

# Investigaciones en Salud Pública

## Documentos Técnicos

Temas prioritarias de  
salud pública

---

27

Autonomización hospitalaria y  
desplazamientos de la  
demanda de atención:  
Lima, 1988–1997

Juan Arroyo Laguna



Coordinación de Investigaciones  
División de Salud y Desarrollo Humano

Organización Panamericana de la Salud  
525 23rd Street, N.W.  
Washington, D.C. 20037-2895, EUA

Julio de 2000

---

**La Serie de Documentos Técnicos** fue creada por la Coordinación de Investigaciones, División de Salud y Desarrollo Humano (HDP/HDR) de la Organización Panamericana de la Salud, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) para difundir los documentos metodológicos, informes y reportes de las investigaciones que han sido financiadas por el Programa de Subvenciones para la Investigación de la OPS.

Los Documentos Técnicos se conciben como un medio de difusión rápida y oportuna de los resultados de investigaciones y no se constituyen en publicaciones científicamente evaluadas y profesionalmente editadas.

**Temas Prioritarios de Salud Pública** consiste de proyectos sometidos anteriormente a la OPS bajo un sistema de demanda abierta espontánea. Los temas de los estudios son diversos y pueden venir de múltiples áreas de salud pública, pero son unidos en términos de relevancia para problemas de salud colectiva de la Región.

Esta publicación puede ser citada o impresa sin restricciones, con tal que se haga una referencia apropiada a este número. Una copia debe ser enviada al Programa de Coordinación de Investigaciones, División de Salud y Desarrollo Humano.

Las opiniones expresadas por los autores son de su exclusiva responsabilidad y no reflejan necesariamente los criterios ni la política de la Organización Panamericana de la Salud ni de los Estados Miembros.

**Diseño del logo “Building blocks”, en la cubierta**

Coordinación de Investigaciones/Unidad de Diseño Gráfico

**Diseño y composición de cubierta**

Clara I. Rodríguez

**Diseño y composición de texto**

Suzanna Stephens, M.A.

---

# Índice

RESUMEN .....	1
INTRODUCCIÓN .....	2
METODOLOGÍA .....	4
RESULTADOS.....	6
DISCUSIÓN.....	8
REFERENCIAS.....	15

## Cuadros y Gráficos

### CUADROS

1. Matriz de <i>clusters</i> según variables dicotomizadas.....	11
2. Ingresos propios de cinco hospitales de Lima, 1991-1995: Cifras deflatadas, miles de soles (año base: 1990).....	12
3. Evolución de recursos propios y tesoro público: Cinco hospitales de Lima, 1991-1995 .....	12
4. Evolución de los segmentos de demanda hospitalaria (Lima, 1988-1997).....	13

### GRÁFICOS

1. Ingresos propios de cinco hospitales de Lima, 1991-1995: Cifras deflatadas, miles de soles (año base: 1990) .....	11
2. Evolución de los segmentos de demanda hospitalaria (Lima, 1988-1997) .....	13

---

# Autonomización hospitalaria y desplazamientos de la demanda de atención:

Lima, 1988–1997<sup>1</sup>

Juan Arroyo Laguna<sup>2</sup>

## RESUMEN

El propósito del estudio fue captar la evolución de los niveles socio-económicos en la demanda hospitalaria atendida entre los años 1988–1997 en cinco grandes hospitales de Lima y su asociación con la actual transición hacia el nuevo modelo de hospital autónomo, en particular con la nueva política de financiamiento hospitalario. Los cambios en la oferta hospitalaria se estudiaron a través de entrevistas en profundidad a informantes claves, recopilación estadística en los establecimientos seleccionados y una vasta revisión bibliográfica y documental. Los cambios en la demanda hospitalaria se estudiaron aplicando 1,012 encuestas a los usuarios hospitalarios de los años 1988, 1992 y 1997. Para la construcción de los segmentos de la demanda se utilizó el análisis cluster y el análisis discriminante, trabajándose con seis variables con significancia para establecer niveles socioeconómicos. El modelo resultante de tres segmentos y variables dicotomizadas superó los 75 puntos exigidos en la prueba de clasificación con el análisis discriminante. La prueba Lambda de Wilks también confirmó las salidas del análisis cluster al obtenerse una  $p$  significativa ( $p < 0.01$ ). El resultado central mostró que en el universo del público hospitalario de los 5 establecimientos el estrato de mayores recursos había aumentado su presencia relativa del 35.4% en 1988 al 52.6% en 1997, mientras el estrato de menores recursos había disminuido

---

<sup>1</sup> Investigación realizada con el apoyo financiero del Programa de Subvenciones para la Investigación (PSI) de la División de Salud y Desarrollo Humano, Coordinación de Investigaciones (HDP/HDR), de la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS), Washington D.C. El autor expresa su agradecimiento a la Organización Panamericana de la Salud, con cuyo apoyo financiero se realizó la presente investigación. Igualmente se agradece a quienes posibilitaron con su apoyo y consejo la labor de investigación: al Dr. Carlos Vidal Layseca, Rector de la Universidad Peruana Cayetano Heredia; al Dr. Pedro Brito, consultor de la OPS; al Dr. Alejandro Llanos, Director del Centro de Salud Pública, y a sus colegas de la Facultad de Salud Pública, los Drs. Oswaldo Lazo, Luis Lozano, Humberto Castillo, Victor Carrasco y Eduardo Vidal. Del mismo modo, a los profesionales que en las sucesivas fases de la investigación hicieron diversos aportes a la misma: Dr. Diego Gonzales, Dr. Fernando Salazar, Mag. Leopoldo Bejarano, Dr. Francisco Leyva, Lic. Claudia Pacheco, Dr. Luis Chunga, Lic. Patricia Asenjo, Lic. Fernando Bravo y Dra. Marisol Vicuña.

<sup>2</sup> Profesor en el Centro de Salud Pública (CSP), Área Salud y Desarrollo, Universidad Peruana Cayetano Heredia (UPCH), Avenida Honorio Delgado 430, San Martín de Porres, Lima 100, Perú. Teléfono/Fax: (+51-14) 82 34 35, correo electrónico [jarroyo@upch.edu.pe](mailto:jarroyo@upch.edu.pe).

en el mismo lapso del 25.4% al 20.5%. El estrato intermedio también ha disminuido, del 39.2% al 26.8%. Se concluye que las micro-reformas sin un proyecto holístico de reforma producen, a la vez, micro-eficiencia e inequidad sistémica, pues la debilidad de un planteo sistémico de reforma empuja a los establecimientos a una planificación “hacia dentro”. Se constató un discurso bifronte en las políticas sociales post-populistas: de un lado la literatura enfatiza en la nueva administración de fuera hacia dentro, del otro, la línea de fuerza real relleva los indicadores de producción y rendimiento sobre los de impacto o efectividad.

*Palabras claves:* Reforma sanitaria silenciosa, segmentos de demanda, micro-eficiencia, equidad, hospital autónomo.

## INTRODUCCIÓN

La investigación estudió la evolución de los niveles socioeconómicos en la demanda hospitalaria atendida entre los años 1988–1997 en cinco grandes hospitales de Lima y su asociación con las modificaciones en la oferta hospitalaria en ese lapso, en particular los cambios en el financiamiento hospitalario.

El estudio se hizo en cinco nosocomios de Lima Metropolitana, uno por cada Subregión de Salud existente en la capital del Perú: Daniel Alcides Carrión, Cayetano Heredia, Arzobispo Loayza, María Auxiliadora e Hipólito Unanue. Estos hospitales tienen en conjunto 3,394 camas, esto es el 52.17% de las camas hospitalarias del Ministerio de Salud en Lima. En 1996 el MINSA tenía en Lima 22 establecimientos hospitalarios de diferente nivel—en realidad 7 Institutos Especializados y 15 hospitales—con un total de 6,505 camas (MINSA, 1996).

El objetivo de la investigación fué la de comprender las transformaciones que se han venido produciendo en los últimos años en el público con el proceso de autonomización hospitalaria. La selección de cinco de los más importantes hospitales públicos de Lima, pese a no tratarse de una muestra, permitió hacer generalizaciones y captar las características generales del proceso de reforma silenciosa ocurrido en los hospitales del estado durante los años 90 y su impacto sobre la segmentación de la demanda de atención.

El estudio ubica el inicio de la actual reforma hospitalaria peruana entre 1988 y 1991, antes de que aparecieran, a partir de 1997, los primeros dispositivos legales de la actual reforma sectorial en el Perú. La reforma peruana en salud es un caso paradigmático de una reforma sanitaria silenciosa, esto es, una transformación hecha sin un diseño sistémico ni una jurisprudencia ad hoc, realizada por una acumulación de reformas parciales. En estos casos las transformaciones dependen de la iniciativa de los actores sociales del sector, en particular de la emergente tecnocracia y los directivos institucionales. La hipótesis, verificada por nuestro estudio, aludía por eso a una transición de facto del hospital público-estatal a un nuevo hospital de financiamiento mixto y régimen autónomo, transición que hemos comprobado ha significado un cambio en el público-objetivo tradicional hospitalario: los pacientes más pobres en los últimos diez años han disminuido 17.1% en el total de la

demanda hospitalaria atendida, aumentando el segmento de usuarios relativamente más pudiente.

Hemos constatado, por tanto, un tipo de autonomización hospitalaria semi-espontánea que ha transformado las unidades de servicio haciéndolas más productivas y relativamente más modernas pero, a la vez, originado desplazamientos de usuarios no previstos. Los hospitales en el lapso 1988–1997 han tenido dos fases, una primera, muy crítica, entre 1988 y 1993, caracterizada por una aguda crisis presupuestal y por modificaciones hacia el autofinanciamiento de los establecimientos de salud. Y una segunda, entre 1994 y 1997, en que se han expandido de los servicios públicos en salud por la reactivación hospitalaria y la repotenciación de todo el sector. A lo largo de estas dos fases el estrato de pacientes de mayores recursos aumentó su presencia relativa en los cinco hospitales. Estos estratos no son necesariamente equivalentes de los estratos alto/medio/bajo poblacionales sino segmentos dentro del universo de usuarios de los cinco hospitales. Sin embargo, es significativo que dentro de esta franja demandante de atención hospitalaria el estrato de mayores recursos haya fortalecido sus posiciones. Se concluye que la reexpansión de la producción hospitalaria que vivimos desde 1994 se está dirigiendo socialmente no hacia abajo sino hacia arriba, es decir hacia los estratos de pobreza no extrema, pobreza coyuntural y capas medias.

El por qué de este masivo subsidio ciego en plena etapa de la focalización es parte del amplio debate actual sobre modelos de reforma del sector salud (Musgrove, 1995; Frenk, Lozano, González-Block et al., 1994; WHO, 1996; Bustelo, 1994; De Melo & Costa, 1994). El paradigma populista estatista no direccionaba adecuadamente el subsidio estatal y los nuevos modelos de políticas sociales vienen tendiendo a plantearse por eso en una lógica de proyectos (Franco, 1996). Pero de hecho se observa un discurso bifronte en los enfoques post-populistas en las áreas sociales pues, mas allá de la literatura sobre la nueva administración de fuera hacia dentro, la línea de fuerza real relleva los indicadores de producción y rendimiento sobre los de impacto o efectividad. Las entrevistas a profundidad revelan que para los directivos de instituciones está más a la mano la evaluación de los costos por unidad de servicio que la identificación de los públicos en salud o la medición de los años de vida ganados por la actividad desempeñada. En la marcha real de las instituciones la eficiencia deja de ser un medio y deviene en un fin.

Bajo la orientación de transformar los hospitales públicos en unidades autosustentables, hacia las denominadas “unidades estratégicas de negocios”, el énfasis en todos los establecimientos hospitalarios peruanos ha estado estos años en la incorporación de los nuevos enfoques y herramientas de la gestión moderna, introduciendo lo que Humberto Novães ha denominado “ingeniería gerencial hospitalaria” (Novães, 1994). Sin embargo la ausencia de la dimensión macro-sistémica de la reforma—a cargo del Ministerio de Salud—corre el riesgo de originar un cuadro de eficiencia a nivel micro con ineficiencias e inequidades macro. Los hospitales públicos peruanos están mejor, pero la salud del entorno menos pudiente, no lo está necesariamente. El problema no es sólo ni principalmente hospitalario: la salud es una responsabilidad sectorial.

## METODOLOGÍA

La complejidad de nuestro objeto de estudio—un proceso social que involucra políticas institucionales y mercados en salud—requirió el planteo de una metodología interdisciplinaria y concurrente de enfoques y técnicas provenientes de diferentes campos.

El estudio de las transformaciones de los cinco hospitales públicos entre 1988 y 1997 se hizo articulando lo aportado por entrevistas en profundidad con informantes claves, la recopilación estadística desde fuentes secundarias y una exhaustiva revisión bibliográfica y documental. Para las entrevistas a informantes claves se confeccionó un directorio de entrevistados y un cuestionario semi-estructurado con preguntas sobre los cinco hospitales en la etapa 1988–1997. La recopilación estadística sobre las fuentes del financiamiento hospitalario y la producción de consultas se hizo en las Oficinas de Planificación, Estadística y Contabilidad de los hospitales, en base a información muchas veces desagregada que requirió ser seleccionada, consolidada y tabulada. La revisión bibliográfica y documental se hizo en instituciones y bibliotecas particulares, leyéndose y resumiéndose un material que sirvió para la reconstrucción del proceso histórico de los hospitales públicos, que hace parte del informe amplio anexo.

De otro lado, el estudio de la evolución de los segmentos de demanda se hizo encuestando a los pacientes de 1988, 1992 y 1997 de los cinco hospitales. El trabajo de encuestas consideró como universo la población global de pacientes de consulta externa de los cinco establecimientos en los años mencionados y como unidad de análisis, al paciente hospitalario de consulta externa. Para hacer una comparación entre los pacientes que acudieron a los consultorios de los nosocomios seleccionados en los tres años mencionados se diseñó tres muestras, una por “cohorte” de usuarios. Dado que la suma de los pacientes de los cinco hospitales en cualquiera de los tres años supera el parámetro estadístico de 100,000 a partir del cual se considera un universo infinito, se calculó el tamaño de las muestras usando la fórmula de muestras para universos infinitos  $n = \lambda p.q/E^2$ . Se hizo el cálculo con un error del 3%,  $\lambda = 2$  (95%) y  $p$  como 19.5, en base a la proporción promedio de indigentes en los últimos diez años. Se obtuvo una muestra de  $n = 350$  para cada año. A renglón seguido se confeccionó el listado de pacientes de 1988 y 1992 a entrevistar seleccionando en forma aleatoria 350 historias clínicas de dichos años en los archivos hospitalarios. Cada hospital aportó a las muestras un número de entrevistados conforme a su peso en la consulta externa global de cada uno de los años en mención. Luego dichos pacientes fueron visitados en sus domicilios. Los 350 pacientes de 1997 fueron seleccionados en forma aleatoria en las salas de espera de los consultorios externos de los cinco hospitales.

Se utilizó un cuestionario estructurado de 89 preguntas con secciones sobre familia, salud, vivienda, educación, transporte, empleo e ingresos/gastos. Previamente al trabajo de campo se realizó una encuesta piloto tratando de resguardar las características definitivas del proceso final, prueba que permitió corregir y validar el cuestionario.

Si bien el registro de los datos en las historias clínicas hospitalarias deja mucho que desear en cuanto al domicilio de los pacientes, finalmente se logró entrevistar a 1,012 pacientes de los 1,050 de la muestra, esto es, al 96.3% de los pacientes seleccionados.

El trabajo de campo se realizó entre mayo de 1996 y febrero de 1997. Resultó trabajoso por tratarse en muchos casos de zonas de difícil acceso en Lima o por cambios domiciliarios o de los nombres de las calles. A veces supuso visitar el nuevo domicilio o trabajo de los pacientes, información suministrada por sus familiares en el domicilio original registrado. El equipo de encuestadores y supervisores fué cubriendo la muestra por distritos, de tal forma que la realización de las entrevistas fue supervisada en el mismo trabajo de campo y el control de calidad pudo realizarse en forma inmediata a la aplicación de las encuestas.

Los datos obtenidos fueron digitados en tres bases de datos en Fox Pro, una por cada año, para procederse al análisis estadístico e interpretación. Para la construcción de los segmentos de demanda se utilizó el análisis cluster y el análisis discriminante. Como se sabe, el primero constituye una técnica de carácter exploratorio y el segundo, un recurso estadístico capaz de confirmar o rechazar los agrupamientos brindados por el primero (Hair & Anderson, 1992).

Para el análisis cluster se seleccionaron seis variables con significancia para establecer niveles socioeconómicos conforme a los estudios nacionales realizados en el Perú por el Instituto Nacional de Estadística e Informática, Cuanto y Apoyo, las tres entidades encuestadoras de mayor prestigio en el país. Estas variables fueron: nivel de instrucción, grado de turgurización, tenencia de la vivienda, situación laboral, autopercepción social y dependencia intrafamiliar. Estas variables se trabajaron dicotomizadas, formándose una matriz de similitudes que el análisis cluster transformó en una matriz de distancias, clasificando a los pacientes en tres grupos.

El modelo resultante de tres segmentos y variables dicotomizadas fue luego sometido a prueba mediante el análisis discriminante. Está establecido que el análisis discriminante ratifica los agrupamientos exploratorios de tres segmentos surgidos del análisis cluster si se logra superar 75 puntos en la prueba de clasificación. El modelo construido tuvo 80.55 puntos. El análisis discriminante permitió, además, confirmar el ordenamiento preciso de los grupos en orden descendente de tal forma que el cluster 1 quedó establecido como el segmento relativamente más pudiente y el cluster 3 como el relativamente menos pudiente, siendo el cluster 2 el segmento intermedio. La prueba Lambda de Wilks también confirmó las salidas del análisis cluster al obtenerse una  $p$  significativa ( $p < 0.01$ ).

Posteriormente se utilizó el análisis discriminante para apreciar la evolución de los segmentos de demanda ya no por año sino por hospital, con el objetivo de apreciar si los cinco hospitales habían seguido la tendencia general de desplazamiento de los clusters menos pudientes o si alguno había tenido un itinerario particular. Como veremos más adelante, los resultados señalaron al Hospital Unanue como el único establecimiento cuyo segmento de demanda superior disminuyó en la etapa 1988–1997.

## RESULTADOS

La investigación verificó que ha venido produciéndose una reforma hospitalaria en el Perú entre 1988 y 1997 tendiente a reemplazar el modelo hospitalario estatal clásico por un nuevo modelo de hospital autónomo, proceso que ha significado desplazamientos en los segmentos de demanda que son tradicionalmente usuarios de los hospitales públicos.

Por *el lado de la oferta hospitalaria*, el estudio reveló que en dicho lapso se han producido cuatro grandes modificaciones en los hospitales públicos estudiados: el cambio a un régimen de autodeterminación supervisada, la implementación de una nueva política de financiamiento, el paso del colapso operativo de inicios de la década a una fuerte reexpansión de la producción de servicios, y la modernización de la gestión y tecnología hospitalarias. Estas cuatro modificaciones hacen parte del proceso de autonomización hospitalaria, eje de la reforma hospitalaria.

La actual reforma hospitalaria viene reemplazando el modelo hospitalario heredado de la anterior reforma hospitalaria desarrollada en las décadas de 1960–1970, durante la fase de apogeo de la atención estatal de la salud. La configuración hospitalaria estatal clásica se resume en la prestación con internación, la dependencia estatal, la atención gratuita en el momento de la prestación y el régimen de trabajo a sueldo del personal (Paganini & Novães, 1994). En los últimos años los hospitales públicos limeños que hemos estudiado tienden, sin embargo, a definirse cada vez menos por la internación, el financiamiento público, la atención gratuita o el personal a sueldo. Tienen algo de todo ello pero ya no son los tradicionales “hospitales del estado” de hace veinte años: como hemos podido comprobar, su componente de hotelería e internación es variable, su financiamiento es público y privado, su atención se rige por tarifas categorizadas y su personal global no es sólo de planilla, sino también de servicios y regímenes por producto o temporales. Son hospitales público-estatales por su origen pero ya no tanto por sus características actuales. Y la tendencia hospitalaria en curso es a la desestatalización de lo público y la autonomización de las entidades públicas de servicios. En los documentos del Ministerio de Salud del Perú la autonomización no es sinónimo de privatización (MINSA, 1996). Lo irreversible es la creciente fisonomía empresarial de los hospitales públicos, su incorporación de técnicas gerenciales originadas en el campo privado. Lo que está en discusión es si esta modernización hospitalaria está al servicio de una ética pública o no.

De las cuatro modificaciones hospitalarias observadas en los establecimientos estudiados, la de mayor importancia para nuestra investigación fué el progresivo autofinanciamiento hospitalario. La recuperación de costos y generación de recursos propios empezaron en 1990 por la crisis del estado peruano, pero en los siguientes años adquirieron fundamento doctrinal al cuestionarse el subsidio ciego implícito en la gratuidad universal y en el financiamiento de la atención a través la oferta.

La investigación verificó el aumento del peso absoluto y relativo de los recursos propios en los cinco hospitales estudiados. Deflatando las cifras tomando como base el año 1990, el Hospital María Auxiliadora tuvo en el lapso 1991–1995 un aumento del 141%, el Cayetano Heredia del 186.3%, el Hospital Unanue del 224.2%, el Carrión del 261.4% y el Loayza del

553.9% (Gráfico 1 y Cuadro 2). La curva general de los ingresos propios deflatados revela un crecimiento notorio hasta 1992, un decrecimiento leve en 1993 y un nuevo ascenso durante 1994 y 1995. La excepción es el hospital María Auxiliadora, que es el único hospital de los estudiados que tuvo un leve descenso desde 1992 hasta 1995. El hospital cuyos recursos propios aumentaron más fué el Loayza, seguido por el Carrión.

La política de generación de ingresos propios ha venido siendo por tanto exitosa. Actualmente los recursos propios financian buena parte de los bienes y servicios necesarios para la operación de los establecimientos. El aporte del estado ocurre fundamentalmente en el rubro remuneraciones.

Sin embargo no se puede atribuir el aumento de los recursos propios hospitalarios a los ingresos provenientes de las tarifas por consultas, pues estos recursos incluyen también los ingresos generados por las farmacias hospitalarias, la venta de servicios y otros rubros. Estudios últimos auspiciados por el Ministerio de Salud del Perú han demostrado que los recursos propios hospitalarios se explican en un 22% por los pagos por consulta externa, proviniendo el resto de otros servicios hospitalarios (Macroconsult, 1997). Esto quiere decir que lo que explica el crecimiento de los recursos propios no es sólo la política de tarifas sino en general el nuevo modelo hospitalario en construcción, que involucra la diversificación y creación de nuevas fuentes de ingreso y la venta de servicios hospitalarios (Joo et al., 1996).

El estudio de los ingresos de los cinco hospitales por tesoro público demostró que el aporte del estado no ha disminuido en estos años en términos absolutos aunque sí en términos relativos. En los últimos años el tesoro público pesa menos proporcionalmente en los presupuestos hospitalarios. En términos reales, las transferencias del estado se mantuvieron estacionarios entre 1991 y 1993 para luego comenzar un aumento notorio. El hospital Carrión recibió del tesoro público en 1995 un 44.12% más que en 1993, el hospital Unanue recibió del tesoro público también ese año un 30.3% más que en 1993, el Loayza un 30.2% más, el María Auxiliadora un 35.7% más y el Cayetano Heredia un 19.7% más. Los hospitales Carrión y María Auxiliadora fueron los que en términos relativos tuvieron un aumento mayor de ingresos por tesoro público respecto a las partidas que recibían en 1993.

Sin embargo, haciendo una comparación de la evolución de los ingresos reales por recursos propios con los ingresos reales por tesoro público quedó demostrada una moderada correlación inversa en que a más ingresos propios menos ingresos por tesoro público (Cuadro 3).

*Por el lado de la demanda hospitalaria atendida*, el estudio comprobó que se había producido en los últimos diez años un desplazamiento de los segmentos de demanda hospitalarios en sentido regresivo. Conforme se explicó en la metodología, con las seis variables seleccionadas y utilizando el análisis cluster y el análisis discriminante para la segmentación de los usuarios, se logró diferenciar tres subgrupos dentro de la población encuestada de 1,012 pacientes. Cada uno de dichos subgrupos responde a una articulación específica entre las variables seleccionadas que muestran que el Subgrupo 1 es el de mayores recursos, el Subgrupo 3 el de menores recursos y el Subgrupo 2 el de situación intermedia. Haciendo el seguimiento de tales grupos o segmentos de demanda durante los tres cortes o ventanas de observación, se obtuvo la evolución interna de la demanda hospitalaria de los

cinco establecimientos, que denota el crecimiento del Subgrupo 1 del 35.4% en 1988 al 52.6% en 1997, mientras el estrato de menores recursos disminuyó en el mismo lapso del 25.4% al 20.5% y el estrato intermedio, igual, del 39.2% al 26.8% (ver Gráfico 2 y Cuadro 4).

Se puede observar que la *recomposición de la demanda hospitalaria* sufrida entre 1988 y 1997 estrecha en forma importante la presencia del segmento intermedio, que cede trece puntos en beneficio del segmento relativamente alto, mientras el segmento relativamente bajo cede al alto cinco puntos. Los pacientes del segmento relativamente más pudiente crecen notoriamente del 35.5% al 52.6%. Estos resultados retratan la evolución de la demanda atendida en los consultorios externos de los cinco hospitales.

Un análisis particular de la evolución de la demanda *por cada hospital* mostró que cuatro de los cinco hospitales siguieron en mayor o menor medida la tendencia general de crecimiento del Segmento 1 y decrecimiento de los Segmentos 2 y 3. En unos casos más que en otros, los pacientes del estrato relativamente de mayores recursos aumentaron su presencia en los hospitales Carrión, Cayetano Heredia, Loayza y María Auxiliadora. El Hospital Hipólito Unanue siguió sin embargo un patrón inverso: el Segmento 1 disminuyó entre 1988 y 1997 del 52.7% al 40.7% y los Segmentos 2 y 3 (relativamente más pobres) crecieron del 29.1% al 33.3% y del 11.1% al 25.9% en el mismo lapso. Analizando más en detalle se observa que en la demanda atendida de este último hospital no hubo una tendencia uniforme a lo largo de la década: los más pobres disminuyeron entre 1988 y 1992 y luego aumentaron notoriamente entre 1992 y 1997 (Cuadro 3).

De hecho a lo largo de los diez años hubo un punto de retorno de la crisis nacional hacia 1992, que hace desigual la tendencia general de exclusión social del Segmento 3. Sin embargo, como discutiremos a continuación, creemos que fueron factores principalmente referidos al comportamiento de la oferta de atención de todo el sector salud y no factores relacionados a la evolución de la distribución de los ingresos a nivel nacional, los que pueden explicar lo sucedido. La reforma de la oferta de atención modificó su propia demanda.

## DISCUSIÓN

Hay dos aspectos cuya discusión planteamos: (1) la concordancia o no de nuestros resultados con otras investigaciones nacionales e internacionales; y (2) las posibles inferencias e implicancias de nuestro estudio sobre la reforma hospitalaria y del sector salud en el Perú.

Nuestra investigación coincide con diversos estudios nacionales sobre el mismo tema. Diferentes autores como Webb en 1972 (Webb, 1972), Webb y Figueroa en 1975 (Webb & Figueroa, 1975), Amat y León en 1979 (Amat & León, 1979), Midori de Habich en 1989 (Habich, 1989), comprobaron la magnitud de la pobreza y la desigualdad social existentes en el Perú, identificando algunos de ellos el sobrepeso de las capas medias en el gasto social público, lo que después fué retomado por la crítica neoliberal a las políticas populistas. Lo relativamente novedoso es que en los 90, en un entorno marcado por las ideas de calidad del

gasto social y focalización, las políticas sociales todavía no logren superar el “subsidio ciego”.

Efectivamente, las Encuestas Nacionales de Niveles de Vida de 1991 y 1994 demostraron que los pobres extremos disminuyeron su participación en la demanda hospitalaria en ese lapso del 30.1% al 28% y los pobres igual, del 37.3% al 34%, mientras los no pobres aumentaron su presencia en los hospitales del 34.8% al 43.8%. Nuestro estudio confirma esta tendencia hasta el primer trimestre de 1997, fecha de realización de la última encuesta. Los ENNIV también mostraron que los no pobres entre 1991 y 1994, a la vez que aumentaron su presencia en los hospitales, desertaron drásticamente de las clínicas y consultorios, disminuyendo su presencia en ellos del 33.7% en 1991 al 17.9% en 1994 (Cuanto, 1995).

La dinámica general en lo que va de la década, según las cifras disponibles, ha sido así *de descenso de las capas medias hacia los hospitales públicos y de mayor presencia de los pobres y en particular los pobres extremos en los centros y puestos de salud del MINSa*. Esto podría explicar los desplazamientos de la demanda hospitalaria observados. Con la reexpansión de los centros y postas desde 1994 con el Programa Salud Básica para Todos y los CLAS se ha establecido una doble segmentación en el subsector público entre la periferia y los hospitales, la primera con primacía de pobres extremos y pobres y los segundos con predominio de pobres y no pobres.

No es plausible suponer que este desplazamiento hacia “arriba” del público hospitalario obedezca a una mejora correlativa en los ingresos en el Perú o en Lima, pues en todo el periodo estudiado la magnitud de la pobreza y la indigencia ha sido alta. Más aún entre 1994 y 1996 se ha registrado un aumento de la pobreza a nivel nacional del 46.5% al 49.0% y en Lima Metropolitana del 37.2% al 39.7% (Cuanto, 1996).

Por otro lado, nuestra investigación se pliega a una línea de múltiples investigaciones internacionales que vienen evaluando las implicancias de la autonomización y autofinanciamiento de los hospitales públicos en la eficiencia y en la equidad. Como han señalado Newbrander, Barnum y Kutzin (Newbrander et al., 1992), la preocupación actual por el incremento del gasto en salud se ha concentrado en los hospitales, por representar éstos las unidades de mayor costo operativo de los sistemas de salud. En los países subdesarrollados el gasto público hospitalario suele representar entre el 50 y 65% del gasto público en salud. En el Perú, el porcentaje promedio del gasto corriente en salud destinado a nivel nacional a los hospitales es del 54% y al nivel central del 70% (Macroconsult, 1997). De ahí la búsqueda de nuevas fuentes de recursos así como formas más eficientes de gerenciar las operaciones hospitalarias. Sin embargo, como añaden los mismos autores, las políticas de recuperación de costos han originado preocupación sobre sus implicancias sobre la equidad en el acceso y la utilización de los servicios hospitalarios. Por eso, si bien los primeros estudios (Akin et al., 1981; Heller, 1985) tendieron a mostrar que la demanda no tenía que ver con los precios de la atención, las investigaciones posteriores han marchado en sentido contrario.

Uno de los primeros estudios en advertir los posibles efectos de la recuperación de costos sobre la demanda hospitalaria fué precisamente el realizado en el Perú por Gertley,

Locay et al. En 1986 dentro de los estudios de ANSSA-PERU. Los autores establecieron el efecto previsible del establecimiento de tarifas sobre diversos tipos de usuarios mediante un modelo de planificación y simulación (Gertley, Locay et al., 1986). Luego Gertley y Van der Gaag volverían años más tarde sobre el mismo tema (Gertley & Van der Gaag, 1990). En el interín Frankish demostró que el incremento de los precios había reducido el número de consultas externas en una muestra de pacientes con enfermedades crónicas (Frankish, 1986). Weaver concluyó a partir de un estudio de los pacientes del primer hospital de referencia de Nigeria, que el uso de tarifas modificaba el comportamiento de los pacientes, demorando la decisión de buscar atención médica para el caso de los pacientes ambulatorios (Weaver, 1995). Espinoza y Sanes mostraron que en el caso del Hospital María Auxiliadora de Lima el aumento de los recursos propios había generado una caída de la demanda de servicios de consulta externa (Espinoza & Sanes, 1994).

La particularidad de nuestra investigación es que, por la complejidad del problema, hemos evitado un planteo reduccionista de causalidad directa entre tarifas y número de consultas, mostrando más bien los resultados de la reforma realmente existente hasta hoy y su repercusión en los cambios de los públicos hospitalarios.

La principal implicancia de un estudio como el nuestro sobre la reforma hospitalaria y sectorial es que aborda la calidad de la reforma no desde su modelística sino desde fuera, desde sus resultados. Ello podría aportar por tanto a re-equilibrar la tendencia espontánea a concebir la reforma sólo desde sus instituciones, como sumatoria de ofertas más eficientes. Estamos obviamente concibiendo la reforma como proceso. A diferencia de lo que plantea la concepción formal o nominalista de las políticas de salud, la reforma no es un modelo o un simple acto gubernativo sino un proceso y una construcción social, cultural y política. Perfectible por tanto.

Se deriva de nuestro estudio que la reforma hospitalaria silenciosa ha venido siendo hasta 1997 una reforma institucional sin reforma macro-sistémica, que optimiza micro-económicamente los establecimientos de servicios pero afecta regresivamente los niveles de equidad del sistema, por lo menos en cuanto al impacto en la población de la reforma hospitalaria procesada.

En general, las reformas micro tienen una mayor viabilidad política y performance que las reformas sistémicas, pero operan ventajosamente para un cambio de conjunto si corren en sentido paralelo al despliegue de otras reformas. En el esquema general de la reforma peruana se trata de articular el modelo de atención gerenciada con el modelo de contrato público inglés, la reforma gerencial micro con la construcción de cuasi mercados. En dicho diseño el hospital será autónomo y el estado le comprará servicios para los sectores pobre e indigente. El problema de la transición es que un despliegue inarmónico de la reforma puede cuajar en modelos no deseados. Como señala acertadamente Maynard como una lección derivada de las dificultades de la reforma del Servicio Nacional de Salud inglés, cualquier paquete de reformas debe ser completo y comprender líneas de reforma de mutuo refuerzo (Maynard, 1994). Si un planteo macro-sistémico de reforma es débil, ello empuja a los establecimientos a una planificación “hacia dentro” en que se busca aumentar la productividad y los ingresos por tarifas pero sin ubicar tales planes en el marco de las

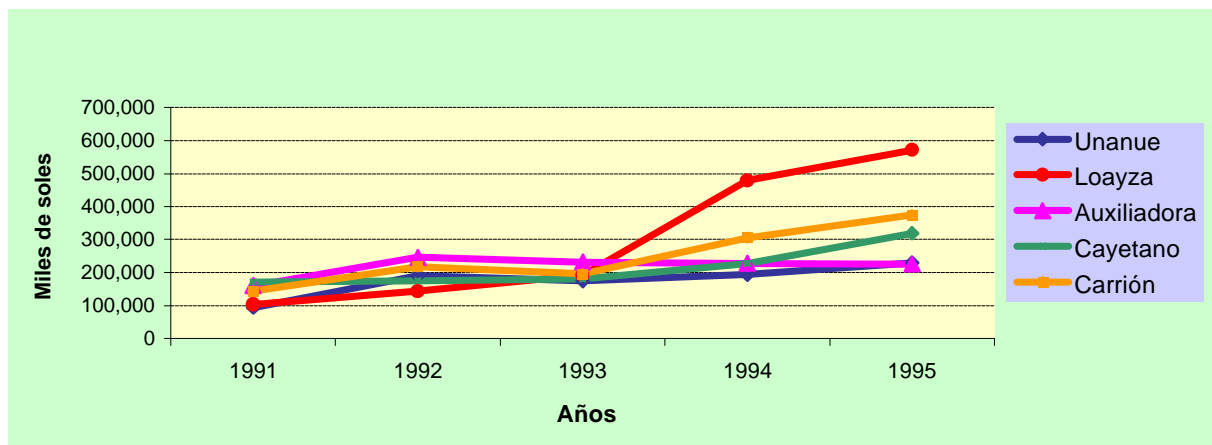
necesidades poblacionales, por la ausencia de un plan mayor y de un diagnóstico social de la demanda de cada hospital, que debiera existir a partir de la calificación no sólo de los pacientes que solicitan exoneraciones sino en general de todos los pacientes, sean éstos continuadores, reingresantes o nuevos. Es evidente la necesidad entonces no sólo de un proyecto técnico-político de reforma global sino de un sistema de evaluación y monitoreo del sentido real de las transformaciones en curso en el sector salud en términos de equidad, eficiencia y calidad. Salvo hagamos del eficientismo espontáneo actual no una etapa de aprendizaje de la reforma, sino la reforma misma.

Cuadro 1  
Matriz de *clusters* según variables dicotomizadas

	Tipo Vivienda	Auto-percepción	Dependencia	Nivel instrucción	Situación Laboral	Tugurización
<b>Cluster 1</b> Relativamente alto	1 Normal	1 Media-alta	0 Normal	1 Avanzado	1 Normal	0 No tugurización
<b>Cluster 2</b> Relativamente medio	1 Normal	0 Baja	0 Normal	0 Bajo	0 Marginal	1 Tugurización
<b>Cluster 3</b> Relativamente bajo	0 Precaria	0 Baja	1 Alta	1 Bajo	0 Marginal	0 No tugurización

Gráfico 1

Ingresos propios de cinco hospitales de Lima, 1991–1995:  
Cifras deflatadas, miles de soles (año base: 1990)



Cuadro 2

Ingresos propios de cinco hospitales de Lima, 1991–1995:  
Cifras deflatadas, miles de soles (año base: 1990)

	1991	1992	1993	1994	1995
Unanue	94,114	190,677	174,147	193,854	229,895
Loayza	103,165	143,701	192,232	479,156	571,490
Auxiliadora	159,734	245,865	232,205	227,744	225,265
Cayetano	171,029	175,046	181,609	228,139	318,769
Carrión	143,107	218,403	195,499	305,939	374,120

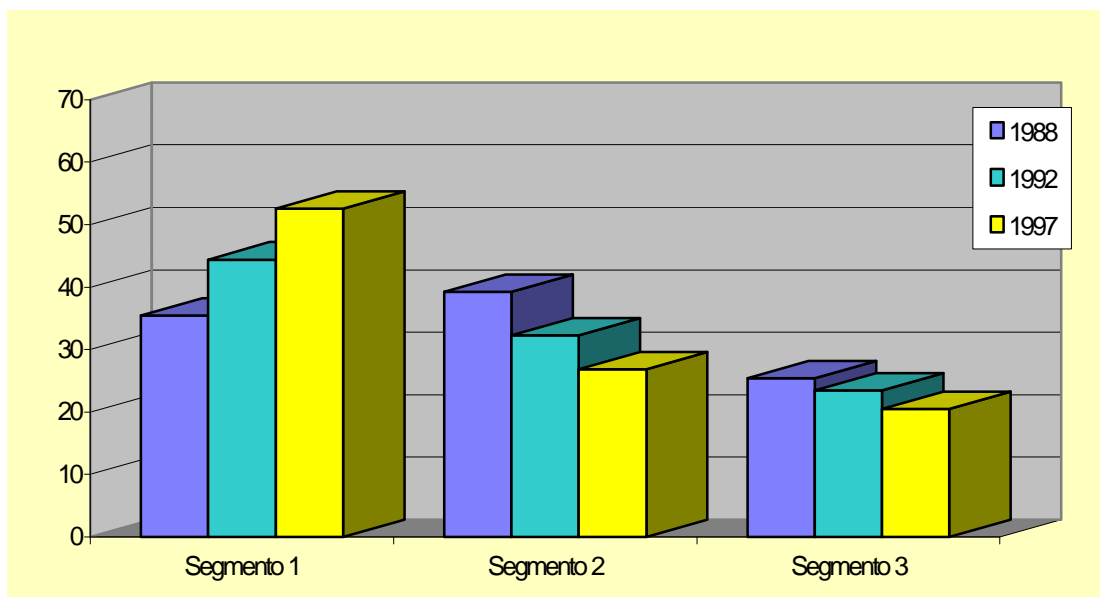
Fuente: Oficinas de Contabilidad de los hospitales

Cuadro 3

Evolución de recursos propios y tesoro público:  
Cinco hospitales de Lima, 1991–1995  
(RRPP + T.P. = 100%)

		1991	1992	1993	1994	1995
Auxiliadora	RR.PP.	19.7	28.6	25.8	24.3	19.9
	T.P	80.3	71.4	74.2	75.7	80.1
Carrión	RR.PP.	13.4	17.8	15.9	20.0	20.0
	T.P	86.6	82.2	84.1	80.0	80.0
Heredia	RR.PP.	18.5	17.9	18.0	21.4	24.3
	T.P	81.5	82.1	82.0	78.6	75.7
Loayza	RR.PP.	8.6	11.5	14.6	28.0	28.1
	T.P	91.4	88.5	85.4	72.0	71.9
Unanue	RR.PP.	11.75	21.2	19.7	19.9	19.8
	T.P	88.25	78.8	80.3	80.1	80.2

Gráfico 2  
Evolución de los segmentos de demanda hospitalaria  
(Lima, 1988–1997)



Cuadro 4  
Evolución de los segmentos de demanda hospitalaria  
(Lima, 1988–1997)

%	1988	1992	1997
Segmento 1	35.5	44.4	52.6
Segmento 2	39.2	32.3	26.8
Segmento 3	25.4	23.4	20.5



## REFERENCIAS

- Akin, J.; Guilkey, D. & Popkin, P. (1981) The demand for child health services in the Philippines. *Social Science and Medicine* 15: 249–257.
- Amat y León, C. (1979) *Distribución del ingreso familiar en el Perú (Período agosto 1971—agosto 1972)*. Lima: CIUP.
- Bustelo, E. (1994) *Pobreza y Modelos de Desarrollo en América Latina*. Buenos Aires: Ediciones Ficomg.
- Bustelo, E. (1993) *Niveles de Vida—Perú: Subidas y caídas, 1991*. Lima: Cuanto.
- Bustelo, E. (1994) *Retrato de la familia peruana: Niveles de vida, 1994*. Lima: Cuanto.
- Bustelo, E. (1996) *Mil quinientas familias dos años después: La pobreza en el Perú, 1994–1996*. Lima: Cuanto.
- De Melo, M. & Costa, N. (1994) *Desenvolvimento sustentável, ajuste estrutural e política social: As estratégias da OMS/OPS e do Banco Mundial para a atenção à saúde*. Versão nova de artigo apresentado no XVIII International Congress of LASA, Atlanta, março de 1994, e no XIII World Congress of Sociology, Bielefeld, julho de 1994.
- Espinoza, J. & Sanes, E. (1994) Impacto del incremento de los costos de atención sobre la demanda de los servicios. *Revista Peruana de Epidemiología* 7 (2/dic): 16–19.
- Franco, R. (1996). Los paradigmas de la política social en América Latina. En *Revista de la CEPAL* 58 (abril): 9–22.
- Frankish J. (1986) Day hospitals fees and accesibility of essential health services. *South African Medical Journal* 70: 285–288.
- Freng, J.; Lozano, R.; González-Block, M.A. et al. (1994) *Economía y salud: Propuestas para el avance del sistema de salud en México—Informe final*. México, D.F.: Fundación Mexicana para la Salud.
- Gertler, P. & van der Gaag, J. (1990) *The willingness to pay for medical care: Evidence from two developing countries*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Gertler, P., Locay, L. et al (1986) *Demanda de servicios de salud en el Perú. Informe Técnico 2 de ANSSA-PERU*. Lima, MINSA.
- Habich, M. (1989) Un análisis exploratorio de la distribución del ingreso en el Perú, Lima, BCR.
- Hair, J. and Anderson, R. (1992). *Multivariate data analysis with reading* (3ª . ed.), Chapters 3 (pp. 87–152) y 7 (pp. 265–316). New York: Mc Millan Publishing Co.
- Heller, P. (1982) A model of the demand for medical and health services in peninsular Malasya. *Social Science and Medicine* 16: 267–284.
- Joo, C. et al. (1996) *Informe de Gestión del Hospital Carrión, 1990–1995*. Callao: Equipo de Gestión.
- Macroconsult S.A. (1997) *Análisis del gasto público en salud: Proyecto 2000*. Lima: MINSA.
- Maynard, A. (1994) Can competition enhance efficiency in health care? Lessons from the reform of the U.K. National Health Service. *Social Science and Medicine* 39 (10): 1433–1445.
- Ministerio de Salud (1996) *II Censo de Infraestructura Sanitaria y Recursos del Sector Salud*. Lima: Ministerio de Salud.

- Ministerio de Salud (1996) Lineamientos de Políticas de Salud 1995–2000. Lima: Ministerio de Salud. Diciembre.
- Musgrove, P. (1995) *Cost-Effectiveness and Health Sector Reform. HROVP Working Paper 48*. Washington, DC: Banco Mundial.
- Newbrander, W.; Barnun, H. & Kutzin, J. (1992) Hospital economics and financing in developing countries. Document SHS/NHP/92.2. Geneva: World Health Organization (WHO).
- Novães, H. (1994). Calidad Total—Nuevo recurso para los hospitales de América Latina: el ingeniero gerencial. In: *Educación Médica y Salud* 28 (4): 490–506.
- Paganini, J.M. y Novães, H. (1994) *El hospital público, tendencias y perspectivas*, p. XIII. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).
- Weaver, M. (1995) User fees and patient behaviour: Evidence from Niamey National Hospital. *Health Policy and Planning* 10 (4): 350–361.
- Webb, R (1972) *The distribution of income in Peru. Discussion Paper 26*. Princeton: Princeton University, Research Program in Economic Development.
- Webb, R. & Figueroa, A (1975) *Distribución del ingreso en el Perú*. Lima, IEP.
- World Health Organization, Regional Office for Europe (WHO/EURO) (1996). European health care reforms: Analysis of current strategies—Summary. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe (WHO/EURO).

---

Coordinación de Investigaciones  
*División de Salud y Desarrollo Humano*  
Investigaciones en Salud Pública

DOCUMENTOS TÉCNICOS

PROYECTOS MULTICÉNTRICOS

Actitudes y normas culturales frente a la Violencia en ciudades seleccionadas de América Latina y España (Proyecto ACTIVA)

1. Protocolo del Estudio Multicéntrico: Actitudes y normas culturales frente a la Violencia en ciudades seleccionadas de América Latina y España. Proyecto ACTIVA
2. Cuestionario y manuales del Estudio Multicéntrico: Actitudes y normas culturales frente a la Violencia en ciudades seleccionadas de América Latina y España. Proyecto ACTIVA
3. ¿Quién es violento? Factores asociados con comportamientos agresivos en ciudades seleccionadas de América Latina y España. Proyecto ACTIVA
4. La victimización por violencia urbana: niveles y factores asociados en ciudades seleccionadas de América Latina y España. Proyecto ACTIVA
5. Base de datos y documentación del Estudio Multicéntrico: Actitudes y normas culturales frente a la Violencia en ciudades seleccionadas de América Latina y España. Proyecto ACTIVA

Salud, Bienestar y Envejecimiento en América Latina y el Caribe (Proyecto SABE)

6. Protocolo del Estudio Multicéntrico: Salud, Bienestar y Envejecimiento en América Latina y el Caribe. Proyecto SABE
7. MINIMENTAL STATE EXAMINATIONS (MMSE) del estudio de demencia en Chile: Análisis estadístico
8. Cuestionario del Estudio Multicéntrico: Salud, Bienestar y Envejecimiento en América Latina y el Caribe. Proyecto SABE

Comparative Gender Analysis of Dietary and Exercise Behavior in the Caribbean: A Framework for Action

21. Protocol of the Multicenter Study  
Comparative Gender Analysis of Dietary and Exercise Behavior in the Caribbean:  
A Framework for Action

---

Inequidades en estado de salud, acceso y gasto en atención de salud:  
Utilizando datos secundarios para apoyar la toma de decisiones

22. Protocolo del Estudio Multicéntrico

Inequidades en estado de salud, acceso y gasto en atención de salud:  
Utilizando datos secundarios para apoyar la toma de decisiones

## EQUIDAD Y SALUD EN LATINOAMÉRICA Y EL CARIBE (PROYECTO ELAC)

9. Material Living Conditions and Health in the United States, Canada and Western Europe:  
Review of Recent Literature and Bibliography

19. Desigualdades de salud en función de las condiciones de vida:

Análisis de la producción científica en América Latina y el Caribe

31. Equidad y Salud en Centroamérica: Protocolo de un estudio comparativo  
entre países del Istmo utilizando fuentes secundarias

32. Bibliografía anotada sobre equidad y salud en Centroamérica

## CONCURSOS REGIONALES

### Gestión de los Recursos Humanos

10. Implantación de Programas de Calidad Total en servicios de atención primaria  
a la salud: Avances y dificultades

11. Recursos Humanos e Trabalho Coletivo em Saúde: A equipe multiprofissional

12. Remuneração e produtividade na fundação hospitalar de Minas Gerais:  
A percepção dos trabalhadores e gerentes

### Reformas del Sector Salud

13. Oferta y acceso a los servicios de salud en Costa Rica: Estudio basado en un  
sistema de información geográfica (GIS)

14. La descentralización de la Salud: El caso de tres municipios colombianos

15. El Programa Salud Básica Para Todos y los Comités Locales de Administración de  
Salud: Dos Modelos de Reforma para la Red Periférica. Perú 1994-1996

16. La transferencia de la prestación de Servicios de Salud a los Pobres  
del sector público al sector privado: Una evaluación preliminar del  
nivel de adecuación a la situación sanitaria y satisfacción de los usuarios

17. A reforma sanitária brasileira: Em busca da equidade

### Inversión en Salud y Crecimiento Económico

18. Salud, crecimiento y distribución en Latinoamérica y el Caribe:  
Un estudio de determinantes y comportamiento regional y local

### Reforma sanitaria en perspectiva histórica en América Latina y el Caribe

30. Revolución social y reforma sanitaria: Cuba en la década de los 60

---

## TEMAS PRIORITARIOS DE SALUD PÚBLICA

20. El hospital público y la representación social del VIH/SIDA
25. Sexual Intimacy among Young Teenagers in Pelotas, Brazil: Achieving Maturity in a Complex World
27. Autonomización hospitalaria y desplazamientos de la demanda de atención: Lima, 1988–1997

## SUBVENCIONES PARA TESIS DE POSTGRADO EN SALUD PÚBLICA

23. Desigualdade na utilização de serviços hospitalares na cidade do Rio de Janeiro, Brasil
24. Análise ecológica da distribuição e contexto socioespacial dos homicídios: Porto Alegre, Brasil, 1996
26. Exposición a plomo ambiental en población infantil de la ciudad de Antofagasta aledaña a acopios de concentrado de este mineral
28. Breastfeeding and Milk Insufficiency in Esmeraldas City, Ecuador: A Biocultural Perspective
29. Indicadores de salud ambiental y desarrollo de acciones preventivas contra la *ascariasis* en comunidades rurales de Caparaó y Alto Caparaó, Minas Gerais, Brasil

---

Para obtener información u ordenar copias de los documentos,  
favor comunicarse a la la siguiente dirección:

Coordinación de Investigaciones / Programa de Subvenciones  
División de Salud y Desarrollo Humano  
Organización Panamericana de la Salud  
525 23<sup>rd</sup> Street, N.W.  
Washington, DC 20037-2895, EUA  
Teléfono: (202) 974-3117  
Facsimile: (202) 974-3680  
Correo electrónico: [RGP@paho.org](mailto:RGP@paho.org)