

## LA REFORMA PENDIENTE

CÉSAR SANABRIA MONTAÑEZ\*

El proceso de reforma del sector salud que se desarrolla en nuestro país desde 1996 tiene principios como la eficiencia y la equidad, que son comunes a todos los procesos de reforma en el mundo, habiéndose propuesto para ello una serie de medidas tendientes a lograr objetivos ligados con un mejor uso de los recursos y mayores efectos en la salud de la población, pero que se han visto limitados entre otros aspectos, porque los incentivos desarrollados no han logrado compatibilizar con los principios señalados.

La economía de la salud ha desarrollado incentivos para mejorar la eficiencia del uso de los recursos, de modo que en todos los ámbitos de la gestión (pública, de centros y clínicas) se logren generar innovaciones que permitan compatibilizar la eficiencia y la equidad; principios que no son incompatibles pues cuando mejor se usen los recursos mayor población será la beneficiada y en este aspecto se inscribe la equidad, que operacionalizado debe ser considerado como el acceso, permanencia o uso del servicio y distribución de recursos entre todos y según sus necesidades.

Una de las limitaciones que existe en el proceso peruano es la del acceso a los servicios de salud y la ausencia de incentivos para que esta población se convierta en demanda; tres son los motivos más importantes que impiden esta demanda: los ingresos, el nivel de educación y la cultura. La gran mayoría de peruanos que no acceden o que acceden y no pueden continuar con el tratamiento es debido a que no cuentan con el ingreso suficiente; otro grupo no accede porque sencillamente no percibe su salud como un bien y ello tiene relación con el nivel de educación y finalmente otro grupo no accede a los servicios por cuestiones culturales (tradiciones, costumbres, hábitos, vergüenza, etc.)

Población, que además tiene otra característica importante, la dispersión, pues existen 77,000 centros poblados con menos de 500 habitantes cada uno.

Uno de los instrumentos de la política de salud es la de focalizar el gasto, a partir de un concepto de subsidio a la demanda; el problema es que al aplicarse lo que se logra es continuar la política de subsidio a la oferta pues se sigue distribuyendo los fondos a través del pago por presupuesto a los centros de salud y hospitales, y al tener una población objetivo tan extendida, por motivos de pobreza y extrema pobreza y de dispersión, se agudiza más esta mala asignación.

El problema se hace mayor cuando los incentivos a las reformas organizacionales, como la corresponsabilidad en el financiamiento, programas de recuperación de costos, medidas de autoaseguramiento, vienen enfocadas hacia otros estratos de la población,

---

\* *Director del Instituto de Investigaciones Económicas – UNMSM.*

*E-mail : [iieco@unmsm.edu.pe](mailto:iieco@unmsm.edu.pe)*

descuidando a grandes sectores poblacionales, dificultando aun más el proceso de lograr la equidad.

La pregunta que surge es: ¿cómo hacer que la demanda por servicios de salud crezca y cómo estar preparados por el lado de la oferta ante un posible crecimiento de la demanda? Indudablemente que la respuesta nos indica primero que se necesita de mayores recursos, de modo que para incentivar a la población para que se convierta en demanda por servicios de salud, debe entenderse que ello conlleva a un proceso de largo aliento, comprometiendo a un programa específico que integre la educación (nuevos programas de estudio, participación de los profesionales de la salud en los colegios y escuelas, promoción por los principales medios de comunicación, premios y concursos a ligados a las poblaciones, sistemas de información y vigilancia), la participación de otros sectores y actores, Programas de prevención y promoción más estructuradas, profesionales de la salud con asignación poblacional (rescatar el concepto del médico de la familia, pago por desempeño, capacitación, hospitales móviles e itinerantes, etc.)

Uno de los incentivos más importantes no está siendo utilizado: la privatización de los servicios de salud, la competencia y el pago por desempeño, ello debe lograr expandir a los hospitales hacia la comunidad, formando clubes o asociaciones de la salud de modo que se integren los actores de oferta y demanda. La competencia debe ser dada en un marco de lograr competitividad, premiando los logros obtenidos.

Quedan pendientes muchos cambios, como la separación de funciones del Ministerio de Salud, formando tres nuevos entes que organicen la provisión, el financiamiento y la regulación y el control de los servicios de salud, el aseguramiento de toda la población, la modificación de mecanismos de pago y una mayor integración del sector privado en una nueva propuesta de reforma del sector.

Publicado en el Diario "Síntesis" el jueves 11 de noviembre de 1999.