

## SISTEMA SANITARIO

En el Perú, hasta la década del setenta, existía exclusión de servicios de salud en amplios sectores de la población; como consecuencia de su marginación ciudadana. Fue a finales de esa década cuando se instituyó la universalidad de los derechos ciudadanos en la constitución política del país. A pesar de ello, aún hoy, la constitución vigente es insuficiente en la instauración de derechos en salud. La misma, establece que la seguridad social es universal y progresiva. El Estado solo garantiza el libre acceso a los servicios, sin implementar el derecho a la atención de salud. Siendo la promoción, protección y garantía del derecho a la salud, un tema que requiere mayor atención.

El desarrollo de los servicios primarios se inicia a partir de esa década. Inicialmente, había escasez de personal calificado en los establecimientos rurales, debido a la falta de asignación de plazas. Los establecimientos funcionaban con personal no profesional y poco entrenado. Es recién en la década del noventa cuando se dota de profesionales a estos establecimientos. Como consecuencia de éstos inconvenientes la cobertura de atención primaria ha crecido lentamente, con limitaciones en los ámbitos rurales, a pesar de la importante expansión de infraestructura producida.

Solamente alrededor de una cuarta parte de la población tiene un seguro de salud: 20.1% en ESSALUD (seguro público); 2% en seguros privados y 1.3% en la sanidad militar o policial. En la última década ha decaído discretamente la cobertura en general. El motivo, es la gran informalidad

en el empleo y la pobreza extendida, ya que el aseguramiento depende de contribuciones en la planilla de pago de los trabajadores. A este problema se suma que sólo el 57% de los asegurados en ESSALUD usa sus servicios de atención ambulatoria.

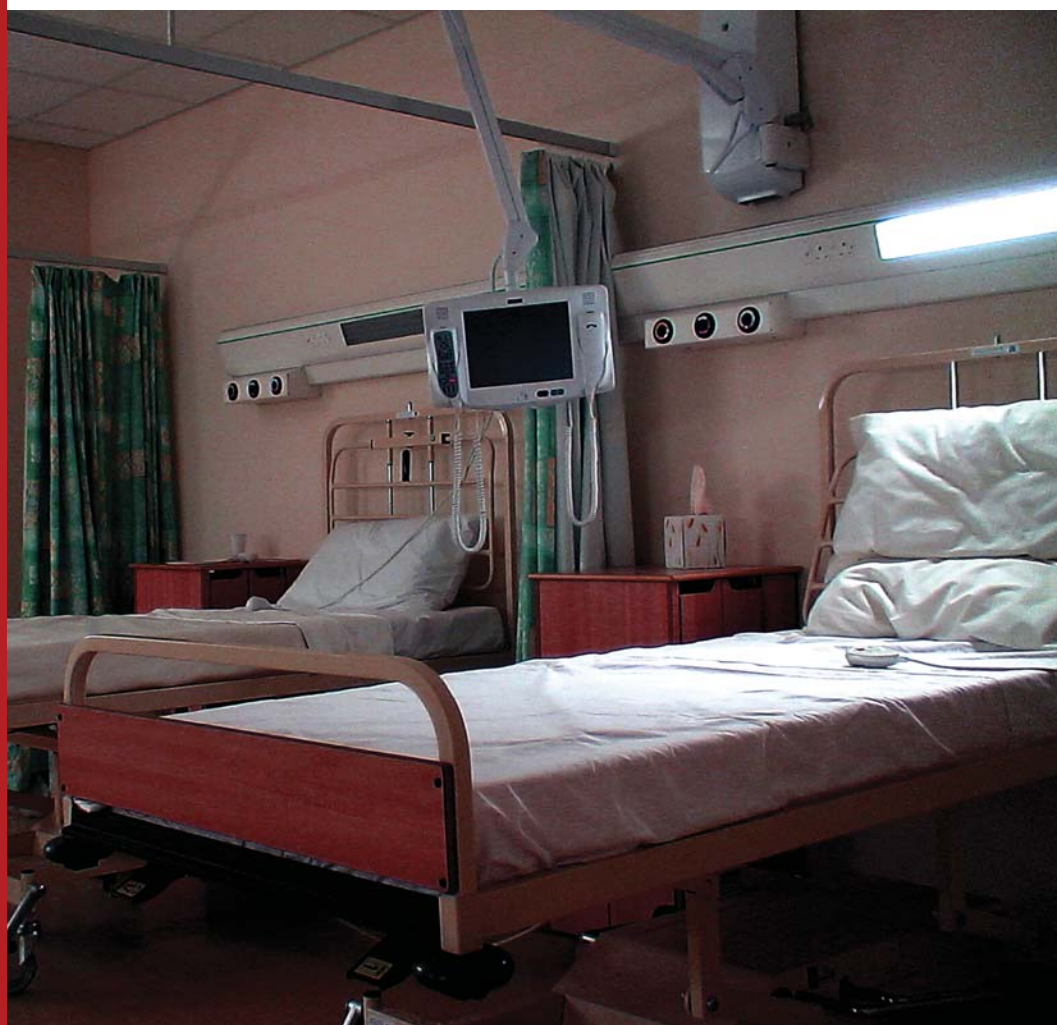
Además, las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) de carácter privado y creadas en 1998 con la "modernización de la seguridad social", tienen una cobertura insignificante (1.3%).

### Gastos de salud

En 1998, el gasto total del sector salud fue de US \$ 2,651.2 millones, representando US \$ 100 por habitante y el 4.4% del PBI, siendo menor al promedio de América Latina y el Caribe (7.2%).

Sin embargo, este gasto no es equitativo; así, mientras que ESSALUD asigna US \$ 108 por asegurado, los seguros privados efectúan un gasto de US \$ 200. Del total del gasto, 63% se dedica a servicios de salud, 32% a medicamentos y 5% a inversión.

La distribución por prestador fue la siguiente: 27.9% en el Ministerio de Salud; 0.4% en otro servicio público; 25.1% en ESSALUD; 3.8% en la sanidad militar y policial; 20.3% en el sector privado y 22.5% en las farmacias.



## SISTEMA SANITARIO

### Acceso al sistema de salud

Actualmente, el sistema de salud peruano está fragmentado y en proceso de organización. Aún existe una gran inequidad en la distribución del subsidio público, que margina a los grupos más desposeídos. El problema de la exclusión en salud es también compartido en otras áreas como educación, justicia y demás derechos de carácter social y político. Esta planificación del sistema de salud tiene algunas características importantes:

Existe una importante derivación del subsidio público hacia otros subsectores: el 21.5% de los asegurados en ESSALUD, el 29.3% de los asegurados de pólizas privadas individuales, el 14.2% de aquellos de póliza privada colectiva y el 13.5% de los pertenecientes a sanidad militar y policial usan los servicios del MINSA.

Los servicios del MINSA constituyen el principal proveedor para todos los grupos socioeconómicos, especialmente de los más carenciados (quintiles I, II y III), siendo para el más pobre casi el único. ESSALUD cubre a los quintiles III, IV y V, al igual que los establecimientos privados.

Existe un serio problema de acceso a servicios de salud para las personas de escasos recursos, en especial en zonas rurales, pese a tener mayores necesidades de salud por presentar mayor morbilidad, debido a su escasa capacidad adquisitiva y la carencia de un seguro de salud.

### Acceso

Sin embargo, el acceso a los hospitales del MINSA es perverso: éste se incrementa de acuerdo al nivel de ingreso, mientras que disminuye para la atención primaria. 32 En la práctica existen dos modelos de atención: uno basado en atención primaria para los más pobres y otro hospitalario de mayor gasto y que concentra la mayor parte del subsidio público para la población de ingresos medios y altos. Así, el 75% del subsidio al quintil de mayores ingresos de las zonas urbanas es para atención hospitalaria, siendo mayor que el otorgado a las zonas rurales.



El MINSA atraviesa serios problemas de abastecimiento