perú Informe Técnico No. 1, Cuadro No. 62.

Los factores que incrementan el riesgo durante el embarazo son: eclampsia (presión arterial muy alta, que puede conducir al coma, a convulsiones y toxemia o envenenamiento de la sangre), tétano materno, anemia severa, edad de la madre (menor de 18 o mayor de 35 años), corto espaciamiento intergenésico (menor a 24 meses) y alta paridad (más de cuatro partos previos). Las mujeres que muestran alguno de estos factores tienen una alta probabilidad de que les surjan complicaciones durante el embarazo y el parto, las que a menudo conducen a la morbilidad y mortalidad materna y perinatal. Nuevamente, muchas de estas muertes son prevenibles a bajo costo a través de los servicios de atención prenatal y del parto monitoreado.

Las altas tasas de mortalidad infantil indican serios problemas en la calidad de la atención, así como en la cobertura. Es urgente adoptar medidas preventivas, que incluyan la expansión de los servicios de planificación familiar y el aumento de la asistencia al parto por personal entrenado (especialmente para aquellos partos identificados como de alto riesgo), a fin de identificar y reducir los riesgos de la mortalidad materna.

Tabla No. 11

**Mortalidad Materna por Grupos de Riesgo**

Grupos	Tasa de Mortalidad Materna (por 10,000 nacidos vivos)
Todas las Madres	30.3
Múltipara	70.0
Madres Solteras	60.0
Añosas	50.0
Primíparas	30.3
Casadas	25.0
Menores de 20 años	25.0
De 20 a 29 años	10.0
Con 2 a 4 hijos	10.0

Fuente: Ugarte, Federico, "El Estado de Salud del Perú", AMIDEP, 1986.

## 2. Morbilidad

### 2.1 Morbilidad en los Niños

Las causas más frecuentes de las enfermedades en los niños menores de 5 años son: infección respiratoria aguda, enfermedades diarreicas, parasitosis y enfermedades de la piel. Enfermedades menos frecuentes en este grupo de edad son el sarampión y la viruela. Sorprendentemente, la malaria no fue una enfermedad de alta prevalencia en esta categoría etaria.

La amplia prevalencia de la desnutrición, aunque no es señalada como una causa de morbilidad, ciertamente es un factor subyacente en muchas infecciones de la niñez. Este tópico será discutido luego en la sección de la Situación Nutricional.

La incidencia de las enfermedades inmuno-prevenibles ha sido declinante durante la década de los 80, pero los resultados de las vacunaciones continúan siendo insatisfactorios. A pesar de las campañas masivas de inmunización y de la resultante declinación de las enfermedades inmuno-prevenibles en los últimos tres años, persisten el sarampión, la tos convulsiva y el polio y la cobertura de la inmunización aún es baja. Por ejemplo, de acuerdo a los datos del PAI para 1989, las tasas de cobertura de la vacunación para los niños de 12 meses de edad oscilan entre 60% para la polio (3 dosis), a 58% para la DPT (tres dosis) y 52% para el sarampión. Adicionalmente, los niveles de cobertura varían ampliamente entre y dentro de los departamentos.

## 2.2 Morbilidad Adulta

Las infecciones respiratorias agudas, las enfermedades diarreicas y la parasitosis son las causas más comunes de la morbilidad global en la población, como lo muestran los datos de la Tabla 12. Obsérvese que la IRA y la EDA combinadas dan cuenta de más del 82% de todas las enfermedades.

**Tabla No. 12**

### **Causas Generales de Morbilidad, 1988**

Causas	%	% Acumulado
1. IRA	57.4	57.4
2. EDA	25.0	82.4
3. PARASITOSIS	4.1	86.5
4. ESCABIOSIS (SARNA)	3.0	89.5
5. MALARIA	2.8	92.3
6. TUBERCULOSIS	2.4	94.7
7. TIFOIDEA	1.7	96.4
8. VIRUELA	0.9	97.3
9. HEPATITIS	0.6	97.9
10. SARAMPION	0.5	98.4
11. OTRAS	1.6	100.0

Fuente: D.T.E. Ministerio de Salud, 1989.

La malaria y la tuberculosis son las otras dos infecciones significativas en el grupo de 15 a 44 años de edad y la tuberculosis es más común en la categoría mayor de 65 años. La Tabla 13 muestra los cambios en la importancia relativa de las enfermedades a través del tiempo desde 1980 hasta 1989, ilustrando la creciente importancia de la malaria y la tuberculosis. Se han producido pocos otros cambios en la prioridad de las enfermedades.

**Tabla No. 13**

**Causas Generales de Morbilidad, 1980-1989**

CAUSAS	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89
IRA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
EDA	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
Parasitosis	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Malaria	7	6	6	4	4	4	4	4	5	4
Escabiosis	-	9	8	7	9	6	5	5	4	5
Tuberculosis	6	5	5	5	5	5	6	6	6	6
Tifoidea	4	4	4	6	6	7	7	7	7	7
Viruela	-	-	-	-	7	8	8	9	8	8
Hepatitis	10	10	10	8	-	10	10	8	9	9
Leishmaniasis(*)	-	-	-	-	-	-	-	-	-	10
Sarampión	5	8	7	9	8	9	-	-	10	-
Tos Convulsiva	8	7	9	10	-	-	-	-	-	-
Paperas	9	-	-	-	10	-	-	10	-	-

(\*) Enfermedades infecciosas producidas por protozoarios parásitos flagelados.

Fuente: MINSAL, Departamento de Epidemiología, 1990.

### 2.3 Morbilidad Materna

La principal causa de la morbilidad materna fue el aborto (34.4%), de acuerdo a los datos de admisiones y egresos hospitalarios para 1981 (ver Tabla 10). Esta cifra probablemente incluye a los abortos espontáneos, terapéuticos e ilegales (abortos inducidos por razones no terapéuticas). Sin embargo, la morbilidad y la mortalidad relacionadas a los abortos ilegales probablemente están subinformados debido a la tipificación criminal del procedimiento. Las complicaciones del parto son la segunda causa (16%) de la morbilidad materna, seguidas por las hemorragias (6.3%) y las complicaciones perinatales (3%).

### 2.4 Diferencias Regionales de la Morbilidad

Las tasas de morbilidad difieren de acuerdo a los departamentos y regiones. El análisis nutricional y de salud de la ANSSA de 1986 encontró que de las 10 enfermedades contagiosas de mayor incidencia informadas por los profesionales de la salud, la IRA ocupaba el primer lugar en 20 departamentos y la EDA ocupaba el segundo en 17 departamentos. La malaria es la causa más común de morbilidad en Amazonas y Madre de Dios. En contraste, la tuberculosis ostenta esta distinción en Arequipa. La Tabla 14 ilustra estas diferencias para 13 enfermedades comunes.

## 2.5 Enfermedades Específicas Seleccionadas

### 2.5.1 Tuberculosis

La tuberculosis permanece como una significativa enfermedad infecciosa: es una causa sustancial de la morbilidad adulta, es crónica por naturaleza y afecta principalmente a la población en edad reproductiva. Entre 1980 y 1988, la incidencia de la tuberculosis se incrementó en 50%. En 1985 fueron detectados 24,450 nuevos casos bacilares (124.1 por 100,000) y en 1989 27,003 (123.9 por 100,000). Las tasas de incidencia son mostradas en las Tablas 12 y 15. En 1990 el MINSAL reportó 50,000 casos de tuberculosis, 5,000 de los cuales fueron niños menores de 6 años. Los grupos más vulnerables son los adultos jóvenes y las personas que viven en condiciones de hacinamiento y en áreas de flujos migratorios, tales como los departamentos de Madre de Dios, Ucayali y Tacna.

Se han producido escasos progresos en el control de la tuberculosis debido a la insuficiente detección de casos y a la alta tasa de abandono temprano del tratamiento. La cobertura de la vacunación con BCG es actualmente muy alta en todas las áreas a excepción de Lima, donde menos del 75% de los infantes están vacunados. Sin embargo, la BCG no ha demostrado tener mucho impacto sobre la tuberculosis pulmonar y la Organización Mundial de la Salud no promueve actualmente esta vacuna. Se debe concentrar los recursos en otras actividades de control, tales como la motivación para que los individuos que han buscado atención completen el tratamiento y la detección y tratamiento de los casos que no han acudido a los establecimientos de salud.

Tabla No. 14

**Enfermedades Transmisibles Informadas, por Departamento, 1984  
(en orden de incidencia)**

Departamento	IRA	Gastro- enteritis y Disenteria	Tuber- culosis pulmonar	Tifoi- dea	Saram- pión	Helmin- tiasis	Paroti- ditis	Bleno- rragia	Viruela	Hepatitis Viral	Tos Convul- siva	Polio	Influenza
Callao	1	2	3	7	5	6	8	9	4	10	.	.	.
Lima	1	2	4	7	5	3	8	.	6	9	10	.	.
Ica	1	2	4	6	7	3	8	9	5	.	10	.	.
Arequipa	10	3	1	2	9	.	4	7	5	6	.	.	.
La Libertad	1	2	4	7	.	8	9	.	5	10	6	3	.
Tacna	6	1	2	4	5	.	3	.	9	10	8	.	.
Moquegua	1	2	7	5	.	4	8	9	6	10	.	.	3
Tumbes	1	2	.	5	10	4	7	6	9	8	.	3	.
Lambayeque	1	2	7	6	.	5	4	.	.	9	8	3	.
Loreto	3	2	6	7	.	1	.	.	8	.	10	4	10
Junín	1	2	4	6	7	3	.	10	8	.	.	5	6
Madre de Dios	2	4	5	8	.	3	.	9	7	10	.	1	9
Cajamarca	1	3	6	5	10	4	.	.	.	9	8	2	7
San Martín	1	3	6	5	10	2	8	7	.	9	.	4	7
Ancaezh	1	2	3	4	7	6	9	.	5	10	.	4	.
Amazonas	2	4	6	5	.	3	.	10	8	7	9	1	.
Ucayali	1	3	4	10	.	2	.	8	6	9	7	4	.
Huanuco	1	2	5	5	8	3	.	10	7	9	6	.	.
Piura	1	3	7	8	9	4	.	.	6	8	10	2	5
Pasco	1	2	6	5	7	4	.	.	10	8	9	.	3
Apurímac	1	2	6	5	10	4	7	.	9	8	.	.	3
Puno	1	2	3	5	6	4	.	9	8	.	7	.	.
Ayacucho	1	2	7	5	4	6	10	.	.	8	9	3	.
Cusco	1	2	6	4	10	3	.	.	8	7	.	5	9
Huancavelica	1	2	3	4	5	7	.	9	8	10	6	.	.
Total	1	2	5	6	8	3	9	13	7	11	12	4	10

Fuente: Ministerio de Salud, Departamento de Epidemiología.

### 2.5.2 Malaria

La incidencia de la malaria se ha incrementado desde 20,483 casos en 1982 a 35,442 en 1988. Asumiendo una población de 18 millones en 1982 y de 21 millones en 1988, estas cifras significan un incremento de casos informados desde 114 por 100,000 a 169 por 100,000. Si bien este incremento es aún bastante bajo, las primeras ganancias en el control de la malaria se están perdiendo y la prevalencia está retornando a una tasa similar que la de la década de los 50.<sup>20</sup> Desde 1986, cuando las acciones de control de la malaria alcanzaron su pico, estas acciones han disminuído gradualmente: en 1989, el control alcanzó solamente el 25% del nivel que tuvo en 1986. Con el 74% del país presentando condiciones ecológicas favorables al desarrollo y transmisión de la malaria, será un problema difícil de resolver. Siete millones de personas viven en estas áreas. La malaria es una enfermedad particularmente seria y debilitante para las mujeres embarazadas y tiene un efecto sinérgico con la desnutrición en los niños, debilitando la salud en general y causando algunas veces la muerte.

<sup>20</sup>La OPS observa que a inicios de los 80 las ocurrencias de malaria habían disminuído en tal grado que los funcionarios públicos de salud pensaron que la erradicación de la malaria era inminente (OPS 1986).

**Tabla No. 15**

**Tendencias en las Principales Enfermedades Transmisibles, 1980-1988  
(Por 100,000 habitantes)**

Año	Malaria	Tuberculosis (Todas sus formas)	Gastroenteritis y Otras Enfermedades Diarreicas
1980	86.6	92.6	398.6
1981	83.7	123.9	665.5
1982	113.1	119.2	842.5
1983	154.2	121.6	1097.3
1984	177.9	113.5	701.5
1985	170.1	125.9	996.7
1986	186.0	124.6	1049.8
1987	195.7	117.4	1150.5
1988	161.4	139.9	1337.3

Fuentes: MINSAL; INE, Proyecciones Revisadas de Población, 1980-2025

### **2.5.3 Fiebre Amarilla**

El número de casos de fiebre amarilla se incrementó desde 59 en 1985 a 120 en el 89, debido a la migración hacia las urbanas desde las áreas rurales con presencia de este virus. Se ha hecho poco por aumentar la cobertura de la vacunación de las personas que viven en estas áreas.

### **2.5.4 Rabia**

Cuarentiun casos de rabia fueron registrados en 1989, el doble del número informado en 1988. Esto se debió probablemente a la declinación de las acciones de vigilancia para controlar a los caninos y a la población afectada. Los brotes de rabia que se producen en Tumbes y Amazonas en 1990, causan alarma no sólo por la seriedad de la enfermedad sino también porque la vacuna no estaba disponible en la cantidad suficiente para tratar a los individuos expuestos. La incidencia de la rabia evidencia de esta manera serias deficiencias en el sistema de provisión y distribución de medicamentos. Este asunto será discutido luego en la sección de Organización y Políticas del Sector Salud.

### **2.5.5 Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)**

El primer caso de SIDA fue informado en el Perú en 1983. Para Agosto de 1990, 315 casos han sido informados y se espera diagnosticar más de 400 casos para 1991. A la fecha, casi todos los casos de SIDA han sido informados en el área de Lima y Callao.

Indudablemente, los casos de SIDA están subinformados debido a la inadecuación de los equipos y materiales para las pruebas diagnósticas, la falta de laboratoristas entrenados, el insuficiente financiamiento para mantener un sistema nacional de vigilancia, así como a los inadecuados servicios de salud.

Además, los casos diagnosticados de SIDA son el "pico del iceberg". Los expertos estiman que solamente del 15 al 20% de los individuos adultos infectados con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que causa el SIDA, desarrollarán el SIDA en los primeros 5 años que siguen a la infección y solamente la mitad de los adultos infectados con el VIH desarrollarán la enfermedad dentro de 10 años. La tasa de progresión desde la infección a la enfermedad es mucho más alta para los infantes; la mayor parte morirá después de un año de desarrollar la enfermedad.<sup>21</sup>

Se necesita más información acerca de la extensión de la infección con VIH en el Perú, especialmente entre los grupos de alto riesgo, tales como las prostitutas, homosexuales, adictos a drogas intravenosas y personas que reciben transfusiones sanguíneas. Las actividades educativas son de primera prioridad; la población debe estar informada acerca de la enfermedad y de la importancia del uso del condón. Junto con las actividades de educación e información, se debe incrementar la aceptación del condón.

---

<sup>21</sup>Chin, 1990. Citado por Moss y Bacchetti, 1989 (vi).

## IV. Situación Nutricional

La desnutrición continúa siendo el mayor problema de la salud en el Perú. La carencia alimentaria y las inadecuaciones dietéticas no son los únicos factores causantes de la desnutrición; otros factores son la pobreza general, así como la inadecuada salubridad y la ineficiente atención de la salud. Existen signos de que la nutrición de las poblaciones más vulnerables puede estar empeorando en la medida en que las condiciones económicas agravan todos estos factores.

### 1. Prevalencia de la Desnutrición

El siguiente análisis del estado nutricional en el Perú revisa los tres indicadores antropométricos más comúnmente usados para evaluar el estado nutricional usando la escala de la población de referencia del Centro Nacional para las Estadísticas de la Salud (National Center for Health Statistics o NCHS) recomendada por la OPS<sup>22</sup>:

- peso para la edad
- peso para la talla
- talla para la edad

#### 1.1 Peso para la edad

El peso para la edad es la medida graficada en las cartillas de control del crecimiento. Monitoreado en el tiempo puede detectar una deficiencia en el crecimiento normal. Monitoreado contra una escala normativa, el peso para la edad puede detectar déficits en la masa corporal total: bajo peso que es causado ya sea por un retardo en el crecimiento, ya sea por consunción (adelgazamiento). Esta es una buena medida "global" de la desnutrición.<sup>23</sup>

---

<sup>22</sup>Núñez R., Milagros y Maldonado F., Carmen, "Malnutrición Energético-proteica." Capítulo 8, en MINSAL/OPS, Situación Nutricional en el Perú, Lima, 1989.

<sup>23</sup>Las descripciones para las medidas antropométricas son tomadas de dos fuentes: Burgess, Ann P. y Burgess, J.L. "Desórdenes Nutricionales." Capítulo 8 en Lucas, A.O. y Gilles, H.M., editores. Un Pequeño Texto de Medicina Preventiva para los Trópicos, segunda edición, Londres, Hodder y Stoughton, 1984 (vi); y Ashworth, Ann y Dowler, Elizabeth, "Desnutrición." Capítulo 8 en Feachem, R.G. y Jamison, D.T. editores. Enfermedades y Mortalidad en el Africa del Sub-Sahara, Volumen II. Imprenta de la Universidad de Oxford, en prensa, 1990 (vi).

De acuerdo a la Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNSA) de 1984, el 13.4% de los niños peruanos estaban desnutridos en términos del peso para la edad. Esta cifra puede ser comparada con la tasa de desnutrición por peso para la edad de 15% de Villa El Salvador.<sup>24</sup>

## 1.2 Peso para la talla

El peso para la talla es una medida de los efectos de una aguda y severa inadecuación en la ingesta alimentaria que resulta en consunción o adelgazamiento. Esta condición está referida a la Malnutrición Aguda. La inadecuada ingesta alimentaria puede deberse a una enfermedad, a las prácticas de destete, a la pobreza de los alimentos en el destete o a las carencia alimentarias. La medida detecta los déficits en los tejidos y la gordura comparados con el monto esperado en un niño normal de la misma talla.

La ENNSA del 84 encontró que un número insignificante de jóvenes peruanos estaban agudamente desnutridos (menor que el peso para la talla normal). La baja incidencia de la desnutrición aguda puede deberse a el amamantamiento de los infantes durante sus primeros 6 meses.

Sin embargo, se espera que los datos recolectados por un nuevo sistema desarrollado por PRISMA mostrará altas tasas de desnutrición aguda durante el periodo hiperinflacionario. De hecho, los datos preliminares del estudio desarrollado por PRISMA en el Cono-Sur entre 1986 y 1988, revelan que la mortalidad infantil (entre 0 y 1 año de edad) crece de 25.1 a 30.3 muertes por 1,000 nacidos vivos, la mortalidad perinatal (muertes fetales a las 28 semanas de embarazo y las muertes de infantes de menos de una semana de nacidos) aumentó de 15.9 a 29.2 por 1,000 nacidos vivos, y la mortalidad en los niños (de 1 a 5 años de edad) se elevó de 3.9 a 6.2 muertes por 1,000.

Si, como este estudio y otra literatura similar parecen indicar, existe una relación entre la crisis económica y la nutrición, pueden ocurrir cambios dramáticos en 1990 y más adelante, como el empeoramiento de la desnutrición aguda en la población que ya está crónicamente desnutrida (ver abajo, 1.3 segundo párrafo). Afortunadamente, una característica de la desnutrición aguda es que es fácilmente reversible.

## 1.3 Talla para la Edad

La talla para la edad es una medida que detecta retardo en el crecimiento, o baja estatura, debido a una desnutrición previa. Esta forma de desnutrición, llamada

---

<sup>24</sup>Burleigh, Elizabeth. "Tendencias en la Nutrición 1965-1988 y Estrategia Nutricional de la AID 1990-1994.". El Salvador, Marzo 1989 (vi).

Desnutrición Crónica, es difícil de revertir. Puede o no estar asociada con la consunción (adelgazamiento) o desnutrición aguda. Ashworth y Dowler sugieren que la prevalencia del retardo puede ser usada como una medida de la deprivación social, porque refleja los patrones históricos de desnutrición.<sup>25</sup> La desnutrición aguda, de otro lado, es un índice de los actuales niveles de desnutrición.

La ENNSA del 84 encontró que el 37.5% de los niños peruanos sufrían de desnutrición crónica. Sin embargo, la cifra enmascara enormes diferencias regionales. La encuesta encontró que más del 50% de los niños menores de 6 años y más del 70% de los niños entre 4 y 5 años de edad en la Sierra sufrían de desnutrición crónica. Similarmente, en la región de la Selva fueron afectados más del 60% de los niños menores de 6 años y alrededor del 70% de los infantes entre los 12 y 24 meses. Se estima que la mitad de todos los peruanos sufre de los efectos de la desnutrición crónica, incluyendo 3 millones de niños menores de 14 años.

Obsérvese que la desnutrición aguda es una buena medida del estado nutricional actual en tanto que la desnutrición crónica refleja patrones históricos de desnutrición.

#### 1.4 Bajo Peso al Nacer

El bajo peso al nacer no es un problema importante en el Perú. En 1985, los niños con bajo peso al nacer (2,500 gramos o menos) significaron el 9% de los nacimientos. En dicho año el Perú muestra una incidencia de niños con bajo peso al nacer menor que la de Bolivia, Colombia y Ecuador (ver Tabla 3).

Si bien los niños nacen con un peso y una talla normales en la mayor parte de las regiones geográficas, después de los 6 meses ellos presentan signos de deficiencias nutricionales (particularmente retardo en el crecimiento o desnutrición crónica). Se produce algún mejoramiento después de los 24 meses, indicando que el periodo de destete es crítico (ENNSA, 1984).

## 2. Disparidades Regionales de la Desnutrición

La Tabla 16 ilustra las diferencias urbano-rurales, así como las tasas regionales de la desnutrición. La prevalencia de la desnutrición crónica (talla para la edad) en todas las áreas rurales del país es más del doble que la de las áreas urbanas: 57% vs 24%.

Los desbalances también son evidentes dentro de las diferentes regiones geográficas. Por ejemplo, la desnutrición es mayor en la Sierra, donde el 56% de los niños sufren de

---

<sup>25</sup>Ashworth y Dowler, 1990, p. 17

desnutrición crónica, que en la Selva, donde el 47% de todos los niños están crónicamente desnutridos. El patrón de la desnutrición crónica en las áreas urbanas de la Sierra y la Selva es similar al de la Costa Rural.

### **3. Deficiencias Nutricionales**

La encuesta nutricional 1966-67 conducida por el Instituto de Investigación Nutricional (IIN), usando los criterios de la OMS, encontró severas deficiencias yódicas en zonas de Sierra y Selva y una casi total falta de esfuerzos correctivos. En años recientes, Químicas del Pacífico (QUIMPAC) fue autorizada para producir sal yodada y comercializarla a través de la Empresa de la Sal (EMSAL). Sin embargo, ambas empresas son administradas por el estado y no han sido capaces de satisfacer la demanda.<sup>26</sup>

### **4. Tamaño de las Poblaciones Vulnerables**

Los grupos más vulnerables para la desnutrición son las mujeres embarazadas, los infantes y los niños entre 1 y 5 años de edad; un total de 5 millones de personas en 1990. La ENNSA estimó que 740,000 hogares peruanos tenían por lo menos un niño en edad pre-escolar desnutrido.

---

<sup>26</sup>MINSAL/OPS, Situación Nutricional en el Perú, Lima, 1989.

Tabla No. 16

Distribución de los Niños por Estado Nutricional, 1984

AREA		TALLA Bajo %	PARA LA Normal %	EDAD Alto %	PESO Bajo %	PARA LA Normal %	EDAD Alto %	PESO Bajo %	PARA LA Normal %	TALLA Alto %
Urbana		23.7	75.7	0.6	6.5	91.2	2.3	0.8	94.3	4.9
Rural		56.7	42.8	0.5	22.6	76.9	0.5	1.1	96.6	2.3
Total		37.8	61.6	0.6	13.4	85.1	1.5	0.9	95.3	3.8
REGION	AREA									
Costa	Urbana*	19.7	79.7	0.6	4.5	92.8	2.7	0.8	93.4	5.8
	Rural	39.9	59.6	0.5	12.7	86.4	0.9	0.9	95.7	3.4
	Total	22.5	76.8	0.6	5.7	91.8	2.4	0.8	93.8	5.5
Sierra	Urbana	36.5	62.8	0.6	11.0	87.7	1.3	0.7	96.4	2.9
	Rural	62.6	37.0	0.4	25.4	74.2	0.4	1.2	96.4	2.4
	Total	55.9	43.6	0.5	21.8	77.5	0.7	1.1	96.4	2.5
Selva	Urbana	35.2	64.3	0.5	16.0	83.2	0.8	1.1	97.8	1.1
	Rural	52.7	46.7	0.6	21.9	77.8	0.3	1.4	97.4	1.2
	Total	47.0	52.5	0.6	20.3	79.2	0.3	1.3	97.5	1.2
AREAS URBANAS										
Lima Metropolitana	Pueblos Jóvenes	19.2	79.9	0.9	3.0	94.2	2.8	0.2	92.8	7.0
	Otros	12.9	86.5	0.6	2.8	93.5	3.7	0.6	93.1	6.3
	Total	15.0	84.3	0.7	2.8	93.8	3.4	0.4	93.0	6.6
Otras Grandes Ciudades	Pueblos Jóvenes	32.0	67.4	0.6	8.0	90.4	1.6	0.6	95.6	3.8
	Otros	26.3	73.4	0.3	7.1	90.0	1.9	0.5	95.6	3.9
	Total	28.2	71.4	0.4	7.4	90.8	1.8	0.6	95.5	3.9
Resto Urbano		33.3	66.1	0.6	11.4	87.6	1.0	1.5	95.2	3.3

\* Incluye Lima Metropolitana

1 Bajo = 2 desviaciones estándar debajo de la media.  
 2 Normal = dentro de 2 desviaciones de la media.  
 3 Alto = más de 2 desviaciones estándar de la media.

Fuente: ENSSA, 1984

## V. Organización y Políticas del Sector Salud

### 1. El Sistema Nacional de Salud

#### 1.1 Organización

En esencia, el sistema nacional de salud del Perú comprende al Ministerio de Salud (MINSAL) y al Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS). Juntas, las dos instituciones son responsables de brindar servicios de salud a cerca del 90% de la población peruana. Sin embargo, las dos instituciones combinadas realmente sirven a la mitad de este porcentaje de la población.

Otros actores menos importantes en el sistema público son los servicios de salud de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional y de las Corporaciones Regionales de Desarrollo (CORDES).

El MINSAL establece las políticas nacionales de salud, dirige las medidas preventivas de salud a nivel nacional y debe satisfacer las necesidades del 60% de peruanos sin ningún otro recurso para la atención de su salud. Sin embargo, debido a los problemas de eficiencia en la entrega de servicios y al hecho de que muchos de los pacientes del MINSAL viven en áreas sin acceso a los establecimientos del MINSAL, solamente un estimado del 30% de los peruanos son efectivamente cubiertos por los servicios del Ministerio.<sup>27</sup>

El IPSS brinda beneficios de pensiones y de salud a los asalariados empleados permanentemente en el sector formal y a los independientes o auto-empleados. El IPSS también otorga atenciones de maternidad y servicios de planificación familiar a las esposas de los trabajadores y atención primaria de la salud y medicamentos a sus dependientes hasta los 14 años de edad. La población total potencialmente cubierta por el IPSS es igual a cerca del 27% de la población total del Perú.<sup>28</sup>

Los servicios de salud de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional, así como de las empresas estatales sirven solamente a sus empleados y dependientes (esposas y niños hasta los 18 años). Juntas estas instituciones alcanzan a un estimado de 3% de los servicios de salud y el 6% de los gastos nacionales en salud.

---

<sup>27</sup>Zschock, Dieter K., editor. El Cuidado de la Salud en el Perú: Recursos y Políticas. Westview Press, 1988, p. 259 (vi).

<sup>28</sup>La cobertura varía ampliamente entre departamentos. De acuerdo a las cifras del INE (1983) y del Banco Central (1984), la cobertura del seguro del IPSS fluctuó entre el 26.7% de la población en Lima al 9.8% en Ancash y al 2.72% en Amazonas.

La dispersión institucional caracteriza al sistema de oferta de salud y existen dificultades para la coordinación entre entidades autónomas. Las disposiciones legales aprobadas en 1985 para reforzar el rol del MINSAL no fueron exitosas.

El MINSAL tiene varias direcciones e institutos con autoridad técnica y administrativa sobre programas nacionales. Además, el sistema de servicios periféricos de salud está organizado en 28 unidades administrativas.<sup>29</sup> Cada unidad organizacional (llamada UDES o Unidad Departamental de Salud) es responsable de toda la infraestructura y de la implementación de programas dentro de su jurisdicción. Cada UDES está subdividida en varias subunidades denominadas UTES (Unidad Territorial de Salud) que supervisa los servicios de salud en zonas subdepartamentales.

En 1986 se ordenó que el MINSAL y el IPSS iniciaran la "integración funcional" de sus establecimientos de salud para ampliar la cobertura de los servicios. Con la integración funcional, el IPSS se responsabilizaría de la administración de todos los hospitales públicos. A su vez, el MINSAL asumiría el manejo de todos los centros y puestos de salud. El proceso de integración fue iniciado en tres departamentos. Once hospitales y un centro de salud fueron transferidos del MINSAL al IPSS; sin embargo, el personal del MINSAL permaneció en sus planillas y recibió pagos mucho menores a los del IPSS. Esto causó descontento entre el personal del Ministerio y el descalabro del proceso de integración. Este esfuerzo para reasignar los recursos públicos permanece estancado.

## 1.2 El Ministerio de Salud y el Proceso de Regionalización

Se supone que el proceso de regionalización actualmente en marcha cambiará significativamente la estructura del MINSAL, transfiriendo la mayor parte de las responsabilidades de entrega de servicios y de administración de los programas a las oficinas regionales y a los Gobiernos Municipales. El objetivo de la regionalización ha sido delegar la administración de la salud hacia abajo, a los niveles terminales y adecuarla más a las necesidades locales.

La descentralización está muy avanzada en cinco regiones: Arequipa, Grau, Amazonas, Mariátegui y Ucayali. No se ha previsto la regionalización del IPSS.

Las bases de la regionalización fueron establecidas en la Constitución Política de 1979 y transformadas en ley en 1987. El proceso se inició en la década de los 80, estableciendo el número y los límites de las regiones, los cuales han cambiado varias veces.

---

<sup>29</sup>Si bien existen 25 departamentos, realmente existen 28 unidades organizacionales, en tanto el área de Lima y Callao está subdividida en 4 de tales unidades.

En la actual configuración, se han formado 13 Gobiernos Regionales que incorporan a los 25 departamentos del Perú. Cada Región tiene una Asamblea y un Gobernador Regional electos así como un Consejo Regional. La Asamblea es responsable de la elaboración y vigilancia de las políticas, en tanto que el Gobernador y el Consejo Regional desempeñan funciones ejecutivas. En 1990, un mínimo del 2.5% de los fondos del Tesoro Público han de ser transferidos a los Gobiernos Regionales. Este porcentaje deberá incrementarse a 67% en un número no determinado de años.<sup>30</sup>

Una vez que la regionalización sea completada, los ministerios nacionales ya no tendrán autoridad supervisora directa sobre los servicios brindados dentro de las regiones.

El nuevo rol del Ministerio de Salud se centrará menos en la entrega de servicios y más en asuntos de política y gerenciación de la salud pública. El MINSAL estará a cargo de: la planificación estratégica, el análisis financiero y económico, el control de calidad de las medicinas y de los servicios de salud y de la asistencia técnica a las regiones.

Entre las actividades a ser regionalizadas se incluye: la operación y funcionamiento de los servicios de salud, contratación, administración y capacitación de los recursos humanos, planeamiento y programación local y administración de los recursos. Consecuentemente, cambiarán las necesidades de información para los diferentes niveles del sistema. Está en marcha un proyecto de sistemas de información administrativa y sanitaria (HIS/MIS) que debe ajustarse para satisfacer estas necesidades recién definidas. Este proyecto es discutido con más detalle en la sección sobre el Rol de las Organizaciones Donantes.

Aún después que el proceso de regionalización haya sido totalmente implementado, la programación de la cooperación externa, los proyectos de inversión, la adquisición y distribución de medicinas y vacunas, la planificación estratégica y la asistencia técnica a las regiones permanecerán bajo la responsabilidad del nivel central del MINSAL. Ciertos programas nacionales, tales como el Programa Ampliado de Inmunizaciones, también serán administrados centralmente.

Aunque el sistema de vigilancia epidemiológica tendrá su cuartel general en el MINSAL, debe ser rediseñado para adaptarse a las nuevas responsabilidades de los niveles intermedios y locales para mejorar la evaluación de las necesidades y la entrega de servicios de salud. También surgirá la necesidad inmediata de capacitar al personal técnico y administrativo en los nuevos niveles para usar los datos que produce el sistema de vigilancia.

---

<sup>30</sup>Cavanaugh, Karen. "Perú: Contexto Actual de la Programación Social para Aliviar la Pobreza". Informe preparado para la IV Región de América Latina, División de Recursos Humanos, Banco Mundial, Washington D.C., 25 de Julio de 1990, p. 10-11 (vi).

Durante el periodo de transición, el MINSAL cubrirá algunas responsabilidades locales hasta que el nivel local esté adecuadamente preparado para asumirlas.

### 1.3 Instalaciones

Las instalaciones para la atención de la salud están fuertemente concentradas en las áreas urbanas más grandes. El número y tipo de instalaciones son presentados en la Tabla 17.

**Tabla No. 17**  
**Instalaciones de Salud, 1985**

Tipo de Instalación	Total	MINSAL	IPSS	Sector Privado
Hospitales	332	123	18	191
Centros de Salud	712	586	76	50
Puestos de Salud	1,821	1,728	86	7
Camas Hospitalarias	31,824	19,722	4,966	7,136

Fuente: OPS, 1986.

La Tabla 18 muestra que el número total de instalaciones de salud en el Perú se incrementó entre 1984 y 1988, pero desde entonces no se ha incrementado sustancialmente. El mayor crecimiento ocurrió entre los centros de salud del MINSAL (más de 27%) y los puestos de salud (un incremento de 66%).

Esto ilustra un giro en los recursos desde los servicios basados en los hospitales hacia la atención primaria de la salud, al menos en las inversiones de capital. Sin embargo, a pesar del rápido crecimiento de los centros y de los puestos de salud, muchos de estos establecimientos permanecen inadecuadamente equipados y sin personal.

**Tabla No. 18**

**Infraestructura del Ministerio y del Sector Salud  
1988-1990**

Año	Hospitales		Camas		Camas/1000 Habs		MINSAL	
	Total	MINSAL	Total	MINSAL	Total	MINSAL	Centros	Puestos
1980	330	114	33,181	18,286	1.92	1.44	630	1,538
1981	331	115	33,511	18,616	1.89	1.42	670	1,608
1982	335	119	33,815	18,920	1.86	1.39	732	1,668
1983	342	122	34,646	19,722	1.85	1.39	772	1,815
1984	345	123	35,132	20,168	1.83	1.28	798	1,895
1985	349	125	35,432	20,468	1.77	1.24	844	2,015
1986	353	127	35,732	20,768	1.77	1.06	920	2,600
1987	353	127	35,832	20,868	1.73	1.04	963	2,851
1988	368	127	35,832	20,868	1.69	1.02	1,012	3,148
1989	368	127	35,832	20,868	1.64	0.96	1,020	3,162
1990	368	127	35,832	20,868	1.60	0.93	1,020	3,173

Fuente: Dirección Técnica de Informática y Documentación, MINSAL, 1990.

Entre 1980 y 1990 el número de hospitales del MINSAL se incrementó levemente: 13 nuevos hospitales fueron construidos y las camas aumentaron en 14% (2,600 camas), como se ve en la Tabla 18. Claramente, en términos de camas hospitalarias per cápita el incremento no siguió el paso del crecimiento poblacional. Sin embargo, la tasa de camas puede ser de limitada utilidad en tanto la medida no toma en cuenta la distribución geográfica de las camas de acuerdo a las concentraciones poblacionales o a las reales necesidades de salud.

Aún cuando el número total de instalaciones de salud parece ser adecuado para un país de 21 millones de personas, muchas áreas rurales están burdamente desatendidas. Es especialmente notable la concentración de los hospitales de atención secundaria y terciaria en las áreas urbanas de la Costa, particularmente en el área de Lima y Callao. La capital concentra el 55% de todas las camas hospitalarias, aunque la ciudad cuenta con solamente el 28% de la población peruana.

Los centros y puestos de salud están mejor distribuidos que los hospitales aunque las necesidades aún exceden la oferta en las áreas urbanas y rurales. Muchas instalaciones son requeridas en las áreas rurales de Cajamarca, Lambayeque, Cusco y Huancayo, así como en los pueblos jóvenes de Lima. Nuevamente, como fue establecido antes, a pesar de la reciente rápida expansión del sistema de centros y puestos de salud, muchos permanecen sin personal y pobremente equipados.

## 1.4 Problemas de Eficiencia

### 1.4.1 Hospitales

La mayor parte de los expertos peruanos en salud creen que el MINSAL opera hospitales demasiado grandes plagados de ineficiencias administrativas. Ellos arguyen que el MINSAL podría despojarse así mismo de los grandes establecimientos y retener solamente los hospitales de tamaño mediano más eficientes. La hipótesis acerca de que las deficiencias operacionales son inherentes a los grandes hospitales necesita ser comprobada. Parece cierto, sin embargo, que el sector privado es un administrador hospitalario más eficiente.

La estadía promedio en los hospitales del sector público peruano es de 11 días, casi el doble que la de otros países de la región. Si bien algo de esta larga duración de la estadía puede deberse al hecho de que en el Perú los pacientes siguen enfermos, es improbable que ésta sea la única razón de la diferencia. Puede ser que las políticas de egresos permitan que los pacientes que no están gravemente enfermos permanezcan en los hospitales, o que la falta de personal en los servicios auxiliares o la inadecuada programación del uso de la sala de operaciones signifique que los pacientes permanezcan días extras esperando que los diagnósticos o las operaciones sean efectuados.

Además, cuando un hospital no está operando a plena capacidad pueden existir una menor presión para que los pacientes egresen. También pueden haber pocas alternativas de lugares de atención, como instalaciones para la atención ambulatoria de pacientes externos.

Un estudio publicado en 1988 indicó la carencia de camas hospitalarias en algunas áreas. Una opción para aliviar esta carencia podría ser reducir la duración de la estadía. Otra estrategia podría ser establecer cobros modestos para desalentar la excesiva utilización. Este asunto será examinado cuidadosamente para asegurar que el acceso a los hospitales no sea negado a los que realmente lo necesitan.

La información acerca de los costos totales de los hospitales y de los costos unitarios de los servicios deberá ser analizada para detectar áreas de ineficiencia productiva. Los costos totales deberán ser examinados por departamento, mientras que los costos unitarios deberán ser focalizados en los costos de paciente por diagnóstico (para solamente unos pocos diagnósticos claves), así como en los costos unitarios de los procedimientos o servicios hospitalarios "intermedios", tales como pruebas de laboratorio, rayos X y días de atención de enfermería. Esta información deberá ser luego comparada entre hospitales para determinar los factores que conducen a bajos o a altos costos. Los datos también deberán ser compartidos con el personal administrativo y profesional de los hospitales el cual puede tener sugerencias para mejorar la composición y la eficiencia de los costos. Finalmente, esta información será útil para que los planificadores desarrollen nuevos

sistemas de reembolso para pacientes con servicios de terceros o métodos para la recuperación de costos.

#### *1.4.2 Localización de las Instalaciones*

La inadecuada planificación de la ubicación de las instalaciones de salud, particularmente de los hospitales, ha dado por resultado que servicios similares compitan dentro de la misma área de mercado y generen una excesiva capacidad instalada. Por ejemplo, en algunas regiones, hospitales de similar tamaño dirigidos por el MINSAL, el IPSS y el sector privado existen lado a lado. Esto es especialmente cierto en el área de Lima y Callao.

Las actividades asociadas con el modelo hospitalario-curativo y con la administración centralizada absorbe el 80% de los recursos del MINSAL y casi todos los recursos del IPSS. Sin embargo, las poblaciones marginales rurales y urbanas que tradicionalmente han sido identificadas por el MINSAL como "grupos prioritarios" permanecen desatendidas. Los logros actuales, tales como las campañas de vacunación masiva y el incremento del número de puestos de salud, aún no son significativos en términos de la mejora de la distribución de recursos financieros y humanos.<sup>31</sup>

#### *1.4.3 Condición de la Infraestructura*

Muchos establecimientos peruanos de salud están en condiciones precarias. Los sistemas de agua, desagüe y electricidad en muchas áreas o no funcionan o están seriamente dañados. El equipamiento médico es viejo como los edificios. La reparación y el mantenimiento son difíciles de cumplir debido a la gran variedad de marcas de los equipos. Además, muchos establecimientos carecen del monto mínimo del equipamiento requerido para una operación apropiada.<sup>32</sup>

---

<sup>31</sup>Varillas, Alberto y Mostajo, P. La Situación Poblacional Peruana, INANDEP, 1990, P.423.

<sup>32</sup>El proceso de regionalización puede mejorar la distribución de las instalaciones de salud, en tanto las autoridades locales deberán tener un mejor conocimiento de las necesidades.

## 1.5 Recursos Humanos

La Tabla 19 muestra la evolución de los recursos humanos en el Ministerio de Salud, desde 1985 hasta 1990. Globalmente, el personal en planilla del MINSAL se ha incrementado en 12% en un periodo de 5 años.

Durante este periodo la cantidad de personal profesional creció en 28%. El personal técnico se incrementó enormemente, saltando de menos de 4,000 en 1984 a más de 28,000 en 1990. En el mismo tiempo, la cantidad de personal auxiliar y de obreros cayó precipitadamente. Esto se debió probablemente a la práctica de la promoción de los trabajadores auxiliares y de los obreros a otras categorías, en un esfuerzo por mejorar sus salarios. Desafortunadamente, las promociones fueron raramente acompañadas por capacitación adicional y es probable que la mayor parte del personal técnico continúe actualmente desempeñando tareas auxiliares y manuales bajo una nueva categoría.

En relación al tema, se ha producido una concentración del personal del MINSAL en posiciones administrativas en el nivel central, creando una engorrosa burocracia. Es difícil evaluar esta concentración sin tener mayor detalle acerca de cómo están definidas y dónde está realmente colocado el personal. Por ejemplo, personal de salud puede estar nombrado como auxiliar de enfermería pero puede estar desempeñando trabajos administrativos en las oficinas de MINSAL en Lima, en vez de estar tratando pacientes.

La Tabla 19 muestra que la cantidad de personal en la categoría "apoyo administrativo" constituye el 20% del personal total en 1990. En 1985 y 1987, el porcentaje de personal administrativo fue aproximadamente el mismo. Sin embargo, en 1988 la cifra aumentó en 13% (tal vez debido al fenómeno promocional descrito arriba). Pero es altamente probable que alguna proporción desconocida del personal profesional, técnico y auxiliar también esté incluido en cargos administrativos.

**Tabla No. 19****Personal del MINSAL por Grupo Ocupacional, 1985, 1987-1990**

Grupo Ocupacional	1985	1987	1988	1990	% de Cambio
Ejecutivo	356	832	826	895	151
Profesional	14,542	16,922	17,899	18,588	28
Técnico	3,471	14,757	22,029	28,356	717
Auxiliar	19,571	11,237	18,877	5,756	-71
Apoyo					
Administrativo	11,810	12,606	9,289	13,342	13
Obreros	13,055	10,784	379	3,615	-72
Total	62,805	67,138	69,299	70,552	12

Fuente: Dirección Técnica de Desarrollo de Recursos Humanos, MINSAL.

La Tabla 20 provee información detallada acerca del personal médico y técnico del MINSAL en 1988. Solamente el 34% de estos trabajadores (8,845) estaba involucrado en la entrega de atención primaria de la salud en los centros y puestos de salud. El 66% restante trabajaba en los hospitales y en otros lugares.

**Tabla No. 20****Personal del MINSAL Trabajando en Servicios Preimarios de Salud, 1988**

	Puestos y Centros de Salud	Total
Médicos	1,349	5,427
Dentistas	476	769
Obstetrices	441	1,318
Nutricionistas	41	231
Enfermeras	1,125	5,206
Técnicos en Enfermería	2,724	9,579
Técnicos Sanitarios	2,444	2,738
Técnicos de Laboratorios	245	1,041
TOTAL	8,845	26,309

Fuente: Modelo de Programación Para la Atención Básica de Salud, MINSAL

En general, la razón habitantes por médico y por enfermera en el sector público mejoró en algo entre 1985 y 1990: de un médico por 1,089 habitantes a un médico por 995 habitantes y de una enfermera por 1,505 a una por 1,294. Sin embargo, los recursos humanos están altamente concentrados en Lima y en las grandes ciudades del país. Mientras en Lima existe un médico por 436 habitantes, en algunos remotos lugares existe un médico por 47,500 habitantes. Las estadísticas son similares para las enfermeras. La Tabla 21 ilustra que la distribución de los recursos humanos es manifiestamente desigual tanto en el sistema de salud público como en el privado.

**Tabla No. 21**

**Distribución de los Médicos por Región (%), 1984**

REGION	IPSS	MINSAL	Privados
Selva	0.1	3.4	4.0
Sierra Norte	8.4	6.2	3.5
Sierra Sur	10.1	9.1	9.6
Costa Norte	13.7	7.0	13.3
Lima Costa	66.0	70.2	66.0
Costa Sur	1.7	4.0	3.6
TOTAL	100.0	100.0	100.0

Fuente: Zschock, D.K. y otros, op. cit.

## 1.6 Logística y Abastecimientos

El sector salud en el Perú sufre de dos problemas que afectan el abastecimiento: un inadecuado sistema logístico e insuficientes adquisiciones de fármacos y de otros suministros esenciales.

### 1.6.1 Logística

Tal vez el peor cuello de botella que limita la efectividad del MINSAL sea la entrega y la provisión a destiempo de medicamentos y de otros suministros. Los problemas ocurren en varios puntos a lo largo de la cadena de abastecimiento causados por factores humanos, inadecuada información y transporte insuficiente.

El almacén central del MINSAL embarca los pedidos de mercaderías a las oficinas administrativas de nivel departamental, las UDES. Cada UDES a su vez, es responsable

de abastecer a un promedio de más de 100 centros y puestos de salud. Está previsto que las UDES reciban microcomputadoras donadas por el proyecto HIS/MIS. En ese momento, las UDES podrán asumir la responsabilidad del seguimiento de las mercaderías en los puntos de entrega individual de servicios. Sin embargo, no sería deseable ni práctico que la oficina central intentara monitorear los inventarios de más de 3000 establecimientos.

En contraste, la seguridad social (el IPSS) debe abastecer a aproximadamente 275 establecimientos y puede efectuar el seguimiento de todas sus mercaderías con un sistema de monitoreo logístico.

Satisfacer las necesidades de las UDES más lejanas es un problema constante. Por ejemplo, cuando los pedidos son efectuados por la oficina central, el almacén central a menudo coloca la orden en una parihuela hasta recibir un número de órdenes adicionales (aunque sin relación entre sí) suficiente para justificar un embarque. La oficina central supone que la orden ha sido embarcada por el almacén central. No existe ningún mecanismo para indicar cuando los embarques salen del almacén y llegan a los puntos de almacenamiento de nivel local.

Un sistema computarizado de logística podría permitir a la oficina central (y a las oficinas locales una vez que estén computarizadas) anticipar las órdenes; proveer lo que se necesita en el tiempo y en el monto correctos; identificar tendencias en los retardos informados; y analizar la distribución y uso por los establecimientos individuales, según tipo y localización geográfica de los mismos. Tal sistema debería ser capaz de monitorear los ingresos, egresos y ajustes (pérdidas y préstamos entre establecimientos) y efectuar el seguimiento de los fármacos por fecha de manufactura.

Sin embargo, aún con un mejor sistema de seguimiento de los suministros, el MINSAL simplemente no es capaz de abastecer eficientemente a sus establecimientos de salud más lejanos. Una alternativa podría ser subcontratar el abastecimiento y transporte con compañías privadas especializadas sobre bases competitivas. El MINSAL ya ha comenzado a explorar esta opción para el suministro de anticonceptivos para el Programa Nacional de Planificación Familiar.

### *1.6.2 Adquisiciones*

El abastecimiento de medicamentos esenciales en el sector público de salud es un antiguo problema. Aunque el Gobierno Peruano intenta resolver los cuellos de botella a través de licitaciones nacionales y aún internacionales, y de otros mecanismos, para la producción y adquisición de medicamentos esenciales, los problemas de adquisiciones persisten.

En primer lugar, el sector público no adquiere los productos farmacéuticos en bloque para todas las entidades públicas, lo cual aseguraría óptimas economías de escala.

De hecho el MINSAL, el IPSS y las Fuerzas Armadas mantienen sus propios petitorios de medicinas esenciales y listados de marcas. El IPSS tiene un mayor presupuesto para medicinas que el MINSAL aún cuando sirve solamente a la mitad de personas. Además, el Ministerio de Industrias y el MINSAL a menudo han tenido enfrentamientos sobre la regulación de los precios.

Finalmente, la actitud de la población acerca de los medicamentos básicos abastecidos por el MINSAL es generalmente negativa. Para las compañías locales y para subsidiarias del extranjero, el clima ha sido negativo debido a la pobreza económica, a las crónicas restricciones de precios (las que en la administración de García obligaron a algunas firmas dejar el Perú) y a los altos aranceles para la importación de químicos.

Un reciente estudio efectuado por el proyecto de Financiamiento y Factibilidad de la Salud con fondos de AID-Washington encontró que el presupuesto del MINSAL ha decrecido junto con la economía peruana, los gastos en personal tales como salarios y pensiones (considerados usualmente como fijos) han consumido una parte creciente de los recursos disponibles. De hecho, en algunas áreas casi el 100% de los recursos gubernamentales para salud son gastos en salarios y pensiones. A consecuencia de ello, los medicamentos, los suministros y el mantenimiento han comenzado a significar cada vez menos en los gastos totales de salud.

Las opciones para disminuir los costos y los posibles medios para recuperar los costos de los fármacos a través de cobros a los usuarios y de otros mecanismos comunitarios de financiamiento, deben ser considerados como soluciones a largo plazo. Adicionalmente, en tanto existen en el Perú numerosas firmas farmacéuticas que elaboran y empaquetan para otras compañías, podría desarrollarse una industria de medicamentos genéricos.

## **1.7 El Instituto Peruano de Seguridad Social**

### **1.7.1 Historia**

La institución corporativa de salud más importante del Perú es el Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS). En 1972 y 1973, los programas de retiros y pensiones de los sectores público y formal privado fueron unificados y colocados bajo la administración del IPSS. En 1979, también fueron integrados los programas de atención de la salud y de maternidad para obreros y empleados de los sectores público y privado. A pesar de los esfuerzos por unificarlo, el sistema de seguridad social peruano es altamente estratificado y su cobertura es limitada.

### **1.7.2 Población Servida**

El IPSS proporciona beneficios de salud y de pensiones a los empleados (y dependientes) del sector formal, a los empleados del Gobierno y de las empresas públicas y a aquellos individuos autoempleados que desean efectuar sus aportaciones a la institución.

Aunque el IPSS potencialmente cubre un estimado del 26% de la población peruana, incluyendo a los dependientes hasta los 14 años de edad (5.63 millones de personas en 1986) realmente sirve a sólo 1.9 millones de personas aproximadamente, o sea el 9% de la población en 1989 (IPSS, 1990).

El bajo nivel de la cobertura real del IPSS se debe a varios factores. En primer lugar, una baja proporción de los trabajadores contratados en el sector formal con sueldos y salarios pre-establecidos, particularmente en las áreas rurales, realmente tienen la tarjeta de acreditación de derechos del IPSS indispensable para recibir los servicios. Solamente un pequeño número de trabajadores empleados en la agricultura y en la pesquería (5.5%) y de trabajadores de hoteles y restaurantes (18.7%) portaba la tarjeta del IPSS

En segundo lugar, solamente un estimado de 2.3% de los trabajadores independientes o autoempleados optan por efectuar las contribuciones relativamente costosas que se les exige (18% de sus ingresos versus la contribución de 6% para los trabajadores asalariados). En tercer lugar, muchos empleadores se resisten a efectuar sus contribuciones (16% de los ingresos) y una gran proporción de la fuerza laboral del sector formal gana menos del salario mínimo usado para calcular la contribución mínima legal. Finalmente, las altas tasas de desempleo presagian una real declinación de la cobertura.

### **1.7.3 Servicios Prestados**

Los programas médicos y de maternidad del IPSS brindan cobertura a los trabajadores asegurados, a sus esposas o convivientes y a los niños menores de 14 años. Los servicios de salud son proporcionados directamente a través de 2 hospitales nacionales (ambos localizados en Lima), 10 hospitales regionales, 15 hospitales zonales y 84 policlínicos y centros de salud. El IPSS en algunas oportunidades establece convenios con clínicas privadas para la atención de sus pacientes, los cuales deben pagar los servicios recibidos y ser reembolsados luego por el IPSS. Las tasas de reembolso son establecidas por el IPSS.

Las esposas y convivientes están cubiertas solamente por los beneficios de maternidad y planificación familiar. Los niños hasta los 14 años son elegibles para la atención preventiva y ambulatoria y para las medicinas, pero no para la hospitalización. Las trabajadoras reciben subsidios de licencia por maternidad; éstas, así como las cónyuges reciben subsidios por lactancia. Hasta 1985, la cobertura a los dependientes solamente alcanzaba a los infantes.

Las estadísticas de servicios de 1987 muestran un total de 7 millones de consultas y 170,000 egresos hospitalarios, para una población informada de 1'879,575 trabajadores y dependientes.<sup>33</sup> Lo anterior significa un promedio de 3.7 consultas por persona, con una tasa de hospitalización de cerca de 9%. Estas cifras de utilización son altas, comparadas a las estadísticas de utilización del MINSAL.

Las tasas de utilización para los servicios de los hospitales y policlínicos del IPSS son por lo menos el doble de las del MINSAL. Muy probablemente la diferencia se debe al hecho de que los establecimientos del IPSS están mejor equipados y abastecidos, por lo que brindan servicios de mejor calidad que el MINSAL. En el Perú como en cualesquiera otro lugar de América Latina, existen enormes diferencias en los recursos disponibles per cápita entre las seguridades sociales y los ministerios de salud; en términos per cápita, el presupuesto del IPSS es tres veces mayor que el presupuesto del MINSAL. Sin embargo, como se ilustra en la siguiente tabla, esta diferencia se estrecha. Las cifras de los MINSAL y de los institutos de seguridad de Panamá y Ecuador han sido incluidas como contraste.

**Tabla No. 22**

**Comparación de la Razón Cobertura/Gastos  
entre los MINSAL y las Seguridades Sociales  
en Países Seleccionados de América Latina**

	PERU 1983/1986		PANAMA 1980		ECUADOR 1980	
	MINSAL	IPSS	MINSAL	ISS	MINSAL	ISS
Cobertura*	86/72	14/28	45	55	89	11
Gastos**	53/45	47/52	34	65	59	41
Razón	.62/.63	3.35/1.85	.76	1.18	.66	3.72

\* Cobertura total potencial como porcentaje de la población, MINSAL e IPSS  
\*\* Porcentaje del gasto público en salud, MINSAL e IPSS

Fuentes: Datos para MINSAL/IPSS de Perú de Varillas, A. y Mostajo, P. La Situación Poblacional Peruana, INANDEP, 1990. Datos comparativos de Mesa-Lago, Financiamiento del Sistema Nacional de Salud, Informe del Seminario # 42 del Banco Mundial (vi), 1989.

---

<sup>33</sup>El IPSS ha informado esta cifra, que probablemente representa realmente a los portadores de la tarjeta del IPSS y a sus dependientes registrados. El número total de personas "formalmente cubiertas" por el IPSS en 1986 fue de 5.63 millones.

Los problemas económicos que enfrenta el Perú han agravado la tarea de financiar la salud para los peruanos. Además, como el sector formal se ha retraído, el sector informal ha crecido. Esta situación ha hecho difícil que la seguridad social asuma una parte mayor del presupuesto público de salud.

Como la Tabla 23 lo ilustra, los recursos disponibles para el MINSAL y el IPSS han declinado significativamente en la primera mitad de la década de los 80. Para mayor dificultad, ninguna de las instituciones han hecho uso eficiente de estos recursos. Existen problemas reales en la asignación de los recursos; ambas instituciones han favorecido el incremento del personal sobre el afianciamento de un adecuado abastecimiento de bienes (principalmente fármacos, equipos y repuestos). Como resultado de ello, la calidad de los servicios se ha deteriorado y su impacto sobre la salud ha disminuído.<sup>34</sup> La Tabla 23 también revela una tendencia ascendente en los gastos del sector privado durante este periodo.

**Tabla No. 23**

**Composición de los Gastos del Sector Salud, 1980-1984**  
(totales en millones de dólares)

Subsector	1980		1981		1982		1983		1984	
	Total	%								
Ministerio de Salud	232.5	32.0	237.7	29.3	212.8	26.9	201.0	28.3	200.7	27.4
Seguridad Social	232.9	32.1	304.2	37.4	301.4	38.0	229.4	32.3	240.5	32.9
Otros Públicos	50.9	7.0	52.9	6.5	51.6	6.5	45.0	6.3	45.7	6.2
<b>Subtotal Público</b>	<b>516.3</b>	<b>71.1</b>	<b>594.8</b>	<b>73.2</b>	<b>565.7</b>	<b>71.4</b>	<b>475.4</b>	<b>66.9</b>	<b>486.9</b>	<b>66.5</b>
Sector Privado	209.3	28.9	217.6	26.8	226.6	28.6	235.6	33.1	245.0	33.5
<b>Total Sector Salud</b>	<b>725.6</b>	<b>100.0</b>	<b>812.5</b>	<b>100.0</b>	<b>792.4</b>	<b>100.0</b>	<b>711.1</b>	<b>100.0</b>	<b>731.8</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Zschock, D., op. cit.

## 1.8 Financiamiento del Sistema Nacional de Salud

### 1.8.1 Financiamiento del MINSAL

En la mayor parte de la década de los 80 ha habido una disminución del monto de los recursos financieros públicos disponibles para todos los sectores sociales, incluyendo el sector salud. Esto ha ocurrido a pesar de los esfuerzos de los gobiernos para proteger al sector salud del impacto de los cortes presupuestales mediante el incremento de la

<sup>34</sup>Varillas, A. y Mostajo, P., La Situación Poblacional Peruana, INANDEP, 1990. p. 423.

proporción de los gastos del gobierno central asignados a salud. En 1990, el 7.4% del presupuesto total del gobierno fue asignado a la salud, comparado con solamente el 3.9% de 1980.

Entre 1980 y 1985, el Ministerio perdió el 8.6% de su capacidad de compra. Después de 1985, aumentaron las dificultades financieras con un 41% de pérdida en la capacidad de compra entre 1985 y 1989. Para 1990, el presupuesto del MINSAL disminuyó en un estimado de \$155 millones, simplemente el 77% de los gastos de 1984. Los cortes presupuestales han afectado primeramente a los gastos corrientes lo que conduce a una declinación en las compras de suministros y equipos. Estos cortes también han afectado la puesta en operación de los establecimientos recientemente construídos y equipados.

Los datos preliminares del reciente estudio desarrollado por el Proyecto de Financiamiento y Factibilidad de la USAID-Washington en Arequipa sugieren una aguda crisis financiera en el sector salud. Debido principalmente a la presión inflacionaria el MINSAL está encontrando imposible pagar muchos costos corrientes: casi todo el financiamiento público existente está siendo usado en el pago a los trabajadores, dejando insuficientes fondos para la compra de medicamentos y otros suministros esenciales.

### *1.8.2 Financiamiento del IPSS*

El sistema de seguridad social es financiado por la contribución de los trabajadores, de los empleadores y del Gobierno (88.4% de los ingresos del IPSS) y por el retorno de su cartera de inversiones (10.3% de sus ingresos). Las contribuciones de los trabajadores representan el 6% de las planillas, la cuota de los empleadores es de 14% y el Estado efectúa una contribución social de 2%. Los trabajadores independientes o auto-empleados contribuyen con un 18% de su ingreso mensual.<sup>35</sup>

Los ingresos del IPSS dependen de las variaciones en el nivel de la actividad económica formal; consecuentemente, su ingreso corriente ha decaído significativamente debido tanto al desempleo como al pobre rendimiento de sus inversiones. Respecto a lo último, dos estimaciones recientes de la tasa de retorno de la cartera del IPSS -- mayormente invertida en depósitos locales a plazo fijo (71.8%) y en inmuebles (17.8%) -- en el periodo de 1980 a 1987 fluctuó entre menos 20.6% y menos 29.4%. Una tercera estimación para el periodo 1980-85 muestra un retorno de la inversión de menos 40% (Mesa-Lago, 1990).

El IPSS puede anticipar la continuidad de los problemas a la luz de la inestable situación económica. La declinación del presupuesto público de salud (tanto del presupuesto del MINSAL como del IPSS) es ilustrado en la Tabla 23. En 1987, el

---

<sup>35</sup>Mesa-Lago, Carmelo, 1990, en McGreevey, op. cit.

presupuesto ejecutado del IPSS para salud fue de \$244 millones, lo que representa \$119 por beneficiario.<sup>36</sup>

### *1.8.3 Gastos y Cobertura del Sector Público*

De acuerdo a la Tabla 24, en 1984 los gastos del sector público en servicios médicos comprendieron al 89% (\$487 millones) del total. De estos \$487 millones, el MINSAL gastó el 36.5% (\$200 millones) y el IPSS el 49.5% (\$241 millones). Los otros proveedores del sector público, tales como las Fuerzas Armadas, gastaron el 9.4% (\$46 millones).<sup>37</sup>

El sector público brinda cobertura al 47.4% de la población (9 millones de personas). De esta población, el MINSAL sirve al 26.3% (10.5% en áreas urbanas y 15.8% en áreas rurales).<sup>38</sup> El IPSS sirve al 18.4% de la población, y otros sirven al 2.6%. Obsérvese que los datos previamente citados para 1989 muestran que la cobertura de los servicios del IPSS ha bajado al 9% de la población total.

---

<sup>36</sup>El IPSS informa las cifras presupuestales. Los beneficiarios totalizan 1'879,575, como se estableció arriba.

<sup>37</sup>Los otros proveedores públicos de salud son las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional.

<sup>38</sup>Obsérvese, sin embargo, que el gasto per cápita del MINSAL es el doble en las áreas urbanas que en las rurales.

**Tabla No. 24**

**Gastos Estimados del Sector Salud y Cobertura de Población, 1984**

	Gastos (millones de \$)		Cobertura de Población (000)		Gastos Per Cápita (\$)	Gastos en Servicios Médicos (%)
	Total	(%)	Total	(%)		
<b>A. SERVICIOS MEDICOS</b>						
<b>Sector Público</b>						
Ministerio de Salud						
Urbano	120.00	16.4	2000	10.5	60	21.9
Rural	80.00	10.9	3000	15.8	27	14.6
Seguridad Social	241.00	33.0	3500	18.4	69	44.0
Otros	46.00	6.3	500	2.6	92	8.4
<b>Subtotal Público</b>	<b>487.00</b>	<b>66.6</b>	<b>9000</b>	<b>47.4</b>	<b>54</b>	<b>89.0</b>
<b>Sector Privado</b>						
Seguros de Salud	10.75	1.5	215	1.1	50	2.0
Empleadores	4.25	0.6	85	0.4	50	0.8
Cooperativas						
Urbanas	18.00	2.5	900	4.7	20	3.3
Rurales	5.00	0.7	100	0.53	15	0.9
ONGs						
Urbanas	13.00	1.8	1300	6.8	10	2.4
Rurales	9.00	1.2	900	4.7	10	1.6
<b>Subtotal Privado</b>	<b>60.00</b>	<b>8.3</b>	<b>3500</b>	<b>18.4</b>	<b>28.6</b>	<b>11.0</b>
<b>TOTAL MEDICO</b>	<b>547.00</b>	<b>74.9</b>	<b>12500</b>	<b>65.8</b>	<b>43.8</b>	<b>100.0</b>
<b>B. GASTOS DOMESTICOS</b>						
Urbanos Ricos	15.00	2.0	500	-	30	-
Urbanos Pobres	4.00	0.5	1000	-	4	-
Rurales Pobres	20.00	2.7	5000	-	4	-
<b>TOTAL DOMESTICO</b>	<b>39.00</b>	<b>5.3</b>	<b>6500</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
<b>C. FARMACEUTICOS</b>	<b>145.00</b>	<b>19.8</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
<b>TOTAL SECTOR SALUD</b>	<b>731.00</b>	<b>100.00</b>	<b>19000</b>	<b>100.00</b>	<b>38.8</b>	<b>-</b>

Fuente: Adaptado de Zschock, D., op. cit.

#### 1.8.4 Gastos y Cobertura del Sector Privado

La misma tabla muestra que los gastos del sector privado para los servicios médicos comprenden al 11% (\$60 millones) del total. De estos \$60 millones, los seguros privados de salud, los programas de salud de los empleadores y los seguros de clínicas privadas representan el 25% (\$15 millones); las cooperativas urbanas y rurales representan el 38.3% (\$23 millones) y las organizaciones privadas voluntarias el 36.7% (\$22 millones).

El sector privado cubre al 18.4% de la población (3.5 millones de personas). De esta población, los seguros privados de salud, los programas de salud de los empleadores y los seguros de las clínicas privadas sirven al 8.6% (300 mil), las cooperativas urbanas y rurales sirven al 28.6% (un millón) y las organizaciones privadas voluntarias sirven al 62.9% (2.2 millones).

En 1984, los gastos domésticos fueron burdamente estimados en el 5.3% (\$39 millones) de todos los gastos en salud. De este monto, un millón de pobres urbanos gastaron \$4 millones; cinco millones de pobres rurales gastaron \$2 millones; y 500,000 ricos urbanos gastaron \$15 millones.

En 1984 las ventas farmacéuticas llegaron al 19.8% de todos los gastos (\$145 millones).

Los datos sugieren que en 1984 seis millones de peruanos, o sea el 31.5% de la población, tuvo poco o ningún acceso a los servicios médicos. La mayor parte de esta población desatendida vive en áreas rurales. Esto es lógico en tanto que los gastos per cápita del MINSAL en las áreas son 2.2 veces aquellos del área rural, y cuanto el IPSS y los "otros" proveen poco o ningún servicio médico en las áreas rurales. Claramente, el sector público no dirige adecuadamente sus recursos hacia los segmentos de la población más necesitados.

Parecería también que el sector privado es un proveedor de atención de la salud más eficiente que el sector público. En 1984 el MINSAL gastó \$60 per cápita en los servicios médicos de las áreas urbanas; el IPSS gastó \$69 per cápita<sup>39</sup>. En contraste, los seguros privados de salud, los programas de salud de los empleadores y los seguros de clínicas privadas gastaron \$50 dólares per cápita.

Juzgando por los gastos per cápita relativamente altos dentro de las instituciones del sector público, parecería ser que este sector podría subcontratar la mayor parte de la atención hospitalaria de altos costos con proveedores del sector privado. Esto indica que

---

<sup>39</sup>En tanto el IPSS no cubre totalmente a los dependientes de sus beneficiarios, los gastos per cápita para la cobertura total pueden ser mayores.

el sector público compite deslealmente con el sector privado, al subsidiar costosas atenciones hospitalarias.

Finalmente, si bien se entiende que el MINSAL no brinda adecuada cobertura al segmento medicamente indigente de la población, se sabe menos claramente en qué medida el MINSAL subsidia al IPSS y al sector privado sirviendo a los grupos acomodados. Evidencias anecdóticas sugieren que un número significativo de dependientes de miembros del IPSS y otros grupos que ordinariamente usan los servicios privados de salud, vuelven al MINSAL para hospitalizarse o para aplicarse procedimientos curativos caros.

### *1.8.5 Cobros a los Usuarios*

En el sector público peruano no existe una política de cobros a los usuarios, aunque algunos establecimientos públicos los efectúen. Un estudio financiado por el Banco Mundial y la AID, usando los datos de ENNSA de 1984, encontró que el 35% de los usuarios de policlínicos y hospitales públicos informó que no pagaban, cerca del 50% informó que pagaban menos de \$0.25 y el resto (15%) informó que pagaban menos de \$0.50. El estudio asumió que cerca de la mitad de todos los que no pagaban fueron tratados en los establecimientos del IPSS y el resto fue tratado en los establecimientos del MINSAL. Los investigadores concluyeron que los usuarios de los establecimientos del MINSAL esperaban pagar un promedio de \$0.25.<sup>40</sup>

El mismo estudio concluyó que el precio juega un rol importante en la decisión del consumidor de buscar atención. El estudio también encontró que la demanda es más elástica entre los grupos de menores ingresos, lo que significa que el incremento del precio tendrá un impacto negativo en la utilización sobre los pacientes pobres mayor que sobre los pacientes más pudientes. Los investigadores construyeron luego un modelo de atención de la demanda de la salud que predijo que la introducción de cobros a los usuarios en el Perú podría generar ingresos sustanciales para el sector público, pero que los cobros podrían ser regresivos y que las modestas reducciones en el bienestar de los consumidores proyectadas por el modelo podrían ser mayores en los pobres.

Los resultados de este estudio no sugieren que cualquier sistema de cobros a los usuarios que se introduzca en el Perú pueda ser necesariamente regresivo: ellos solamente señalan los importantes efectos potenciales de los cobros a los usuarios sobre los pobres, e indican la necesidad de que quienes determinan las políticas financieras encaren este asunto cuando diseñen los sistemas de cobros. Por ejemplo, se pueden desarrollar políticas de excepción basadas en criterios de necesidad, para permitir la opción de atención gratuita

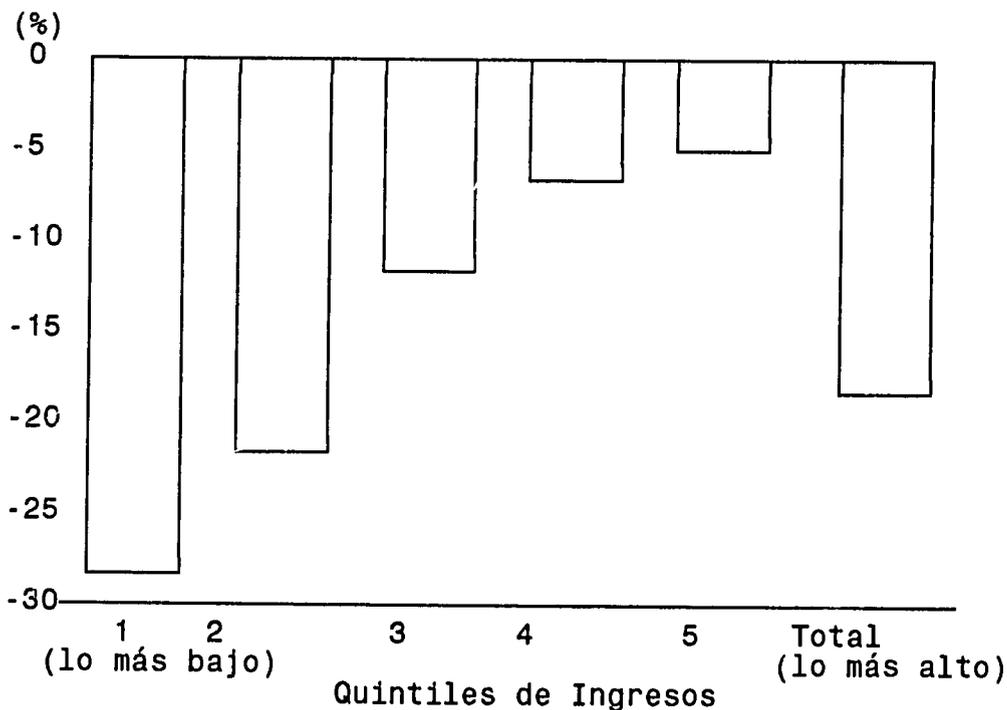
---

<sup>40</sup>Gertler, P. y otros, "Son Regresivos los Cobros a los Usuarios? Bienestar y Atención de la Salud en el Perú." Borrador, MA: Escuela de Salud Pública de Harvard, Setiembre de 1986 (vi).

para los pobres, permitiendo al mismo tiempo que el Gobierno genere ingresos estableciendo precios altos para aquellos que pueden pagar.

Un estudio del Banco Mundial sobre datos de una encuesta a hogares peruanos reveló que si se impone en los establecimientos del MINSAL un cobro a los usuarios igual a la mitad del cobro efectuado por las clínicas privadas, la demanda por atención médica podría disminuir en cerca de 17%. Como la Figura 1 lo ilustra, el nuevo cobro podría causar una disminución de 5% en el uso de atención médica de los grupos de mayores ingresos; sin embargo, los grupos de menores ingresos podrían reducir su uso de atención médica en alrededor de 30%. Por tanto, los precios deben ser establecidos cuidadosamente según áreas geográficas e ingresos de los hogares.

**Figura 1. El Impacto del Cobro a Usuarios sobre el Uso de la Atención Médica en el Perú por Quintiles de Ingresos: Porcentaje de Cambio en el Uso**



Fuente: Banco Mundial, Programas para los Pobres Durante el Reajuste Estructural, (vi), Abril de 1988.

Los resultados preliminares del equipo de estudio del Proyecto de Financiamiento y Factibilidad de la Salud en Arequipa indican que los residentes están pagando ahora por

los suministros médicos (materiales para diagnósticos y medicinas) en los establecimientos públicos. El personal médico compra muchos de estos suministros a los revendedores de segunda mano, en tanto que el sistema público de salud no puede abastecer con suficientes suministros. Introduciendo un sistema de cobro a los usuarios en los establecimientos públicos realmente puede decrecer el costo del cuidado de los pacientes, asegurando de otro lado el abastecimiento a bajo costo de mercaderías esenciales, reduciendo la necesidad de instalaciones o personas para adquirir del sector privado medicamentos y suministros.

Las áreas de interés claves en el financiamiento de la salud incluyen:

- 1) El desarrollo de procedimientos y políticas de cobros a los usuarios para las instituciones públicas (en tanto ya existe la práctica de estos cobros en muchos establecimientos);
- 2) El desarrollo de sistemas de información que mejoren la decisión financiera permitiendo que los gobiernos regionales y municipales se responsabilicen del uso de los ingresos generados por los sistemas de recolección de cobros.
- 3) El desarrollo de políticas que aseguren el acceso de los pobres y de los grupos vulnerables de la población y el subsidio de los servicios esenciales de atención preventiva; y
- 4) La determinación de cómo los sistemas de seguros pueden ser usados para incrementar la cobertura, el acceso y la factibilidad financiera del sistema de entrega de servicios de salud.

## 2. Políticas y Objetivos Nacionales

### 2.1 Políticas y Objetivos de Salud

En los pasados cinco años, las políticas de salud en el Perú han tratado de reorientar el sector hacia la atención primaria de la salud y han intentado mejorar la distribución de los establecimientos de salud a través del territorio nacional. Una política clave es la distribución equitativa y universal de los servicios de salud por medio de un sistema eficiente de referencia a través de las regiones y de los grupos de ingreso.

La recientemente elegida administración ha establecido un conjunto de políticas de salud que son presentadas en el Anexo A.<sup>41</sup> Estas políticas ponen el mismo interés que

---

<sup>41</sup>Ministerio de Salud (1990), Propuesta de Acción, 1990-1995.

las políticas anteriores sobre la cobertura universal, la atención primaria de la salud y la igualdad. Se ha colocado un nuevo énfasis sobre la necesidad de:

- Implementar programas y servicios de salud de mayor costo-efectividad usando tecnologías apropiadas y orientando los servicios a las poblaciones más vulnerables;
- Promover la administración descentralizada a través del proceso de regionalización;
- Mejorar la colaboración y compartir recursos entre los diferentes actores dentro y fuera del sistema nacional de salud (es decir, el MINSAL, el IPSS, así como las organizaciones donantes, las organizaciones privadas sin fines de lucro, los proveedores comerciales privados y la misma comunidad) para alcanzar objetivos comunes;
- Recuperar los establecimientos de salud primaria;
- Desarrollar una política de medicamentos sensible a las necesidades de la población;
- Mejorar la capacitación y la educación del personal; y
- Mejorar la organización y la operatividad del IPSS, con el objeto de incrementar su rol como proveedor directo de servicios en el sector público.

Desafortunadamente, el Perú aun no ha logrado muchos de los objetivos establecidos en estas políticas. La distribución de los establecimientos de salud guarda aún poca relación con la distribución de la población. Como esta evaluación del sector lo ha demostrado, el peso de las enfermedades y de la mortalidad es cargado desproporcionadamente por los grupos poblaciones vulnerables. Existen recursos que no son suficientes o adecuadamente dirigidos para satisfacer las necesidades de salud y la mayor parte de los recursos de salud están siendo absorbidos por los salarios de los trabajadores de la salud, muchos de los cuales son asignados a las postas que están fuera de las áreas de mayor necesidad.

En el lado positivo, han comenzado las acciones de regionalización; el MINSAL ha entregado a 5 regiones la responsabilidad y la asignación presupuestal de los establecimientos, el personal y las actividades programáticas. Sin embargo, se ha planificado poco y las actividades no son adecuadamente coordinadas entre los diferentes actores del sistema de salud.

Respecto a la política de medicamentos, el Gobierno Peruano ha experimentado con esquemas de "medicamentos básicos", desde los inicios de los 70 con variado éxito. Desafortunadamente, a pesar del gran número de firmas farmacéuticas nacionales y extranjeras en el Perú, el control de precios, los altos aranceles para los químicos importados y el deficiente manejo administrativo de las adquisiciones del Gobierno

Peruano han bloqueado una concertación satisfactoria entre el sector público y el privado. La nueva administración ha dado importantes pasos para mejorar la producción y el abastecimiento de medicamentos a bajo costo, mediante una gran reducción de los aranceles sobre las importaciones de medicinas y vacunas y la dación de una ley que establece la prescripción de los medicamentos por sus nombres científicos o genéricos para permitir que los consumidores elijan entre varios productos de acuerdo a sus precios. La OMS estima que los ahorros producidos por la adquisición de medicamentos genéricos fluctúan entre 30 y 35%.

La política gubernamental de mejorar la eficiencia de la entrega de servicios mediante la recuperación de los establecimientos ha llevado a que las autoridades discutan la reactivación de los préstamos al sector con el Banco Mundial y el BID para recuperar y equipar los establecimientos de salud. También se han establecido discusiones con las agencias internacionales para mejorar la administración del MINSAL y del sector salud.

La mayor parte de las otras políticas establecidas por el Gobierno aún no han sido implementadas.

## 2.2 Políticas y Objetivos de Población y Planificación Familiar

La primera política de población del Perú fue concebida en 1974. En 1980 el Gobierno creó el Consejo Nacional de Población (CNP) para proponer, orientar, normar y supervisar las acciones de población en el sector público y privado. En 1986 el gobierno incorporó asuntos de población, incluyendo la planificación familiar, en el Plan Nacional de Desarrollo 1986-1990 (como gobiernos anteriores lo hicieron en otros planes de desarrollo).

En 1987 se creó una Comisión Presidencial de Población, la cual diseñó el primer Programa Nacional de Población. El MINSAL, creó entonces la Dirección General de Planificación Familiar que estableció el Programa Nacional de Planificación Familiar para planificar, coordinar y evaluar todas las actividades nacionales de planificación familiar.

Los más importantes partidos políticos están de acuerdo sobre la importancia de la política poblacional y de la promoción de la salud familiar y sobre el desarrollo de la mujer a través de los servicios de planificación familiar.

La actual administración ha anunciado varios objetivos sobre la salud familiar, incluyendo una reducción de 50% en la mortalidad materna y una reducción de 10% de la mortalidad infantil y un incremento en el uso de anticonceptivos modernos hasta alcanzar un nivel de 42% de las mujeres en edad fértil (MEF) en el 2000.

### ***2.2.1 Programa Nacional de Población 1991-1995***

Las prioridades del Programa Nacional de Población para 1991-1995 incluyen:

- La implementación del Programa Nacional de Promoción de la Mujer para consolidar las organizaciones comunales, incluyendo un componente educacional que enfatiza la salud reproductiva y la planificación familiar;
- Desarrollar un programa nacional para los jóvenes con elementos de educación sexual y servicios de salud reproductiva;
- Realizar investigaciones sobre asuntos poblacionales y del medio ambiente;
- Reforzar el proceso de regionalización estimulando la creación de consejos regionales de población que formulen políticas e implementen programas para estimular la distribución geográfica más balanceada de la población.

A la fecha, los elementos del Programa Nacional de Población se han centrado sobre cuatro acciones: información y difusión; educación formal; servicios de planificación familiar; e investigación. La implementación ha sido lenta debido a la falta de fondos, a dificultades de coordinación derivadas del carácter multisectorial de la política poblacional y a problemas administrativos.

### ***2.2.2 Programa Nacional de Planificación Familiar 1988-1991***

El Programa Nacional de Planificación Familiar (PNPF) es coordinado por el MINSAL e implementado a través de las acciones conjuntas de los programas de planificación familiar (PF) operados por el MINSAL, el IPSS, las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional, los médicos y las clínicas privadas, los proveedores de PF sin fines de lucro y el sector comercial (principalmente farmacias).

El Programa intenta, por primera vez en el Perú, identificar y cuantificar las necesidades nacionales de PF, así como distribuir los recursos para satisfacer estas necesidades basándose en la división planificada de las responsabilidades entre todos los proveedores de servicios públicos y privados. El siguiente es el plan cuatrenial desarrollado por el PNPF en 1988:

#### **A. Objetivos:**

1. Contribuir al mejoramiento de la salud materna e infantil;

2. Contribuir a la disminución de la fecundidad garantizando el derecho de la población a la libre decisión sobre el tamaño de su familia y el espaciamiento de sus hijos;
3. Ayudar a prevenir el aborto y disminuir su incidencia al reducir la frecuencia de los embarazos no deseados;
4. Promover un cambio en los valores socio-culturales y en el comportamiento de la población respecto a su reproducción, a través de la educación, comunicación y servicios de PF dirigidos al individuo, a la pareja y a la familia, contribuyendo de esa manera a la estabilidad y solidaridad familiar.

#### **B. Metas**

1. Ampliar la cobertura de los servicios de PF a las mujeres en edad reproductiva de 28% en 1986 al 30.2% en 1989, al 32% en 1991 y al 42% en el 2000.
2. Incrementar el número de usuarias activas de 1'414,700 en 1987, a 1'593,730 en 1989, a 1'789,300 en 1991 y a 2'957,500 en el 2000.
3. Contribuir mediante los logros anteriores a que la tasa global de fecundidad de 4.3 en 1986, pase a 3.7 en 1990 y alcance el 2.5 en el año 2000.

#### 4. Metas de Usuarías y Cobertura Nacional, 1987-2000

Año	No. de Mujeres en Edad Reproductiva	No de Usuarías Activas	Cobertura (%)
1987	4,981	1,415	28.4
1988	5,126	1,502	29.3
1989	5,278	1,593	30.2
1990	5,428	1,689	31.1
1991	5,584	1,789	32.0
2000	7,109	2,958	41.6

#### *2.2.3 Financiamiento para Población y Planificación Familiar*

El financiamiento de las actividades de población y de PF proviene de los recursos gubernamentales y de donaciones internacionales. Del estimado de \$6.5 millones gastados en actividades de población en 1988, los donantes cubrieron aproximadamente \$5 millones.

El sector comercial privado, que es totalmente auto-financiado, ha gastado en PF un estimado de \$9.8 millones en 1988.

### **2.3 Políticas de Nutrición**

En el Perú no existen políticas nacionales de nutrición. Antes del inicio del proceso de regionalización, el Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición (INAN), una dependencia del MINSAL, fue responsable de las actividades de planificación y coordinación nutricional. Sin embargo, en Julio de 1990 el INAN fue oficialmente desmantelado. Organizaciones no gubernamentales, tales como PRISMA que brindan asistencia alimentaria han comenzado a negociar directamente con los gobiernos regionales.

Si bien no existen políticas, existen abundantes programas nutricionales en el Perú las que son discutidas con detalle en la parte IV, Respuestas a los Problemas de Salud, Población y Nutrición.

## **3. El Rol de las ONGs y de los Proveedores Comerciales Privados**

### **3.1 ONGs**

Muchas organizaciones no-gubernamentales (ONGs) están activas en el Perú.<sup>42</sup> Cerca de 21 ONGs peruanas están involucradas en la provisión de servicios sociales, y 36 ONGs internacionales apoyadas por los EEUU, Canadá, Europa y Japón.

Las ONGs centralizan sus actividades en la provisión de servicios de la salud para madres y niños, incluyendo PF, inmunizaciones y servicios nutricionales. La sección 3 sobre Programas de Nutrición ofrece una detallada descripción de las actividades de las ONGs y de las OPVs en el área de asistencia alimentaria y nutricional.

A menudo las ONGs colaboran con las organizaciones comunales dentro de las áreas de bajos ingresos. Aunque las ONGs y las OPVs operan en todo el Perú, el número total de personas cubiertas es desconocido.

---

<sup>42</sup>Para los propósitos de esta discusión, organizaciones no gubernamentales y agencias privadas voluntarias son considerados como sinónimos, referidas a cualquier organización privada sin fines de lucro involucrada en actividades de promoción del mejoramiento humano. Las ONGs y las OPVs se distinguen del sector comercial privado, porque el fin primario de este último es la maximización de las ganancias. Obsérvese, sin embargo, que este objetivo excluye la colaboración con las actividades del sector social, como en el uso de la vía comercial privada para la distribución de anticonceptivos.

El Rotary Internacional, PRISMA, CARE y "Salvar a los Niños" (del Reino Unido) están entre las ONGs que trabajan en los programas de supervivencia infantil en el Perú. Cada una opera dentro de sus propios acuerdos con el MINSAL.

### **3.2 Proveedores de Servicios Privados**

El sector privado incluye las instituciones privadas de bienestar social, a los negocios privados que administran clínicas internas que brindan servicios de salud directamente a sus empleados y a los médicos, hospitales y clínicas privadas con fines de lucro. En este sector se incluye a los curanderos tradicionales y a otros servicios tradicionales de salud.

Las instituciones privadas con fines de lucro incluyen a las clínicas y a los centros médicos privados, a los consultorios y a los servicios brindados por los centros hospitalarios de las cooperativas. Distribuidas a través de todo el país, ellas usualmente brindan servicios dentro de una limitada área geográfica. No existen grandes corporaciones de salud, al menos que el IPSS sea considerado como tal.

Durante el periodo 1980-1985, el número de clínicas privadas se incrementó en 6% y el porcentaje de camas hospitalarias del sector privado comercial se incrementó en 2%. El sector privado comercial está más involucrada en la atención hospitalaria que el sector privado sin fines de lucro (ONGs, OPVs). Las instituciones con fines de lucro concentran cerca de las 2 terceras partes de los hospitales y de las camas hospitalarias del sector privado del país.

## **VI. Respuestas a los Problemas de Salud Pública, Población, y Problemas de Nutrición**

### **1. Programas de Salud**

Los programas del Ministerio de Salud se concentran sobre la salud materno-infantil (SMI), el control de las enfermedades transmisibles y en la salubridad (agua y alcantarillado rural). Los programas de SMI incluyen inmunizaciones, tratamiento de enfermedades en los niños, control prenatal y asistencia al recién nacido y apoyo alimentario. Desde 1985 los programas de SMI han incluido los servicios de planificación familiar como tales.

Otros programas prioritarios incluyen el tratamiento de las enfermedades causadas por los bajos niveles de vida y por las condiciones del medio ambiente, incluyendo a las enfermedades diarreicas y parasitarias, la tuberculosis y la malaria. El mejoramiento de la salubridad rural y la expansión y renovación de los centros y puestos de salud también son de interés primordial para el MINSAL.

Desafortunadamente la gran mayoría de recursos del MINSAL son consumidos por los servicios de salud curativo-hospitalaria en las áreas urbanas.

#### **1.1 Utilización de los Servicios Curativos y Preventivos**

##### **1.1.1 Servicios Curativos**

Los establecimientos del Ministerio de Salud informaron 9.5 millones de consultas en 1989. Si los establecimientos del MINSAL sirven al 30% de la población total de 21 millones, o sea 6.3 millones de personas, esto podría significar alrededor de 1.5 consultas por persona al año. Esta cantidad es baja, comparada a 3.7 consultas por persona al año calculadas por las estadísticas de utilización y cobertura del IPSS.

Las estadísticas de servicios del MINSAL muestran un progresivo incremento de la utilización, aunque ésta disminuyó en 1988 debido a 8 meses de huelgas. El monto de los servicios brindados a los niños que sufren de enfermedades diarreicas agudas (EDA) constituyeron el 22% del total de servicios provistos en 1988 sin ningún incremento en 1989. Los servicios de terapia de rehidratación oral (TRO) brindados a través de las organizaciones comunales en 1989 fueron tres veces mayores que la cifra estimada para 1988.

### 1.1.2 Cuidados Preventivos y Atención del Parto

La cobertura de la atención prenatal no es universal; de hecho, solamente el 60% de las mujeres embarazadas son registradas para el control prenatal. Puede ser que algunas no sigan todos los cuidados recomendados, en tanto que otras pueden recibir cuidados inadecuados debido a la falta de equipos o al personal pobremente capacitado.

Menos de la mitad de todos los partos en el Perú son asistidos por personal entrenado. Esto es sorprendente, dado que más de dos terceras partes de la población peruana viven en áreas urbanas donde las mujeres pueden esperar tener fácil acceso a los establecimientos o a personal entrenado en la atención de partos. Las posibles razones de aquello son la falta de recursos financieros, la aglomeración en los establecimientos que conduce a largas esperas y la no disponibilidad de servicios, así como la falta de educación respecto a los beneficios del parto supervisado. Es necesaria una investigación para determinar por qué las mujeres no usan estos servicios.

La UNICEF informa cantidades relativamente altas de la cobertura anual de las inmunizaciones para el periodo 1987-1988, aunque comparado con Colombia, el Perú aún muestra bajas tasas de cobertura, tal como se muestra en la Tabla 25.

Tabla No. 25

#### Cobertura de las Inmunizaciones para Niños Menores de 1 Año, Perú y Países Vecinos, 1987-1988

<u>Enfermedad</u>	Perú	Colombia	Ecuador	Bolivia
Tuberculosis (BCG)	73%	99%	86%	27%
DPT (3 dosis)	66%	74%	54%	39%
Polio (3 dosis)	67%	94%	57%	40%
Sarampión	57%	74%	52%	44%

Fuente: UNICEF, El Estado de los Niños del Mundo, 1989 (vi).

Sin embargo, las últimas cifras del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), aunque solamente para la primera mitad de 1990, revela alarmantes variaciones en la cobertura de las inmunizaciones por región geográfica, con coberturas completas por la vacuna (esto es, con todas las dosis requeridas) menores al 20% en muchas áreas.

## 1.2 Agua y Salubridad

Vivienda adecuada, acceso a agua segura para beber y apropiados medios de evacuación de desperdicios son pre-condiciones para reducir las enfermedades infecciosas y parasitarias, que están entre las principales causas de la morbilidad y la mortalidad en el Perú. Los datos de las Tablas 26 y 27 muestran que en 1989, solamente el 60% de los peruanos tenían acceso a agua potable. El acceso variaba sustancialmente según la residencia: el 78% de los residentes urbanos tenían acceso, mientras que en las áreas rurales únicamente el 24% tenía recursos de agua potable. La cobertura de la salubridad fue aún menor: solamente el 45% de la población total tenía acceso a los servicios, nuevamente con diferencias urbano-rurales (59% en las áreas urbanas y 18% en las rurales).<sup>43</sup>

Tabla No. 26

### Cobertura del Aprovechamiento de Agua en el Perú y Países Vecinos (Cifras de Población en Miles)

PAIS	AÑO	TODAS LAS AREAS			AREAS URBANAS			AREAS RURALES		
		POBLACION TOTAL	POBLACION SERVIDA	% SERVIDA	POBLACION URBANA	TOTAL SERVIDA	% SERVIDA	POBLACION RURAL	TOTAL SERVIDA	% SERVIDA
Bolivia	1980	5,600	2,044	37	2,489	1,728	69	3,111	316	10
	1989	6,582	3,598	55	3,445	2,720	79	3,137	878	28
Ecuador	1980	8,123	3,881	48	3,825	3,021	79	4,298	860	20
	1989	10,485	6,500	62	5,724	4,600	80	4,761	1,900	40
Perú	1980	16,815	8,129	48	10,205	6,919	68	6,610	1,210	18
	1989	21,823	13,050	60	14,376	11,250	78	7,447	1,800	24

Fuente: Ey, David. "Planificación de los Programas de Agua y Salubridad en Bolivia, Ecuador y Perú. Informe Final" Washington, CDM y Asociados, Arlington, VA, Marzo 1990 (vi).

<sup>43</sup>Lo que estos "servicios sanitarios" comprenden no está claramente definido en las tablas. Presumiblemente el término se refiere a los sistemas públicos de desagüe y no a las letrinas. Podría ser útil analizar los datos acerca de la existencia y uso de letrinas en las áreas rurales, en tanto que apropiadamente usadas pueden reducir la incidencia de la transmisión fecal de las enfermedades.

**Tabla No. 27**

**Cobertura de Salubridad Adecuada, Perú y Países Vecinos  
(Cifras de Población en Miles)**

PAIS	AÑO	TODAS LAS AREAS			AREAS URBANAS			AREAS RURALES		
		POBLACION TOTAL	POBLACION SERVIDA	% SERVIDA	POBLACION URBANA	TOTAL SERVIDA	% SERVIDA	POBLACION RURAL	TOTAL SERVIDA	% SERVIDA
Bolivia	1980	5,600	1,032	18	2,489	916	37	3,111	116	4
	1989	6,562	1,961	30	3,445	1,481	43	3,137	480	15
Ecuador	1980	8,123	3,531	43	3,825	2,800	73	4,298	731	17
	1989	10,485	6,260	60	5,724	4,500	79	4,761	1,760	37
Perú	1980	18,815	5,888	35	10,205	5,844	57	6,610	24	0
	1989	21,823	8,800	45	14,376	8,450	69	7,447	1,350	18

Fuente: Ey, David. "Planificación de los Programas de Agua y Salubridad en Bolivia, Ecuador y Perú. Informe Final" Washington, CDM y Asociados, Arlington, VA, Marzo 1990 (vi).

Las tablas también comparan los logros del Perú con los de Bolivia y Ecuador. La cobertura de abastecimiento de agua tanto en Bolivia como en Ecuador fue mejor que en el Perú, tanto en el área urbana como en la rural. El Perú sobrepasó el nivel de cobertura de salubridad de Bolivia, pero no alcanzó los niveles de cobertura del Ecuador ni en el área urbana ni en la rural.

El MINSAL ha intentado mejorar los sistemas de agua y la salubridad ambiental, especialmente en las comunidades rurales, estableciendo un Plan Nacional de Abastecimiento de Agua y Desague Rural y colaborando con las para-estatales CORDES (Corporaciones Departamentales de Desarrollo). La USAID ha sido el mayor colaborador en estos esfuerzos, proveyendo fondos para un periodo de 10 años a las oficinas de campo del MINSAL a fin de incrementar la disponibilidad de agua. Desafortunadamente, habiendo terminado este periodo, el MINSAL aún no ha sido capaz de desarrollar la suficiente capacidad administrativa y técnica ni los adecuados recursos financieros para seguir sosteniendo el programa.

Consecuentemente, se está elaborando un nuevo proyecto de la USAID por \$10 millones para la construcción de sistemas de agua y letrinas en 2,000 pequeñas comunidades rurales. El proyecto también reforzará la capacidad local para implementar obras públicas en esta área, estableciendo oficinas de campo, capacitando personal y desarrollando sistemas de logística y administración. Las actividades serán implementadas por una agencia privada voluntaria en colaboración con las oficinas de campo del MINSAL (ahora bajo la jurisdicción de los nuevos Gobiernos Regionales). Se prevé una alta participación comunitaria en el planeamiento, implementación y financiamiento, a fin de asegurar la sostenibilidad de sistemas de agua a nivel local.

Entre los otros donantes que apoyan las actividades de agua y saneamiento se incluye a Alemania, Holanda y al Concejo Británico de Desarrollo en Ultramar. Ninguno de estos programas es tan grande como la asistencia programada por la USAID.

### **1.3 Control de la Malaria**

Los esfuerzos de control de la malaria incluyeron en 1986 la fumigación de un cuarto de millón de hogares, como es ilustrado en la Tabla 28. Desde 1986, sin embargo, los esfuerzos de control han ido disminuyendo gradualmente. En 1989, las actividades alcanzaron solamente el 25% de los niveles de cobertura de 1986.

Table No. 28

Hogares Fumigados y Casos Tratados por Malaria, 1985-1990

DEPARTAMENTO	HOGARES FUMIGADOS						CASOS TRATADOS							
	1985*		1986	1987	1988	1989	1990 (*)	1985		1986	1987	1988	1989	1990 (*)
	ENE-JUL	AGO-DIC						ENE-JUL	AGO-DIC					
AMAZONAS			6,994	4,940	7,158	0	0			67	77	178	316	178
ANCASH			14,902	10,601	8,394	4,195	1,128			1,111	1,274	183	856	482
APURIMAC			0	0	0	0	0			27	31	0	0	0
AREQUIPA			0	0	0	0	0			0	0	13	38	21
AYACUCHO			7,024	4,997	0	0	0			0	0	793	2,057	1,159
CAJAMARCA			50,454	35,892	31,996	9,161	4,647			0	0	1,850	1,736	978
CALLAO			0	0	0	0	0			85	98	78	109	61
CUSCO			18,525	13,178	3,024	0	0			369	423	307	680	383
HUANCAVELICA			0	0	0	0	0			0	0	0	134	75
HUANUCO			2,897	2,061	1,141	346	176			98	112	200	61	34
ICA			1,461	1,039	2,132	0	0			11	12	132	47	26
JUNIN			7,072	5,031	5,342	6,990	3,546			247	283	2,078	5,491	3,093
LA LIBERTAD			22,077	15,705	12,214	5,287	2,682			315	361	206	893	503
LAMBAYEQUE			6,281	4,468	5,424	6,927	3,514			963	1,104	800	2,890	1,628
LIMA			3,645	2,593	163	1,334	677			400	459	123	279	157
LORETO			18,208	12,953	591	0	0			4,093	4,692	1,540	1,106	623
MADRE DE DIOS			5,164	3,673	134	464	235			390	447	361	668	376
MOQUEGUA			0	0	0	0	0			0	0	0	0	0
PASCO			0	0	270	0	0			0	0	0	282	159
PIURA			53,864	38,318	55,747	29,206	14,814			5,510	6,318	26,334	9,657	5,442
PUNO			0	0	0	0	0			27	31	15	0	0
SAN MARTIN			6,785	4,827	2,498	7,226	3,666			369	423	1,113	1,961	1,105
TACNA			370	263	0	0	0			12	14	0	0	0
TUMBES			11,658	8,293	7,899	5,092	2,583			181	207	76	560	315
UCAYALI			3,826	2,722	3,521	654	332			266	305	276	358	202
TOTAL	62,518	79,250	241,157	171,554	147,648	76,882	39,000	5,100	15,412	15,159	17,379	36,656	30,179	17,000

(\*) Las cifras a nivel departamental no estaban disponibles para 1985.

Fuentes: Dirección General del Programa de Control de Malaria y otras Enfermedades Metaxénicas 1988-1990. Evaluación Operacional de Actividades de Salud 1985-1990, D.T.I.D.

## 1.4 Equidad de la Cobertura

### 1.4.1 Equidad en la Distribución de los Recursos y Servicios de Salud

Un estudio del Banco Central de Reserva del Perú efectuado en 1984 intentó medir el grado de desigualdad en la distribución geográfica de los recursos de salud (médicos, enfermeras y camas hospitalarias) y de los servicios de agua y saneamiento.<sup>44</sup> Para hacer esto, los investigadores calcularon los coeficientes Gini, una medida de desigualdad comúnmente usada.<sup>45</sup>

La Tabla 29 presenta el porcentaje de distribución de los recursos y servicios por departamento, así como los coeficientes globales de Gini.<sup>46</sup> El estudio encontró que el coeficiente de Gini fluctuaba entre 0.32 para la distribución de viviendas con agua (la mas baja desigualdad) a 0.51 para la distribución de los médicos (la mayor desigualdad). Segunda en desigualdad estuvo la distribución de viviendas con adecuados desagües, con un coeficiente de Gini de 0.41.

---

<sup>44</sup>BCR (1984) Mapa de Salud del Perú. Lima: Departamento de estudios del Sector Social, Banco Central de Reserva del Perú.

<sup>45</sup>El coeficiente Gini mide la variación desde una situación de absoluta igualdad. Varía de 0 a 1, siendo 0 una completa igualdad y 1 una completa desigualdad. Mirando la distribución del ingreso, por ejemplo, en una situación de absoluta igualdad, cualquier 20% de hogares recibiría un 20% de los ingresos, cualquier 40% de los hogares recibiría un 40% de los ingresos, etc. Cuanto mayor desigualdad, mayor el coeficiente Gini (Reynolds, L.G., Microeconomías, Análisis y Política, Tercera Edición, Homewood, Illinois: Richard D. Irwin, Inc. 1979.(vi))

<sup>46</sup>Esta tabla puede ser difícil de leer. Todas las cifras son porcentajes por departamento. Por ejemplo, Amazonas tuvo el 1.5% de la población total, pero solamente el 0.1% de enfermeras, el 0.3% de camas hospitalarias y menos del 0.05% de los médicos peruanos. Amazonas tiene un 2.4% del total de viviendas del Perú, pero solamente el 0.6% de todas las viviendas con agua están localizados en este departamento y solamente el 0.4% de todas las viviendas con desagüe.

**Tabla No. 29**

**Equidad de la Distribución de la Atención de la Salud,  
Recursos de Salud y Servicios Sanitarios, 1982 (Por Ciento)**

Departamento	Población	RECURSOS			VIVIENDAS		
		Médicos	Enfer- meras	Camas Hosp- italarias	Total	Con Agua	Con Desague
Amazonas	1.5	0.0	0.1	0.3	2.4	0.6	0.4
Ancash	4.8	1.2	3.4	2.7	5.1	4.5	3.7
Apurímac	1.9	0.1	0.5	0.7	2.2	0.5	0.2
Arequipa	4.2	5.3	8.2	6.8	4.3	5.7	6.0
Ayacucho	2.9	0.2	1.3	0.9	2.6	1.5	0.7
Cajamarca	6.1	0.5	0.6	0.9	6.3	2.0	1.4
Callao	2.7	6.3	4.5	4.9	2.3	4.4	5.3
Cuzco	4.9	1.0	2.2	2.9	5.4	2.6	2.1
Huancavelica	2.0	0.1	0.4	0.7	2.4	0.6	0.4
Huánuco	2.8	0.6	0.6	1.5	2.9	1.0	0.9
Ica	2.5	2.8	3.8	3.7	2.5	3.1	2.4
Junín	5.0	1.5	4.0	4.5	5.3	4.3	3.1
La Libertad	5.6	4.9	5.5	4.9	5.5	6.5	6.1
Lambayeque	4.0	2.6	5.4	3.8	3.5	4.5	4.3
Lima	28.1	66.6	50.7	48.4	26.4	45.1	52.8
Loreto	2.6	0.8	0.7	1.5	2.2	2.0	1.8
Madre de Dios	0.2	0.1	0.1	0.2	0.2	0.0	0.1
Moquegua	0.6	0.7	0.2	1.1	0.2	0.7	0.7
Pasco	1.2	0.6	1.2	1.7	1.3	0.8	0.6
Piura	6.6	2.3	2.7	3.2	6.1	5.2	4.2
Puno	5.2	0.5	1.5	1.6	6.4	1.5	0.8
San Martín	1.9	0.2	0.5	0.8	1.7	0.9	0.3
Tacna	0.9	0.6	1.3	1.4	0.9	1.5	1.4
Tumbes	0.6	0.2	0.3	0.3	0.5	0.1	0.1
Ucayali	1.2	0.3	0.3	0.6	1.0	0.4	0.3
TOTAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Coefficiente Gini de Desigualdad	-	0.51	0.38	0.34	-	0.32	0.41

Fuente: Banco Central de Reserva del Perú, Mapa de Salud del Perú, Lima: Diciembre, 1984.

La Tabla 30 presenta más datos acerca de la distribución de los recursos de salud y de los servicios públicos de salud por departamento.<sup>47</sup>

<sup>47</sup>La Tabla 30 es leída diferentemente que la 29. Por ejemplo, mirando nuevamente a Amazonas, la Tabla 30 muestra que el 17.8% de todas las viviendas en este departamento tienen algún tipo de servicio público (agua, desague, electricidad o alguna combinación de éstos). Del total de hogares en este departamento, el 5% tenía 3 tipos de servicios públicos, mientras que el 6.8% tenía solamente agua y ninguna otra instalación pública. Esto puede ser comparado con Lima, donde el 56.4% de las viviendas tenían los tres servicios, mientras que el 1.7% tenían sólo agua. La Tabla 30 también da las tasas de camas hospitalarias y de personal médico por 1,000 personas por departamento.

Tabla No. 30

Disparidades Regionales en Indicadores Seleccionados de Salud, 1981

Departamento	Porcentaje de Casas con Servicios								Por Mil Personas				
	TOTAL	Total	I III	I II	I III	I I	I III	I IV	Personas por Casa	Camas Hospitalarias	Médicos	Enfermeras	Dentistas
Amazonas	100	17.8	5.0	1.9	2.0	6.8	2.1	82.2	5.7	2.2	25.0	24.7	10.3
Ancaash	100	38.7	24.9	8.7	1.0	0.7	5.4	61.3	5.2	0.7	5.2	3.5	21.7
Apurímac	100	17.4	2.3	1.0	5.5	6.6	1.9	82.6	4.8	1.6	31.3	11.1	29.4
Arequipa	100	68.7	36.0	2.9	8.8	2.3	18.6	31.3	5.4	0.3	1.0	1.3	3.6
Ayacucho	100	23.0	4.9	0.6	1.7	5.3	10.5	77.0	4.6	1.5	17.9	5.8	25.0
Cajamarca	100	15.8	7.0	3.2	0.2	0.2	5.2	84.2	5.4	3.3	17.9	27.8	29.4
Callao	100	90.3	64.4	1.2	4.9	1.0	18.9	9.7	5.9	0.2	0.5	1.4	2.0
Cuzco	100	27.3	9.7	1.0	3.4	4.1	9.2	72.7	5.0	0.8	6.0	5.6	7.6
Huancavelica	100	12.5	2.6	0.7	4.0	2.0	2.6	87.5	4.6	1.7	31.3	11.7	35.7
Huánuco	100	18.4	6.4	3.2	0.8	1.6	6.4	81.6	5.4	1.2	5.7	11.7	16.1
Ica	100	65.6	28.3	1.5	11.6	8.0	16.1	34.4	5.7	0.4	1.1	3.0	2.2
Junín	100	49.5	16.0	1.5	4.1	5.2	22.7	50.5	5.2	0.6	4.0	2.6	7.9
La Libertad	100	52.8	28.4	3.4	7.2	6.1	7.5	47.2	5.5	0.6	1.5	1.8	7.1
Lambayeque	100	59.2	31.9	3.1	6.9	6.1	11.3	40.8	5.2	0.8	1.9	1.4	6.7
Lima	100	85.2	56.4	1.3	5.5	1.7	20.4	14.8	5.7	0.3	0.5	1.4	2.0
Loreto	100	41.5	20.8	0.9	7.9	2.8	9.1	58.5	6.9	0.4	3.7	9.3	6.8
M. de Dios	100	34.0	5.6	0.4	5.9	0.5	21.5	65.0	6.9	0.7	3.7	4.5	11.1
Moquegua	100	62.3	31.8	0.6	5.2	1.7	23.0	37.7	4.8	0.3	1.1	5.6	3.2
Paico	100	46.5	12.0	0.7	7.6	4.1	22.1	53.5	5.5	0.4	2.7	2.6	9.3
Piura	100	37.8	17.8	2.2	5.3	7.6	4.9	62.2	5.9	1.0	3.7	6.0	11.6
Puno	100	14.8	7.6	2.6	0.4	0.7	3.5	85.2	4.4	1.9	12.6	8.5	50.0
San Martín	100	36.2	5.7	0.6	13.9	2.8	13.1	63.8	6.0	1.5	10.4	8.9	15.2
Tacna	100	77.3	46.7	1.9	10.0	7.0	11.6	22.7	5.3	0.3	1.8	1.7	4.5
Tumbes	100	86.6	7.3	0.4	2.6	0.6	75.7	13.4	6.4	0.9	5.4	4.9	6.7
Ucayali	100	27.4	5.3	0.3	4.8	1.1	16.0	72.6	6.7	1.0	6.6	8.2	13.5
TOTAL	100	50.9	28.1	2.0	4.7	3.2	12.9	49.1	5.5	0.5	1.3	2.4	4.3

I Agua II Desague III Electricidad IV Sin Servicios

Fuente: Elaborado de los datos censales informados por el INE (1986), ps. 24, 31, 79 y MINSAL (1985).

1.4.2 Equidad en la Cobertura de la Seguridad

Volviendo a la equidad de la cobertura de la seguridad, los estimados del enrolamiento en el sistema de la seguridad social y el ingreso promedio por departamento muestran una correlación positiva. Esto es lógico, dado el costo del enrolamiento, que puede ser pagado por solamente el empleado (si es auto-empleado) o por el empleado y el empleador.

Sin embargo, los seguros de salud permanecen disponibles solamente para el 30% de la población que comprende a los pudientes y a los asalariados del sector formal y a sus dependientes. De hecho, aún para aquellos cubiertos por la seguridad social (realmente sólo cerca del 12% de la población), las esposas únicamente son beneficiarias de los beneficios de maternidad y planificación familiar y los niños solamente de la atención ambulatoria. En resumen, la cobertura de la seguridad, especialmente para eventos graves de salud, permanecen no disponibles para la mayoría de los peruanos.

Como resultado de esto, muchos peruanos que disfrutan de los servicios de salud a través de su centro de trabajo, cooperativa o del IPSS, confían en el MINSAL para cualquier enfermedad seria que requiera hospitalización. Por ende, el MINSAL actúa en última instancia como un asegurador para las enfermedades graves y aún para las necesidades de hospitalización rutinaria para un gran número de peruanos que podrían

realmente aceptar asegurarse si existieran programas grupales, si estuvieran disponibles y fueran más ampliamente difundidos los programas orientados a la prevención de la salud o si el IPSS ofreciera la opción de un programa familiar para la hospitalización de los dependientes con una mayor aportación. De hecho, el gasto familiar promedio en el cuidado de la salud, aún para las familias de ingresos bajo-medios, se acerca al gasto anual per cápita estimado de los programas privados de salud.

### *1.4.3 Equidad en la Utilización de los Servicios*

Los datos de la distribución de los servicios provistos por el MINSAL y el IPSS muestran que el número anual de consultas médicas per cápita varía de menos de 0.2 en los departamentos de Amazonas, Apurímac y Huancavelica a más de 1.5 en Lima, Callao e Ica. Se encontró un patrón similar en las consultas odontológicas per cápita. Contrariamente, se encontró que la distribución del personal auxiliar entre las regiones es relativamente igual.

El estudio del Banco Central de Reserva también evidencia las desigualdades en la utilización.<sup>48</sup>

En este estudio se construyó un "mapa de la salud" para el Perú, a fin de ordenar los departamentos según los indicadores de acceso y utilización. De los tres grupos de departamentos ordenados, el grupo con los indicadores de salud más pobres comprendió a 8 departamentos de la Sierra: Apurímac, Puno, Ayacucho, Cajamarca, Amazonas, Cusco, Huancavelica y Huánuco. Estos departamentos, que representan al 28% de la población, tenían los más altos déficits de recursos y de servicios de salud y la más baja cobertura de los programas de salud. Ellos también tenían una economía predominantemente agrícola, ingresos muy por debajo del promedio nacional, altas tasas de migración y un alto analfabetismo.

El grupo con los mejores indicadores de cobertura incluyó a los departamentos costeros de La Libertad, Arequipa, Lambayeque, Lima, Callao, Ica, Tacna y Moquegua.

El estudio del banco encontró que la distribución de los recursos de salud a través del país guarda un estrecho paralelo con la distribución de las actividades productivas. Los investigadores concluyeron que podría obtenerse algunas mejoras en la cobertura eliminando las barreras al acceso a algunos de los establecimientos de las instituciones corporativas de salud. El estudio probablemente se refería a las clínicas que operan para las compañías mineras, otras entidades privadas y para las corporaciones para-estatales.

---

<sup>48</sup>Banco Central de Reserva del Perú, 1984, op. cit.

## 2. Programas de Población y Planificación Familiar

La planificación familiar (PF) es un componente clave del programa de salud materno-infantil del Perú y ha jugado un rol importante en la destacable declinación en las tasas de fecundidad de los últimos años. Los servicios de planificación familiar están disponibles en la mayor parte de las áreas urbanas del Perú, a través de los canales de oferta de servicios operados por el MINSAL, el IPSS, las Fuerzas Armadas, los médicos y clínicas, las organizaciones privadas voluntarias (OPVs) y las farmacias.

Sin embargo, tanto el nivel de la prevalencia anticonceptiva como el grado de confianza en los métodos tradicionales menos efectivos permanecen insatisfactorios, particularmente en las áreas rurales. Por lo demás, los proveedores de servicios en el sector público continúan siendo inefectivos e ineficientes y la mayor parte de las OPVs han encontrado dificultades estructurales para expandir sus servicios y llegar a una parte significativa del público.

El objetivo nacional es reducir la fecundidad a 2.5 en el año 2000. El Programa Nacional de Planificación Familiar ha trasladado el objetivo a metas de prevalencia y mezcla de métodos. Para cumplir el objetivo, la prevalencia de PF entre todas las mujeres en edad fértil debería de incrementarse de 28% en 1986 a 42% en el 2000. Y dentro del incremento de la prevalencia, la proporción de usuarias de métodos modernos habría de incrementarse del 50% actual a un 90% del total de usuarias.

### 2.1 Tendencias en el Uso de Anticonceptivos

La siguiente tabla resume las tendencias en el uso de anticonceptivos en el Perú a través de análisis de 3 encuestas: la Encuesta Mundial de Fecundidad (en el Perú Encuesta Nacional de Fecundidad, 1977-1978 o ENAF), la Encuesta Nacional de Prevalencia Anticonceptiva (ENPA, 1981) y la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (DHS/ENDES, 1986). Usando estas cifras, se puede calcular la prevalencia anticonceptiva para 1989 y 1990.

Tabla No. 31

**Prevalencia: Tendencias Históricas y Metas  
(% de Mujeres en Edad Fértil)**

Métodos	Encuestas Nacionales			Metas	
	ENAF (1977-78)	ENPA (1981)	ENDES (1986)	(*) (1989)	(**) (1990)
DIU	0.9	2.3	4.4	5.97	8.12
Orales	2.7	3.0	4.0	5.08	6.61
AQV	1.8	2.3	3.7	5.02	5.37
Condomes	0.6	0.6	0.4	1.02	1.53
Tabletas					
Vaginales	0.6	0.6	0.7	0.80	1.21
Inyectables	0.6	1.2	0.8	0.81	1.32
Ritmo	7.0	10.0	10.9	9.53	8.22
Retiro	2.1	2.3	2.2	1.47	1.34
Otros	3.8	3.0	0.9	0.50	0.30
Modernos	7.2	10.0	14.0	18.70	24.16
Tradicionales	12.9	15.3	14.0	11.50	9.86
<b>TOTAL</b>	<b>20.1</b>	<b>25.3</b>	<b>28.0</b>	<b>30.20</b>	<b>34.02</b>

(\*) Meta del Programa Nacional de Planificación Familiar

(\*\*) Meta ajustada para 1989 por el equipo de programadores del PNPf, usando el Modelo QUIPUS.

Es importante señalar que el objetivo de la política nacional de población de lograr una TGF de 2.5 para el 2000 puede alcanzarse antes, ya que si bien ENDES encontró en 1986 una TGF de 4.12, también reveló un tamaño familiar deseado de 2.6 niños, muy cercano al objetivo de la política. Por tanto, la primera prioridad será satisfacer la demanda no satisfecha más que estimular la demanda potencial.

## 2.2 Entrega de Servicios de Planificación Familiar

Los servicios de PF están disponibles a través de una amplia gama de organizaciones públicas y privadas y de servicios establecidos. Casi todos los programas organizados de PF operan en áreas urbanas, aunque algunos servicios están disponibles para los residentes rurales a través de médicos privados y algunos programas de distribución comunitaria de anticonceptivos (DCA) operados por OPVs, tales como INPPARES y Profamilia.

Adicionalmente, las píldoras los condones y otros métodos temporales están disponibles en las pequeñas farmacias rurales.

Sin embargo, la recolección de datos es débil en todos los sectores y el verdadero nivel de la cobertura de servicios alcanzada por las varias agencias de PF aún es difícil de determinar. Tal vez, la aproximación más segura sobre la cobertura real está dada en la Tabla 32, que permite comparar los datos de la ENDES 1986 con la información generada por el instrumento de programación del PNPf, el modelo QUIPUS.

### *2.2.1 Sector Público*

El sector público canaliza sus esfuerzos a través del Programa Nacional de Planificación Familiar (PNPF), dirigido e implementado por el MINSAL, a través de sus propios servicios de salud y los del IPSS, Fuerzas Armadas y la Policía Nacional, OPVs, clínicas, médicos y farmacias privadas.

El componente público del programa es ampliamente apoyado por el FNUAP, cuyos fondos son administrados por la OPS, así como por el Proyecto de Acción para la Supervivencia Infantil (CSA) de la AID. Adicionalmente, se supone que el programa debe recibir como contrapartida fondos del Gobierno y de los presupuestos de las instituciones autónomas tales como el IPSS; sin embargo, estos fondos no se han materializado en montos significativos.

El sector público (esencialmente el MINSAL y el IPSS) provee aproximadamente el 40% de los servicios modernos de PF y la mayoría de los métodos duraderos: el 70% de la anticoncepción quirúrgica voluntaria femenina y el 60% de todas las inserciones de DIU.

**Tabla No. 32**

**Distribución de Usuarias según Fuente de Atención  
(Porcentaje de Usuarias)**

SECTOR/INSTITUCION	ENDES	QUIPUS	
	1986	1989	1990
Total Público	46.5	43.66	40.80
Total Privado	53.5	56.34	59.20
MINSAL	40.5	34.77	29.15
Otros Públicos	6.0	-	-
OPVs	2.5	-	-
Promotores de Salud	2.5	-	-
Médicos Privados	28.0	-	-
Clínicas Privadas	4.0	-	-
Farmacias	4.5	18.12	16.69
Amigos, familia	8.0	-	-
Otros	1.0	-	-
No sabe	3.0	-	-
IPSS	-	7.73	9.26
FFAA/PN	-	1.16	2.39
Privados	-	16.58	21.24
Autoabastecido	-	21.64	21.27
TOTAL	100.0	100.00	100.00

(\*) El sector privado está definido por el PNPf como el compuesto por las organizaciones privadas voluntarias (OPVs), médicos y clínicas privadas.

Fuente: Modelo QUIPUS, Módulo de Estadísticas de Servicios

El MINSAL comenzó a ofrecer servicios de PF en 1981, brindando ese año 21,150 consultas.<sup>49</sup> Para 1989, el número anual de consultas de PF brindadas por el MINSAL había llegado a 666,552. El MINSAL otorga servicios de PF por medio de cerca de 3,000 establecimientos incluyendo hospitales, centros y puestos de salud.

El IPSS brinda la mayor parte de sus servicios de PF en sus hospitales regionales (seis) y nacionales (dos) (con sus propios proveedores de servicios y un regular abastecimiento de anticonceptivos), policlínicos, postas de salud y por medio de unidades móviles (en las que obstetrices capacitadas brindan servicios).

<sup>49</sup>"Plan de Desarrollo Gerencial para las Organizaciones de Planificación Familiar en el Sector Público Peruano", Ciencias para la Administración de la Salud, Setiembre, 1987.

En 1990, con las prolongadas huelgas que han afectado tanto al Ministerio como al IPSS, se ha observado una notable declinación en la entrega de servicios.

**Tabla No. 33**

**Mezcla de Métodos y Consultas, MINSAL e IPSS, 1989**

Método	MINSAL		IPSS	
	Número	%	Número	%
DIUs	208,764	31.32	95,730	53.19
AQV	2,838	0.43	2,377	1.33
Subtotal	211,602	31.75	98,107	54.52
Píldoras	272,697	40.91	46,366	25.76
Inyectables	28,602	4.29	0	0
Condomes	107,706	16.16	17,767	9.87
Tabletas Vaginales	45,945	6.89	17,729	9.85
Subtotal	454,950	68.25	81,862	45.48
TOTAL	666,552	100.00	179,969	100.00

Fuente: Modelo QUIPUS, Módulo de Estadísticas de Servicios

Los programas del sector público continúan siendo obstaculizados por problemas que limitan su efectividad, probablemente el mayor de los cuales es el abastecimiento de anticonceptivos. El sistema de abastecimientos del PNPf, dependiente del almacén central del MINSAL, continúa caracterizándose por sus prolongadas tardanzas en satisfacer los pedidos de los departamentos, insumos que expiran y un inadecuado sistema de archivo. Se están dando algunos pasos para aliviar este problema: un sistema computarizado de seguimiento de inventarios logísticos ha sido desarrollado e instalado en las oficinas del PNPf dentro del MINSAL y se están desarrollando planes para contratar con PRISMA el inventario y el abastecimiento de insumos a nivel nacional.

Además, la capacitación en PF no ha sido brindada equitativamente. El resultado es que el personal en muchos centros y puestos de salud tienen una insuficiente

capacitación o entendimiento sobre la entrega de servicios de PF y de los procedimientos de registro de usuarias.

Las actividades de información, educación y comunicación (IEC) han sido extremadamente débiles, resultando en la permanencia de una extendida desorientación sobre las alternativas de PF y en un bajo uso de anticonceptivos. Los fondos para IEC deberían concentrarse en la difusión de los spots para radio y TV que ya existen y en la reimpresión de afiches y volantes, en vez de desarrollar nuevos materiales.

Además el éxito es obstaculizado por el hecho de que los equipos donados tales como computadoras, vehículos y equipos audio-visuales son frecuentemente dedicados a usos no relacionados con PF.

A pesar de estos problemas, el PNPf ha dado los más grandes pasos desde 1988, en las áreas de programación y presupuesto, determinación de la necesidad no satisfecha, aprovisionamiento de anticonceptivos, coordinación sectorial y recolección de datos. Eventualmente los trabajos del PNPf en estas áreas pueden servir como un modelo para otras divisiones de salud.

### *2.2.2 Sector Privado*

El PNPf define al sector privado como el compuesto por las organizaciones privadas voluntarias (OPVs), los médicos y las clínicas privadas. Cerca de veinte OPVs de PF operan en el Perú actualmente. Ellas son financiadas en gran parte por los donantes internacionales y por la USAID. Es difícil determinar con certeza la cobertura de los servicios del sector privado debido a los dispares sistemas de recolección de datos empleados por las agencias privadas. Es necesario un sistema estandarizado de monitoreo, tal como el desarrollado por PRISMA. Sin embargo, el PNPf estima que el sector privado en conjunto sirve en 1990 al 23% de las usuarias de PF.

### *2.2.3 Sector Comercial*

El sector comercial comprende a unas 3,500 farmacias y a otros negocios minoristas que venden anticonceptivos orales, condones, espumas y otros métodos temporales. El PNPf anticipa que el sector comercial servirá en 1990 al 17% de usuarias, aproximadamente.

## **2.3 Financiamiento**

La Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID) es el mayor aportante individual de las actividades de PF en el Perú, proveyendo el 75% de toda

la asistencia externa al sector. De los \$19 millones del Programa de Acción para la Supervivencia Infantil (CSA), \$4.3 millones han apoyado al PNPf en cuanto capacitación, insumos, materiales y asistencia técnica. El CSA ha apoyado la asistencia técnica del Proyecto OPTIONS en programación, formulación de presupuestos y evaluación a los programas del sector público. La USAID continúa apoyando a las OPVs peruanas a través del Proyecto de Planificación Familiar Voluntaria Privada (\$11.8 millones) y está previendo renovar su apoyo al Mercadeo Social de Anticonceptivos en 1991 (\$1.9 millones). Finalmente, la Misión está formulando un proyecto quinquenal denominado Mejoramiento de la Calidad de los Servicios de Planificación Familiar a través de las Instituciones del Sector Privado que comenzará en 1992 (\$15 millones) Un estimado de las dos terceras partes de los fondos de AID van apoyar a las ONGs.

Un gran número de organizaciones donantes de fondos centralizados por la AID de Washington, establecidas en los EEUU, están apoyando proyectos en el Perú (aproximadamente \$1.5 millones en 1990), casi todos éstos con las ONGs. Las organizaciones que financian activamente a los proyectos peruanos incluyen a "Family Planning International Assistance", "The Pathfinder Fund", "The Futures Group", "Development Associates", "The Population Council", "The Johns Hopkins University" y la "Association for Voluntary Surgical Contraception".

El Fondo de las Naciones Unidas para Acciones en Población (FNUAP), ha estado apoyando a las actividades de PF en el Perú desde 1975. La asistencia del FNUAP es administrada por la OPS. A la fecha, diez proyectos han sido o están siendo implementados con fondos de FNUAP. Tres proyectos comprenden la entrega de servicios de PF, cuatro se refieren a actividades de IEC, un proyecto es de recolección y análisis de datos básicos, un proyecto es asistido en la formulación y evaluación de políticas sobre dinámicas poblacionales y un proyecto concierne a los problemas de la mujer en el desarrollo. El FNUAP es un importante abastecedor de insumos de PF al MINSAL y al IPSS.

La Federación Internacional de Paternidad Planificada (IPPF) provee un apoyo anual de \$500,000 al Instituto Peruano de Paternidad Responsable (INPPARES).

Italia brinda \$262,000 para infraestructura y capacitación en salud materno-infantil y planificación familiar.

Noruega otorga \$265,000 para capacitación para educadores comunales en PF.

El Reino Unido, Alemania, Canadá, Japón (JOICEPF) y Holanda proveen un modesto financiamiento adicional.

### 3. Programas de Nutrición

En el Perú, una amplia variedad de programas de asistencia alimentaria intentan aliviar el impacto de la crisis económica sobre los ciudadanos pobres y mejorar la nutrición de las madres y los niños. En tanto se estima que 10 millones de personas viven en la pobreza, los programas de intervención alimentaria y nutricional se dirigen a un amplio "grupo prioritario" estimado en cerca de 4.8 millones de personas.<sup>50</sup> Sin embargo, la capacidad actual de los diferentes programas de alimentos es de únicamente 1.8 millones de personas, solamente un 37% de la población prioritaria. Los planes son incrementar la capacidad de los programas a 3.6 millones (75% del grupo prioritario). La Tabla 34 muestra cómo la población prioritaria de 4.8 millones está distribuida entre los grupos de edad.

Las organizaciones no gubernamentales, principalmente PRISMA, CARE, CARITAS, y OFASA, distribuyen la mayor parte de la asistencia alimentaria de la AID. El plan anual de PRISMA se propone como meta una población materno-infantil de 1.3 millones. El próximo año, el Programa Mundial de Alimentos y la USAID abastecerán con 122,263 toneladas métricas de alimentos para su distribución directa a cerca de 1.5 millones de peruanos (a través del programa administrado por PRISMA).

En adición a estos programas mayores de asistencia alimentaria, se describe abajo a los principales programas de alimentación complementaria.<sup>51</sup>

---

<sup>50</sup>Carlos Campino, Antonio "Enfoques de Programación para Proteger a los Pobres Durante los Reajustes". Sin fecha.

<sup>51</sup>La siguiente discusión acerca de los programas alimentarios que operan en el Perú ha sido adaptada de una descripción detallada de los programas de asistencia alimentaria y otras iniciativas de programación social en el Perú contenida en Cavanaugh, Karen, "Perú: Contexto Actual de la Programación Social para Aliviar la Pobreza", Banco Mundial, Julio, 1990 (vi).

**Tabla No. 34**

**Población Prioritaria para el Apoyo Alimentario, 1981, 1987, 1991  
(en miles)**

	1981	1987	1991	%
Población Total	17,005.2	20,727.1	22,868.3	100.0
Población Objetivo	8,672.7	10,570.8	11,662.7	51.0
Población Prioritaria	3,571.0	4,352.7	4,802.3	21.0
Mujeres Embarazadas y Lactantes	340.1	414.5	457.4	2.0
Niños (0-5 años)	1,360.4	1,658.0	1,829.5	8.0
Niños (6-15 años)	1,020.3	1,243.6	1,372.0	6.0
Adultos (16-19 años)	850.3	1,036.4	1,143.4	5.0
Ancianos (más de 70 años)	17.0	20.7	22.9	0.1

Fuente: Censo Nacional del Perú, 1981 y ENNSA, 1984.

### 3.1 Comedores Populares

Los comedores populares, o cocinas comunitarias, aparecen por vez primera en la década de los 70, organizados por grupos de mujeres de las comunidades urbanas de Perú, las cuales preparaban los alimentos donados, proveyendo así comidas de bajo costo a los miembros de la vecindad. Los comedores populares atendieron a más de 500,00 residentes por día. Un estudio conducido en 1987 por CARE encontró que la familia promedio usuaria de las cocinas tenía cinco miembros, ganaba un salario mínimo y gastaba cerca del 37% de sus ingresos en el almuerzo de estos comedores. Los gastos totales en alimentos fueron cerca al 80% del ingreso familiar. Un censo reciente del Ministerio de Salud, asesorado por CARE, estimó que solamente en Marzo de 1990 estaban operando en el área de Lima y Callao 3,500 comedores populares, cada uno con un promedio de 150 usuarios.

Sin embargo, los comedores populares no cubren automáticamente a las embarazadas y a las madres lactantes. Esto es importante, en tanto los estudios han

enfatizado la necesidad de dirigir los programas de asistencia alimentaria a estos grupos específicos de la población a fin de que sean tan efectivos como fuera posible.<sup>52</sup>

Podría alcanzarse mayores beneficios con el mismo costo si las cocinas centraran más su asistencia en las embarazadas, en las madres lactantes y en los niños menores de cinco años. Esto probablemente podría requerir mejoras especialmente diseñadas o realizar estudios de mercado. Por ejemplo, un pequeño estudio conducido por el Centro de Prevención de la Desnutrición Infantil encontró que introduciendo suplementos alimentarios en el destete al programa alimentario de un comedor popular se incrementaba dramáticamente el número de pequeños comensales: el 70% de los niños de la comunidad comparado a sólo el 10% antes de la introducción del nuevo componente.

### *3.1.1 Asistencia Gubernamental a los Comedores*

**Programa de Asistencia Directa (PAD).** Establecido originalmente por la administración de García, el PAD provee a las cocinas comunitarias con equipamiento, instalaciones sin costo y asistencia para la obtención de reconocimiento legal. El PAD también subsidia la compra de alimentos de los comedores para ayudar a mantener bajos sus precios.

**PRODIA.** Este proyecto del MINSAL, apoyado por CARE, brinda servicios de alimentación, salud y educación nutricional a través de los centros comunales de salud en las áreas urbanas.

**Programa de Apoyo al Ingreso Temporal (PAIT).** Iniciado en 1985, este programa ofrece empleo temporal a los residentes de los pueblos jóvenes, integrándolos en proyectos de obras públicas en sus comunidades. El PAIT paga a los trabajadores con cupos parciales en comedores populares seleccionados (y con la mitad del salario mínimo).

**EPSEP (empresa estatal de comercialización pesquera).** EPSEP distribuye pescado a los comedores populares para la preparación de alimentos o para su reventa. El producto de la reventa es usado para apoyar al comedor.

**Vaso de Leche.** El Vaso de Leche es un programa de asistencia alimentaria con fuerte énfasis sobre el desarrollo comunitario y la auto-ayuda. Introducido en Lima por el Gobierno Municipal en 1984 y trabajando principalmente en áreas pobres, el Vaso de Leche proporciona leche diariamente a todos los niños menores de 6 años y a todas las mujeres embarazadas y lactantes; durante las vacaciones escolares, el programa sirve a los

---

<sup>52</sup>Pfeffermann, G.P. y Griffin, G.C. "Programas de Nutrición y Salud en América Latina: Programando los Gastos Sociales", Washington, D.C., El Banco Mundial y la Ciudad de Panamá, Panamá: Centro Internacional de Crecimiento Económico, 1989 (vi).

niños entre los 6 y 13 años. El programa también combate la desnutrición entre los grupos de alto riesgo de la Capital, promueve la lactancia materna y la terapia de rehidratación oral, asiste en las campañas de inmunizaciones y en las actividades de control de tuberculosis y refuerza la organización comunal.

### **3.1.2 Asistencia No Gubernamental a las Cocinas**

Las organizaciones no gubernamentales que brindan fondos para las cocinas comunitarias incluyen a CARITAS y a FOVIDA. CARITAS ha trabajado asistiendo a las cocinas desde sus inicios, brindando asistencia alimentaria, asistencia técnica, créditos para compra de equipos y capacitación. FOVIDA les provee productos a precios subsidiados y les extiende créditos.

**Fomento para la Vida (FOVIDA).** FOVIDA es una ONG que abastece a bajos costos con alimentos a los comedores en Lima. La asistencia de FOVIDA permite a las cocinas alcanzar un 28% de ahorros en los gastos en alimentos, aún después de sustraer los costos operativos de FOVIDA.

**Alimentos para Familias de Alto Riesgo (PANFAR).** PANFAR es un proyecto de asistencia alimentaria operado por el Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición (INAN) del MINSAL a través de las 28 UDES. El objetivo es mejorar la nutrición entre las madres y los niños menores de 5 años de la población de alto riesgo. PANFAR ha sido financiado por la USAID y ha recibido asistencia técnica de PRISMA, desde 1988. La asistencia de la USAID ha sido programada hasta 1992. PRISMA ha hecho la mayor contribución a los esfuerzos de asistencia alimentaria, introduciendo el criterio de riesgo para identificar familias de alto riesgo con niños menores de 5 años.<sup>53</sup> Las familias con cualesquiera de dos de las siguientes características son elegibles para la asistencia alimentaria:

- a) Niños nacidos con pesos menores a 2,500 gramos;
- b) Niños con peso para la talla menores a lo establecido por las normas;
- c) Jefes de familia sin empleo estable;
- d) Falta de acceso al sistema de seguridad social;
- e) Madre y padre con menos de 5 años de educación formal;
- f) Hermano mayor no amamantado;
- g) Madre con 3 o más hijos vivos y con espaciamiento intergenésico menor a 24 meses.

---

<sup>53</sup>Un niño es considerado desnutrido si su peso está por debajo del 80% del peso para la talla de "referencia". La desnutrición severa es usualmente clasificada como el 60% o menos del peso de "referencia". Fuente: Burgess 1984, p. 262.

PANFAR puede probar ser un prototipo de los futuros esfuerzos de asistencia alimentaria que apropiadamente dirigidos a las poblaciones más necesitadas alcancen a los pobladores rurales e integren la asistencia alimentaria con otras actividades materno-infantiles y de supervivencia infantil.

### **3.2 Observaciones Respecto a los Programas de Nutrición**

Una política nacional de nutrición podría prever el tipo de estructura y el apoyo del Gobierno Central necesarios para una mejor coordinación entre la gran variedad de programas de asistencia alimentaria y nutricional que operan en el Perú. Esta podría facilitar la compra al por mayor y la estandarización de los mecanismos de fijación de metas a fin de mejorar el impacto de los programas.

Las agencias gubernamentales responsables de los programas de nutrición y alimentación necesitan asistencia técnica en planificación, coordinación y evaluación.

Las características comunes a los programas de asistencia alimentaria y nutricional más exitosos son el esforzarse por dirigir los subsidios a las poblaciones más necesitadas y el intentar comprometer a las comunidades en acciones dirigidas a brindar asistencia inmediata y promover el desarrollo a largo plazo. La asistencia futura deberá incorporar estas características.

## **4. Asistencia de los Donantes a los Programas de Salud, Población y Nutrición**

### **4.1 Apoyo a Nivel Global**

La Tabla 35 resume el apoyo de los donantes en 1989. La primera columna muestra el número de proyectos de los donantes para todo tipo de actividades; la segunda presenta el valor total del apoyo programado de los donantes para el sector salud.

Según la tercera columna, los fondos de los donantes gastados en salud en 1989 sumaron \$28 millones, la mayoría de los cuales (58% o sea \$16.2 millones) provienen de los donantes bilaterales. Estados Unidos fue de largo el mayor donante bilateral, con \$6.4 millones, seguido por Italia (\$3.5 millones), Japón (\$3.1 millones) y Alemania (\$1.5 millones). (Estas cifras no incluyen la ayuda alimentaria del Título II de la Ley Pública 480 de los EEUU evaluada en \$42.8 millones para el año fiscal 1991.)<sup>54</sup>

---

<sup>54</sup>Cavanaugh ofrece información financiera adicional acerca de la asistencia alimentaria de EEUU, Canadá, Italia, el Programa Mundial de Alimentos y la Comunidad Económica Europea (CEE). Ver p. 19-22, Cavanaugh 1990, op. cit.

Entre los donantes multilaterales, UNICEF contribuye con el mayor monto (\$2.4 millones).

**Tabla No. 35**

**Cooperación Técnica Externa al Sector Salud según Fuente, 1989  
(en miles de dólares)**

Fuente	No. de Proyectos	Valor Total de los Proyectos	Valor en 1989
<b>BILATERAL</b>	<b>20</b>	<b>81,688.0</b>	<b>16,184.0</b>
Alemania	5	24,984.0	1,499.0
Estados Unidos	4	23,435.0	6,435.0
Japón	4	18,059.0	3,100.0
Italia	3	11,000.0	3,500.0
Holanda	1	1,500.0	500.0
Finlandia	1	1,400.0	700.0
China	1	900.0	300.0
Gran Bretaña	1	410.0	150.0
<b>MULTILATERAL</b>	<b>7</b>	<b>20,486.3</b>	<b>7,294.1</b>
CEE	1	6,492.0	200.0
OPS/OMS	1	1,800.0	1,800.0
PNUD	1	2,420.2	1,200.0
FNUAP	2	7,416.0	1,736.0
UNICEF	2	2,358.1	2,358.1
<b>OTROS</b>	<b>2</b>	<b>2,480.0</b>	<b>0.0</b>
<b>ONGs</b>	<b>14</b>	<b>8,081.9</b>	<b>4,535.6</b>
<b>TOTAL</b>	<b>43</b>	<b>112,736.2</b>	<b>28,013.7</b>
Bajo Negociación	17	42,691.2	10,855.0
En Operación	26	70,045.0	17,158.7

Fuente: DIA, Ministerio de Salud, 1990

## 4.2 Donantes Bilaterales

### 4.2.1 Programas de la USAID

La USAID del Perú ha sido uno de los mayores donantes para el MINSAL y el IPSS en proyectos relacionados a supervivencia infantil. La cartera de actividades de la USAID es grande y variada pero se ha focalizado en la expansión de la cobertura de los servicios de supervivencia infantil y en el reforzamiento de las capacidades gerenciales en el sector público (inicialmente a nivel del MINSAL y más recientemente a nivel de los Gobiernos Regionales). Muchos proyectos recaen en las OPVs para implementar actividades en el campo y la USAID está explorando activamente otras formas para utilizar efectivamente al sector privado en consonancia con los objetivos nacionales de salud. Casi todos los proyectos incluyen actividades de participación comunitaria, a menudo con la movilización de los recursos de la comunidad.

Abajo se describe algunos proyectos seleccionados.<sup>55</sup> El Anexo B brinda una lista completa de los proyectos de la USAID desde 1980 a Junio de 1990, junto con sus montos de financiamiento.

El Proyecto de Acción para la Supervivencia Infantil de cinco años (1988-1992) incluye una donación de \$19 millones y \$25 millones en fondos de contrapartida a través del Título II de la Ley Pública 480 - fondos generados y fondos del Gobierno Peruano. Este proyecto apoya a los cinco programas de salud materno-infantil existentes en el MINSAL: control de las enfermedades diarreicas, control de la infección respiratoria aguda, inmunizaciones, planificación familiar y nutrición. Además, ayuda al reforzamiento de los sistemas descentralizados de apoyo, incluyendo capacitación, supervisión, comunicaciones en salud, sistema de información en salud (Health Information System-HIS) y sistema de información administrativa (Management Information System- MIS).

Las actividades MIS del Proyecto de Acción para la Supervivencia Infantil ya han dado resultados en tres sistemas administrativos: personal y planillas, administración contable y financiera y manejo logístico. Los sistemas automatizados han sido instalados en la sede central del MINSAL y en tres UDES, con miras a mejorar los sistemas existentes, desarrollar módulos adicionales e instalar el sistema en las demás UDES.

A la fecha se ha logrado menos en el HIS, que aún es completamente manual: los proveedores de servicios deben llenar más de 150 diferentes formatos cada año. El sistema es centralizado, con escasa retroalimentación para los proveedores de salud. El Proyecto

---

<sup>55</sup>Estas descripciones son resúmenes de PERU: USAID, Perfil de la Población y de la Salud (datos seleccionados), Junio 1990. Arlington, Virginia: Centro para la Información Internacional de la Salud (vi).

de Supervivencia Infantil ha previsto automatizar este sistema e instalarlo en todas las 28 UDES.

Tanto el HIS como el MIS serán completados y operacionalizados en todas las 28 UDES dentro de cuatro años. En este proyecto, extremadamente ambicioso, no se han considerado las múltiples dificultades técnicas y los diversos problemas de implementación encontrados en los proyectos de automatización de similar tamaño. En Chad, por ejemplo, un sistema de información de salud completamente centralizado y que requería la operación de una sola oficina con poco personal tomó más de tres años para implementarse. Aunque este sistema está funcionando bien, sus costos corrientes son mucho mayores de lo que se anticipó inicialmente. Además, la oficina del programa ha tenido dificultades para retener el personal, que está capacitado para encontrar posiciones mucho más lucrativas en el sector privado.

Otro aspecto referido a la asistencia programada por la AID para los sistemas de información es la completa exclusión del nivel hospitalario, el más grande empleador. Los hospitales consumen un gran monto de los recursos para la atención de la salud, brindando cuidados terciarios caros a relativamente pocos pacientes. Para reorientar los recursos desde el nivel hospitalario al nivel de atención primaria de la salud, donde éstos pueden ser usados para lograr mayores efectos globales sobre la salud, debe recabarse mayor información acerca de los logros hospitalarios. Los costos y los egresos hospitalarios necesitan ser monitoreados, de tal manera que se pueda obtener ahorros en los costos, donde sea posible, por medio de la mejora en la administración de los recursos, en el cuidado de los pacientes y en la organización de los servicios. Un sistema nacional de información de la salud o de la administración no puede ser completo sino incluye a los hospitales.

Volviendo a los otros proyectos de la USAID, la misión ha trabajado con PRISMA para desarrollar un sistema de vigilancia nutricional en una región del Perú, que eventualmente puede ser usado a nivel nacional. Este proyecto, denominado Identificación de Nacimientos de Alto Riesgo, fue financiado con \$980,000 y finalizó en 1989. Se incluyen en este proyecto los componentes de vigilancia longitudinal demográfica y nutricional, distribución de alimentos, inmunizaciones, espaciamiento intergenésico y monitoreo del crecimiento. Este proyecto ha sido capaz de analizar la información nutricional para evaluar los efectos de las políticas de ajuste económico sobre la situación de la salud de las poblaciones urbano-marginales.<sup>56</sup>

El Proyecto de Sistemas Rurales de Agua y Salubridad del Medio Ambiente también finalizó en 1989 y fue financiado con \$11 millones para 10 años. Como se discutió antes, el proyecto dió mayor asistencia a los esfuerzos del MINSAL por dotar con abastecimiento

---

<sup>56</sup>Algunos de estos hallazgos fueron presentados anteriormente en este trabajo. Otros hallazgos son citados en Cavanaugh (1990), op. cit., p. 7-9.

de agua potable y letrinas a las comunidades rurales. Las actividades serán continuadas con un segundo proyecto, ahora en la etapa de planeamiento. El nuevo proyecto se centrará en el reforzamiento de las capacidades administrativas y técnicas regionales para asegurar la sostenibilidad una vez que el donante de fondos se ha retirado.

El Proyecto Integrado de Planificación Familiar y Salud de 10 años, programado para finalizar en 1990, fue presupuestado con \$14.9 millones. Administrado por una OPV, este proyecto expandió la planificación familiar a través de las instituciones públicas y privadas en las áreas urbano-marginales. Asimismo, proveyó insumos de planificación familiar, capacitación y asistencia técnica, así como capacitación de madres, promotores comunitarios de la salud y farmacéuticos en la prevención de los nacimientos de alto riesgo. Se ha programado un adicional de \$9.6 millones para otros futuros programas de planificación familiar.

#### *4.2.2 Asistencia Alemana*

Otro importante donante bilateral que trabaja en el Perú es la Agencia de Asistencia Técnica Alemana (GTZ). Hasta 1987, la GTZ también ha brindado apoyo, junto con la USAID y la OPS, al sistema de información administrativa del Ministerio de Salud. La GTZ ha estado trabajando en los departamentos de Cusco, Madre de Dios, Apurímac y La Libertad (con un total de fondos de \$8.5 millones). Las áreas programáticas más importantes de la GTZ han sido la atención primaria de la salud, la salud materno-infantil y la nutrición.

#### *4.2.3 Asistencia Italiana*

El gobierno italiano opera un significativo proyecto bilateral, cuyo foco es un proyecto multisectorial de nutrición comunitaria en los departamentos de Puno, Moquegua y Tacna (PROCAN) con \$5 millones. El proyecto es implementado por UNICEF y la OPS a través del MINSAL. El Gobierno del Perú recientemente también ha aprobado un proyecto sanitario de \$5 a \$7 millones para el periodo 1988-90 en la zona de emergencia, incluyendo Ayacucho, Cusco, Apurímac y Huancavelica. Además el Gobierno de Italia está brindando una donación de \$2 millones para quimioterapia del cáncer (1990-1992), un préstamo de \$6 millones para medicamentos básicos, y un préstamo de \$8 millones para equipamiento. El Gobierno de Italia está construyendo tres hospitales rurales en el departamento de Piura.

#### *4.3.4 Otros Donantes Bilaterales*

El Gobierno de Holanda está donando \$300,000 para la compra de equipos para los puestos de salud. El Gobierno de Bélgica está brindando \$80,000 en asistencia para la

atención primaria de la salud en el departamento de Piura. La Agencia de Cooperación de Ayuda Técnica de Suecia está apoyando al Programa de Inmunizaciones del MINSAL a través de la compra de refrigeradores evaluada en \$400,000.

### **4.3 Organizaciones Multilaterales**

#### **4.3.1 Banco Interamericano de Desarrollo (BID)**

Hasta hace poco, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID) fue el mayor financiador entre las organizaciones multilaterales, con \$84.3 millones en préstamos (cuando la USAID había contribuido con \$28.5 millones en proyectos de asistencia). A través de su Programa de Desarrollo Regional Integrado, el BID ha desembolsado en total un préstamo de \$11.2 millones para la capacitación de los trabajadores de la salud y para la construcción de establecimientos de salud en tres ciudades de la Selva. Otro préstamo de \$31.3 millones financió en 1988 la construcción de sistemas urbanos de agua y desagüe a través de SENAPA (Servicio Nacional de Agua Potable y Alcantarillado). El Gobierno Peruano está estudiando una propuesta de préstamo del BID por \$34 millones, con una contribución gubernamental de \$41.6 millones, para renovar 15 hospitales en 14 UDES.

#### **4.3.2 Banco Mundial**

En 1983, el Banco Mundial (BIRF) autorizó un préstamo de \$33.5 millones al Perú para incrementar la disponibilidad de servicios de atención primaria de la salud (APS) para 3.4 millones de peruanos que viven en 4 departamentos de la Costa y de la Selva. El BIRF financió insumos y medicinas para establecimientos periféricos de salud recientemente construidos y la capacitación de un cuadro de enfermeras visitadoras para los puestos de salud. El Gobierno Peruano debería cubrir todos los costos corrientes locales de construcción y los salarios de los trabajadores de la salud adicionales, pero la implementación fue suspendida, habiéndose gastado sólo \$3 millones, cuando el gobierno cambió en 1985. Una nueva propuesta diseñada en 1985-86 concentró el proyecto en la Sierra Sur y Norte. El uso de materiales baratos y más apropiados en la construcción de los puestos de salud implica cubrir a una gran población.

Ningún fondo fue desembolsado después de 1985 y el financiamiento fue suspendido en Mayo de 1987. Los desembolsos del BIRF totalizaron \$4.5 millones en toda la vida del proyecto. Once nuevos centros de salud y 139 puestos sanitarios que estaban siendo construidos con fondos de contrapartida del Gobierno Peruano por un monto de \$19 millones quedaron suspendidos en 1988. El proyecto cubre los departamentos de Apurímac, Cusco, Huancavelica, Puno, Ancash, Junín, Cajamarca, La Libertad y Lima.

### 4.3.3 UNICEF

El Plan quinquenal de UNICEF en el Perú enfatiza las intervenciones de supervivencia infantil manejadas por organizaciones públicas y privadas, incluyendo el Instituto Nacional de Planificación (INP), el MINSAL, el Ministerio de Educación (MINEDU) y las Corporaciones Regionales de Desarrollo (CORDES). Bajo el programa, las áreas rurales prioritarias son elegidas para recibir asistencia técnica para entrenar promotores comunitarios, especialmente grupos de mujeres, en programación participativa. También se provee fondos para apoyar la producción de material de capacitación sobre técnicas a bajo costo de supervivencia infantil y rol de la mujer, y para la compra de equipos y materiales para los grupos femeninos. En las áreas urbanas, UNICEF trabaja a través del Programa de Apoyo al Ingreso Temporal (PAIT), la organización de obras públicas gubernamentales, los centros de alimentación multi-familiares e infantiles, el Programa del Vaso de Leche en Lima, los Clubes de Madres y otros grupos femeninos.

UNICEF presupuestó \$5.4 millones en fondos regulares en el periodo 1987-92 para apoyar los proyectos de auto-ayuda de los grupos comunales femeninos entre las poblaciones más pobres. También pueden ser asignados al Perú \$1.2 millones en fondos especiales para financiamiento regular suplementario. Un presupuesto de \$6 millones ha sido asignado para apoyar el Programa Ampliado de Inmunizaciones del MINSAL en colaboración con USAID, OPS y el Rotary Internacional.

### 4.3.4 FNUAP

El Fondo de Naciones Unidas para Acciones en Población (FNUAP) efectúa una significativa contribución al Perú y ha operado un programa de salud materno-infantil en varios años anteriores que incluye capacitación, provisión de servicios de planificación familiar, adquisición de materiales, educación y comunicación. Pequeños sub-proyectos incluyen el mejoramiento de la recolección de registros vitales por el Instituto Nacional de Estadísticas (INE); la distribución comunitaria de sales rehidratantes (SRO) y de insumos de planificación familiar en los pueblos jóvenes de Iquitos y un proyecto de métodos naturales de planificación familiar en cinco municipios de Lima. FNUAP trabaja estrechamente con la OPS y el MINSAL en la implementación de sus actividades.

Los fondos regulares de \$2.4 millones del FNUAP serán aumentados en \$1.35 millones en contribuciones multilaterales y bilaterales en 1991. Otro proyecto bajo consideración para el periodo 1989-1991 está dirigido a servicios de salud para adolescentes.

#### **4.3.5 OPS**

La Oficina Sanitaria Panamericana (OPS) es un importante participante en la ayuda al Perú, apoyando inmunizaciones, control de las enfermedades diarreicas, planificación familiar, y programas de alimentación y nutrición. Además, la OPS usa sus recursos para apoyar los sistemas de información y la vigilancia epidemiológica en el Perú. La OPS otorga anualmente \$3.5 millones para personal de asesoría técnica.

Una revisión de 16 proyectos de OPS en Agosto de 1990 mostró una asignación corriente de \$4.4 millones: cerca de la mitad para los programas de Salud Materno-Infantil (SMI), con \$1.7 millones dedicados al crecimiento y desarrollo de actividades de reproducción humana. La OPS ha proyectado \$580,000 en los cinco siguientes años para el Plan de Acción Nacional del PAI del MINSAL, en colaboración con USAID, UNICEF y el Rotary Internacional.

La OPS centra su interés en las áreas de salud, nutrición y empleo. Por acuerdo con el Ministerio, la OPS otorgará fondos directamente a más de 180 centros de salud locales.

## VII. Resumen de los Problemas del Sector Salud

A pesar de los esfuerzos descritos en la sección previa, mucho permanece por ser hecho. El siguiente es un resumen de los problemas más apremiantes que afectan al sector salud. Estos son divididos en dos secciones: Problemas de Salud y Problemas Organizacionales y Estructurales.

### 1. Problemas de Salud

#### 1.1 Enfermedades

**Infección Respiratoria Aguda.** La infección respiratoria aguda es la causa número uno de la mortalidad y de la morbilidad en todos los grupos de edades y es una creciente amenaza para los infantes, habiéndose incrementado desde un 24.5% de muertes infantiles en 1983 a 32.5% en 1988. En 1988 la IRA estuvo relacionada a más del 57% de todas las enfermedades entre la población en general.

**Enfermedades Diarreicas Agudas.** Si bien la incidencia de la EDA no ha crecido tan fuertemente como la de la IRA, la mortalidad infantil debido a la enfermedad diarreica se ha incrementado del 19% en 1983 al 22% en 1988. La EDA permanece como la segunda causa más común de la morbilidad y de la mortalidad para infantes y niños, y es la segunda causa de la morbilidad adulta. Estas enfermedades están estrechamente ligadas a la provisión de agua y salubridad.

**Enfermedades Prevenibles por Vacunación.** A pesar de las campañas de inmunización y de la declinación resultante de las enfermedades inmuno-prevenibles en los últimos tres años, el sarampión, la tos convulsiva y la polio persisten y la cobertura de la inmunización permanece baja. Por ejemplo, de acuerdo a los datos del PAI para 1989, las tasas de cobertura de la vacunación para niños de 12 meses de edad fluctúan entre el 60% para la polio (tres dosis) al 58% para la DPT (tres dosis) y 52% para el sarampión. Adicionalmente, los niveles de cobertura varían ampliamente entre y dentro de los departamentos.

**Tuberculosis.** La TBC permanece como una enfermedad infecciosa significativa: es causa sustancial de la morbilidad adulta, es crónica por naturaleza y afecta principalmente a la población en edad reproductiva. Entre 1980 y 1988, la incidencia de la tuberculosis se incrementa en un 50%. En 1990, el Ministerio de Salud detectó 50,000 casos de tuberculosis, de los cuales 5,000 eran niños menores de 6 años.

**Malaria.** La incidencia de la malaria se ha incrementado desde 20,483 casos en 1982 a 35,442 en 1988. Suponiendo una población de 18 millones en 1982 y 21 millones en 1988,

se ha producido un incremento de los casos informados desde 114 por 100,000 a 169 por 100,000. Si bien ésta es aún bastante baja, las ganancias previas en el control de la malaria se están perdiendo y la enfermedad está retornando a los niveles de los años 50. Desde 1986, cuando las actividades de control de la malaria alcanzaron su pico, éstas han declinado progresivamente: en 1989, el control alcanzó al 25% de su nivel en 1986. La malaria es una enfermedad particularmente seria para las mujeres embarazadas y tiene un efecto sinérgico con la desnutrición en los niños, debilitando la salud en general y causando a veces la muerte.

**Rabia.** Cuarentiun casos de rabia fueron registrados en 1989, el doble del número informado en 1988, debidos probablemente a la declinación de las acciones de vigilancia para controlar a los caninos y a las poblaciones afectadas. En 1990, los brotes de rabia ocurridos en Tumbes y Amazonas alarmaron no solamente por la seriedad de la enfermedad, sino por la insuficiente disponibilidad de vacunas para tratar a los individuos expuestos.

**Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).** El primer caso de SIDA fue informado en 1983; se espera que más de 400 casos serán diagnosticados en 1991. Si bien el número de casos de SIDA completamente desarrollados representan un pequeño porcentaje del número total de individuos con VIH-positivo, un número significativo de peruanos son portadores del VIH y casos potenciales de SIDA. Además, es indudable que los casos de SIDA son sub-informados debido a la inadecuación de equipos y materiales para las pruebas diagnósticas, la falta de técnicos de laboratorio capacitados, la insuficiencia de los fondos para mantener un sistema nacional de vigilancia y los inadecuados servicios de salud. Las provisiones públicas del SIDA se mantienen bajas y existe una tradicional resistencia al uso del condón en el Perú.

## 1.2 Salud Materno-Infantil y Nutrición

**Morbilidad y Mortalidad Materna.** Los problemas relacionados al embarazo, incluyendo hemorragias, infección, parto distócico y complicaciones de abortos ilegales causan cada año un estimado de 301 muertes maternas por 100,000 nacidos vivos (INE, 1989). El Perú tiene una tasa de mortalidad materna más alta que la de todos sus vecinos a excepción de Bolivia. Los problemas relacionados al embarazo dan cuenta de más del 65% de la morbilidad materna.

Las altas tasas de morbilidad y mortalidad materna pueden estar relacionadas a la desnutrición, la inadecuada atención prenatal, los partos sin atención (o asistidos por personal no capacitado), los altos niveles de fecundidad y el inadecuado espaciamiento intergenésico. Actualmente, sólo el 60% de las mujeres peruanas reciben algún servicio de atención prenatal y menos de la mitad de los nacimientos son asistidos por personal capacitado. Las posibles causas de ello incluyen la falta de recursos financieros, la saturación de los establecimientos que conduce a largas esperas y la no disponibilidad de

servicios, así como la falta de educación respecto a los beneficios de los partos supervisados.

**Mortalidad Perinatal.** La mortalidad perinatal se refiere a las muertes fetales a las 28 semanas o más de embarazo y a la muerte de infantes menores de 1 semana. Si bien permanecen como la tercera causa más común de las muertes infantiles, las causas perinatales (parto prolongado, anoxia y trauma al nacer; enfermedades maternas, hemorragias en el anteparto, prematuridad y malformaciones congénitas) están declinando significativamente, aunque los datos pueden no ser confiables. La baja calidad de la atención de los partos sugeriría que las muertes perinatales pueden ser mayores, particularmente durante el periodo de intraparto debido a lo prolongado del trabajo de parto y al consiguiente trauma, anoxia e infección. Como fue anotado arriba, menos de la mitad de los nacimientos en el Perú son asistidos por personal capacitado.

**Aborto.** Tanto los abortos espontáneos como los inducidos ilegalmente fueron la principal causa de la morbilidad materna (34.4%), de acuerdo a los datos de admisiones y de egresos hospitalarios de 1981. El número de muertes está sub-informado en tanto el aborto inducido (por razones distintas a las terapéuticas) es ilegal en el Perú. El alto número de embarazos no deseados es consistente con los hallazgos de la ENDES (1986) de que sólo el 23% de las mujeres en unión estaban usando métodos anticonceptivos modernos.

**Deficiencias Nutricionales.** Aunque las deficiencias nutricionales están ligadas a la mortalidad de los niños en solamente el 5% de los casos, los estudios efectuados en muchos otros países en desarrollo revelan que la desnutrición es causa subyacente de la mortalidad en cerca de la mitad de todas las muertes en niños, y por ende representa un peligro mucho mayor de lo que indican las estadísticas de mortalidad en el Perú.

**Desnutrición.** La Encuesta Nacional de Nutrición y Salud (ENNSA) de 1984 encontró que el 37.5% de los niños peruanos sufre de desnutrición crónica (talla para la edad menor que lo normal). Sin embargo, las cifras enmascaran enormes diferencias regionales: la encuesta reveló que en la Sierra más del 50% de los niños menores de 6 años y más del 70% de los niños entre 4 y 5 años de edad sufrían de desnutrición crónica. Similarmente, en la región de la Selva, estuvieron afectados más del 60% de los niños menores de 6 años y cerca del 70% de los niños entre 12 y 24 meses. Se estima que la mitad de todos los peruanos sufren de los efectos de la desnutrición crónica incluyendo 3 millones de niños menores de 14 años.

La ENNSA en 1984 encontró que un número significativo de jóvenes peruanos estaban agudamente desnutridos (con peso para la talla menor que lo normal). Sin embargo, datos más recientes de un estudio emprendido por PRISMA entre 1986 y 1988 en el Cono Sur mostró un 3% de incremento en la desnutrición aguda entre los niños menores de tres años, particularmente el grupo con 12 a 24 meses de edad. Obsérvese que

la desnutrición aguda es un buen índice de la actual situación nutricional mientras que la desnutrición crónica refleja los patrones históricos de desnutrición.

### 1.3 Agua y Salubridad

Vivienda adecuada, acceso a agua segura para beber y adecuados dispositivos de evacuación de desperdicios son precondiciones para reducir las enfermedades infecciosas y parasitarias, algunas de las principales causas de la morbilidad y de la mortalidad en el Perú. A pesar de los significativamente grandes pasos dados durante la década de los 80, se mantienen las necesidades no satisfechas, particularmente en la Sierra y en la Selva.

**Agua.** En 1989, solamente el 60% de los peruanos tenía acceso a agua potable. Nuevamente, sin embargo, existen disparidades regionales: el agua potable fue disponible para el 78% de los residentes urbanos y solamente para el 24% de los residentes rurales.

**Salubridad.** La cobertura de la salubridad es aún menor que la del agua. Solamente el 45% de la población total tenía acceso a desagüe, 59% en las áreas urbanas y 18% en las rurales.

## 2. Problemas Organizacionales y Estructurales

### 2.1 Infraestructura e Instalaciones

**Instalaciones.** En el presente, las instalaciones del MINSAL sufren de un generalizado deterioro físico y de falta de equipamiento. Los sistemas de agua, desagüe y electricidad no están funcionando o están sin reparación. También los equipos médicos a menudo están sin reparar y la mayor parte es ahora obsoleta. La reparación y el mantenimiento son dificultados por la gran variedad de marcas de los equipos. Además, a muchos establecimientos les falta el monto mínimo de equipamiento requerido para operar adecuadamente.

**Regionalización.** El proceso de regionalización ha comenzado, transfiriendo la mayor parte de la responsabilidad de la entrega de servicios y la administración cotidiana de los programas a las oficinas regionales y los gobiernos municipales, que tienen poca experiencia programática. El proceso necesita de profundos cambios en el sistema de salud en áreas tales como la operación y funcionamiento de los servicios de salud; capacitación, pago y administración de recursos humanos. Sin embargo, la casi total falta de preparación y planificación de la regionalización amenazan al sector salud con el caos.

## 2.2 Equidad en el Acceso a los Servicios de Salud

**Cobertura.** Los datos indican que el MINSAL está sirviendo efectivamente a menos del 30% de los peruanos, y que el IPSS, como mucho, cubre al 13%. Entonces, el MINSAL y el IPSS combinados solamente cubren a la mitad de sus poblaciones constitutivas (el MINSAL aspira a servir al 60% y el IPSS al 26% de la población total). Además debido a las condiciones de crisis muchos peruanos que normalmente podrían usar los servicios del sector privado para la atención de su salud, están contando crecientemente con los establecimientos del MINSAL. Esto sugiere que de la población relativamente pequeña que recibe atención curativa del MINSAL, un porcentaje inapropiado está compuesto de personas que no conforman la población medicamente indigente propia del MINSAL.

**Distribución de Recursos.** Los datos sugieren que en 1984, cerca de 6 millones de peruanos, comprendiendo al 31.5% de la población, tuvieron poco o ningún acceso a los servicios médicos. La mayor parte de ésta población desatendida vive en las áreas rurales. Esto es lógico en cuanto que los gastos del MINSAL en las áreas urbanas son 2.2 veces a los efectuados en las áreas rurales, y en tanto que el IPSS y otros proveedores públicos ofrecen pocos servicios médicos en las áreas rurales.

Aún cuando el número total de establecimientos de salud parece ser adecuado a un país con una población de 21 millones de habitantes, muchas áreas rurales son burdamente desatendidas: claramente, el sector público no asigna adecuadamente sus recursos a aquellos segmentos más necesitados de la población. La concentración de hospitales, personal y gastos en las áreas urbano costeñas, particularmente en el área de Lima y Callao, es notable: Lima tiene el 55% de todas las camas disponibles con solamente el 28% de la población peruana.

Igualmente, las instalaciones y el personal de salud están altamente concentrados en Lima y en otras ciudades. En 1986, en Lima existió un médico por 436 habitantes, mientras que en Huancavelica la razón fue de un médico por 26,000 habitantes. Ocho departamentos de la Sierra (Apurímac, Puno, Ayacucho, Cajamarca, Amazonas, Cusco, Huancavelica y Huánuco), con el 28% de la población, tenían los indicadores de salud más pobres del país y los más altos déficits de recursos y servicios de salud.

**Planificación Familiar.** Los datos de las encuestas indican una gran demanda no satisfecha de servicios de planificación familiar, particularmente en las áreas rurales y entre los grupos marcados por bajos niveles de educación e ingresos. A la luz de las altas tasas de morbilidad y mortalidad materna e infantil, los servicios de planificación deben ser rápidamente puestos a disposición de todos los peruanos. A la fecha, las acciones del Programa Nacional de Planificación Familiar no han sido exitosas debido principalmente a problemas asociados con el aprovisionamiento de insumos, administración, entrenamiento a niveles locales y bajo financiamiento.

## 2.3 Financiamiento de la Salud

**Financiamiento del Sector Público.** Durante la década de los 80, el monto de los recursos financieros públicos disponibles para todos los sectores sociales, incluyendo el sector salud, han disminuído, con serios efectos sobre la entrega y la calidad de los servicios. Por ejemplo, el presupuesto del MINSAL para 1991 (de aproximadamente \$154 millones) fue simplemente igual al 68% de sus gastos en 1984, mientras que en el mismo periodo la población se incrementó en 14%.

El IPSS ha encarado similares dificultades. El ingreso del IPSS depende de las variaciones en el nivel de la actividad económica formal; consecuentemente, sus ingresos corrientes han disminuído significativamente debido tanto al desempleo como al pobre rendimiento de sus inversiones. Además, el Gobierno Peruano ha continuado incumpliendo con sus pagos al IPSS para cubrir las planillas en el sector público, un patrón que fue establecido en los años 60. La deuda acumulada ahora alcanza a cientos de millones de dólares.

Finalmente, los recursos existentes del sector público no están siendo eficientemente usados, ni dirigidos a satisfacer las actuales necesidades de salud.

**Seguros.** Los seguros de salud permanecen disponibles solamente para el 30% de la población que comprende a los asalariados del sector formal y a sus dependientes y a las personas pudientes. De hecho, aún para aquellos cubiertos por la seguridad social (efectivamente sólo cerca del 13% de la población), las esposas reciben solamente los beneficios de maternidad y planificación familiar y los niños únicamente atención externa. En suma, la cobertura de los seguros, especialmente para los eventos graves de salud, permanece ajena a la mayor parte de los peruanos.

## 2.4 Abastecimiento de Fármacos

**Abastecimiento del Sector Público.** La disponibilidad de productos farmacéuticos es un factor crítico en la provisión de servicios de salud de calidad, tanto para lograr una efectiva terapia como para inspirar confianza en los establecimientos y en los trabajadores de la salud. El sector peruano de salud sufre dos problemas que afectan el abastecimiento: un desordenado sistema logístico y una insuficiente adquisición de fármacos y de otros insumos vitales. Estrechamente relacionado a esto, está la falta de prioridad que los artículos médicos están recibiendo en el reducido presupuesto del sector público.

**Compras Privadas.** En 1984, los peruanos gastaron un estimado de \$145 millones en medicamentos adquiridos en las farmacias. Esto podría indicar que el sector comercial es una fuente importante de medicamentos y que mucha gente se auto-prescribe las medicinas. Enfrentados con los altos precios de las medicinas, mucha gente está

**regresando más bien al sector público por medicamentos, exacerbando los problemas de abastecimiento de medicamentos del MINSAL.**

**ANEXO A: Políticas para el Sector Salud del Gobierno Peruano, 1990**

## **POLITICAS DE SALUD DEL GOBIERNO PERUANO**

**PERU, 1990**

1. Promover la salud integral y el desarrollo de los servicios de salud equitativos, eficientes, participativos y de cobertura universal, para revertir el deterioro de la calidad de vida de la mayoría de la población peruana.
2. Promover el desarrollo de las acciones que realiza la sociedad a través de sus diferentes agentes sanitarios en defensa de la vida y la salud de la población, convocándolos a compartir responsabilidad y esfuerzos con el Estado.
3. Reorientar la atención en el marco del proceso nacional de regionalización, transformando las estructuras institucionales con la participación de organizaciones sociales, organismos no gubernamentales e instituciones del Estado en el nivel local.
4. Articular en el ámbito local recursos y acciones de salud individual, familiar y comunitario, enfatizando la acción intersectorial, la participación social y el uso de tecnologías apropiadas.
5. Recuperar la capacidad instalada en infraestructura y equipamiento de los establecimientos de salud, principalmente de los primeros niveles, para su organización y funcionamiento eficiente.
6. Establecer y desarrollar una adecuada política de medicamentos e insumos básicos que responda a los requerimientos de la población.
7. Impulsar el desarrollo integral e interdisciplinario de los recursos humanos en salud, partiendo desde la formulación de una política con la participación de las instituciones formadoras y las "demandantes", pasando por los procesos de capacitación y educación permanente y el manejo de personal, a fin de lograr un personal motivado, capacitado, actualizado y socialmente comprometido con su institución y la salud de la población.
8. Reorientar el Instituto Peruano de Seguridad Social funcional, administrativa y financieramente, a través de la desburocratización, la moralización y la recaudación óptima, dentro de un contexto de regionalización, descentralización e intersectorialidad, a fin de garantizar el bienestar de los trabajadores asegurados y sus familiares. Esto permitirá crear el clima propicio para replantear el proceso de integración con el Ministerio de Salud en nuevos términos.
9. Coordinar y reorientar la cooperación técnica y financiera nacional e internacional para que directa e indirectamente se oriente hacia los grupos y comunidades

priorizadas, hacia actividades productivas de impacto local y regional, a fin de optimizar la eficiencia y eficacia social de estas inversiones.

10. Promover y facilitar la investigación científica en los diversos campos de salud y desarrollar la tecnología, tanto de proceso como de producto, adecuada para el cumplimiento de las tareas sanitarias propuestas. Esta política será llevada adelante reorientando y redimensionando los organismos públicos descentralizados del Sector.

**ANEXO B: Resumen de los Proyectos con Apoyo de la USAID**

## **Proyectos Bilaterales**

■ **Acción para la Supervivencia Infantil**, a través del MINSAL y del IPSS, brinda servicios de control de las enfermedades diarreicas, inmunización, nutrición, espaciamento intergenésico y el control y prevención de las infecciones respiratorias agudas (IRA). El proyecto está asistiendo al MINSAL estableciendo un sistema nacional computarizado de información en salud.

■ **Reducción de la Mortalidad Infantil**, implementado por PRISMA, una organización privada voluntaria local (OPV), es un programa de vigilancia nutricional, acompañada de distribución de alimentos en los departamentos de Lima y Cajamarca. El programa ha brindado inmunización, espaciamento intergenésico y servicios nutricionales en estas áreas desde 1986, también ha confirmado un significativo incremento en el peso para la talla de los niños entre 0 y 3 años. Una guía para identificar riesgos de desnutrición desarrollada por PRISMA (ver arriba "Lo más Notable en el Perú") es usada para el estudio de los efectos de la crisis económica sobre la salud de los niños urbanos y para monitorear los cambios en las áreas de impacto del proyecto.

■ **Alimentación, Nutrición y Supervivencia Infantil Integrados** es un nuevo proyecto conjunto de MINSAL y PRISMA que promueve la lactancia materna, el monitoreo del crecimiento, las prácticas apropiadas de alimentación de niños e infantes y la vitamina A.

■ **Salud y Planificación Familiar Integrados**, administrado por APROPO, una OPV local, brinda educación para la salud y planificación familiar a las mujeres con tres o más niños en el área de Lima. El proyecto ha entrenado a

más de 700 madres, promotores comunales de la salud y farmacéuticos en la prevención de los nacimientos de alto riesgo.

■ **Infraestructura Básica y Salud Primaria**, completó este año en las ciudades de Lima, Callao y Trujillo, el entrenamiento de los proveedores de salud en servicios de supervivencia infantil. Estas actividades continúan bajo el Proyecto de Desarrollo Integrado de Asistencia Alimentaria. Este proyecto incluyó tópicos tales como el manipuleo alimentario, la higiene y la salubridad ambiental.

■ **Programa Alimentario CARITAS**, con apoyo de CARITAS, una OPV local, que finalizó este año, promovió el mejoramiento de las prácticas alimentarias de infantes y niños. El proyecto entrenó madres, promotores de la salud y líderes comunitarios en la importancia de la lactancia materna y del monitoreo del crecimiento.

■ **Nutrición para la Supervivencia Infantil del Sector Privado**, administrado por el Instituto de Investigación Nutricional del Perú, brindó consejería en prácticas alimentarias para los infantes y los niños a 39,000 madres y otros cuidantes. Los mensajes en los medios de comunicación de masas incluyeron una canción explicando la importancia de alimentos y bebidas durante la diarrea.

■ **Capacitación de Médicos y Enfermeras**, un proyecto conjunto del Gobierno Peruano y la Universidad Peruana Cayetano Heredia, completó sus actividades en Enero de 1989. Profesionales de la salud de 11 provincias recibieron capacitación in situ para el tratamiento clínico de la diarrea. Unidades de rehidratación oral establecidos en tres hospitales de Lima ofrecieron tratamiento de

la diarrea en niños y capacitación para trabajadores de la salud.

■ La Red de Promoción de la Salud de las OPVs Peruanas, administrado por el Instituto Seton para el Desarrollo Internacional, condujo seminarios sobre supervivencia infantil y administración de programas para las OPVs locales.

■ Nutrición y Alimentos para el Trabajo, implementado por la Agencia Adventista de Desarrollo y Ayuda, trabaja con las OPVs locales en 9 departamentos para proveer servicios de supervivencia infantil. Promotores de la salud comunitarios conducen eventos de capacitación en la preparación de sales de rehidratación oral (SRO) y en el monitoreo del crecimiento en centros comunales de madres-niños. También está brindando consejería en control de la IRA, cuidado prenatal e higiene personal.

■ Sistemas Rurales de Agua y Saneamiento ambiental, administrado por el MINSAL, completó 135 nuevos sistemas de agua y 5,800 letrinas. Cerca de 400,000 personas se han beneficiado con estos servicios.

■ Revista de Supervivencia "Niños", publicó cuatro números cubriendo una variedad de tópicos sobre supervivencia infantil y salud materna. La revista es distribuida en el país, en América del Sur y en América Central. Muchas escuelas de medicina y enfermería usan "Niños" como parte de sus estudios.

■ Becas Paz Andina, apadrina estudios de corto y largo plazo en los EEUU para estudiantes andinos en tópicos que incluyen intervenciones de salud y supervivencia infantil. Veinte trabajadores de la salud y 28 líderes comunitarios capacitados en los últimos dos años.

■ Educación y Prevención del SIDA, provee servicios preventivos y educacionales para diversos grupos de la población de alto riesgo.

■ TAACS (Asesoramiento Técnico en SIDA y Supervivencia Infantil) está asistiendo al MINSAL en la preparación e implementación de una estrategia de comunicación para promover las actividades de supervivencia infantil.

### **Proyecto Regional**

■ Iniciativas de Capacitación para América Latina y el Caribe II, es parte de un proyecto regional administrado localmente por el Instituto Nacional de Planificación que financia capacitación en el exterior a profesionales de la salud. Después de capacitarse, los participantes del proyecto retornan a sus anteriores posiciones y capacitan a sus colegas en intervenciones de supervivencia infantil.

### **Apoyo de la USAID de Washington Oficina de apoyo a la Ciencia y a la Tecnología**

■ Beca de Supervivencia Infantil está ayudando a desarrollar SRO en forma de almidones para uso doméstico.

■ Proyecto de Investigación Aplicada de la Enfermedad Diarreica apoya la investigación sobre la epidemiología de los episodios prolongados de diarrea en Lima, el desarrollo de SRO en forma de sopas y programas de capacitación sobre el tratamiento clínico de la diarrea.

■ Proyecto de Mejoramiento de la Dieta Materno-Infantil, apoya la investigación sobre

el desarrollo de alimentos y recetas nutritivas basadas en ingredientes locales para su uso en el tratamiento doméstico de la diarrea.

Fuente: **Sobrevivencia Infantil: Quinto Informe al Congreso sobre el Programa de la USAID, USAID, Washington DC, 1990.**

- Investigación Científica Inovativa, administrado por la Universidad Peruana, estudia la correlación entre la desnutrición, el agua y la transmisión del criptoesporidium a los niños de los suburbios de Lima.

- PRICOR (Investigación Operativa sobre la Atención Primaria de la Salud), en colaboración con PRISMA, está conduciendo la investigación sobre la aplicación de la terapia de rehidratación oral y sobre los servicios de nutrición e inmunizaciones. Los datos permiten diseñar y desarrollar estrategias de capacitación para mejorar la entrega de servicios.

Sobre la asistencia técnica en el corto plazo se informó lo siguiente:

- AIDSCOM en comunicación y consejería sobre el virus del SIDA.

- AIDSTECH en educación y prevención del SIDA.

- Atención Maternal en el mejoramiento del resultado del embarazo a través de la mejora de la salud y la nutrición materna.

- Apoyo a la Educación Nutricional y al Mercadeo Social de Campo en la promoción de la lactancia materna.

- Proyecto SUPPORT en la expansión de la producción local de SRO y el desarrollo de una campaña de promoción para el sector privado.