

PROJECT, DESIGN AND MANAGEMENT

ISSN: 2683-1597



Cómo citar este artículo:

Ugarte-Salva, E. & Alvarez-Risco, A. (2020). Diseño socio-técnico de los servicios de tercer nivel de atención salud pública de la región Cusco, Perú. *Project, Design and Management*, 2(2), 43-58. doi: 10.29314/pdm.v2i2.544

IMPLEMENTACIÓN TÉCNICO – SOCIAL DE SERVICIOS DE SALUD DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA REGIÓN CUSCO, PERÚ

Efrain Ugarte-Salva

Universidad Andina del Cusco (Perú)

efrainugartesalva@hotmail.com · <https://orcid.org/0000-0003-4248-9011>

Aldo Alvarez-Risco

Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología e Innovación Tecnológica: Lima (Perú)

aralvare@ulima.edu.pe · <https://orcid.org/0000-0003-0786-6555>

Resumen. Objetivo. Determinar la propuesta de rediseño del sistema público de atención de salud del tercer nivel de la región Cusco para que sirva para la mejora de la capacidad resolutoria de los hospitales en el tratamiento de enfermedades crónico degenerativa. Metodología: Se utiliza un enfoque cualitativo y cuantitativo mediante el análisis de los datos obtenidos en la revisión documental. Es así que tan importante es el trabajo de campo como acoger guías procedimentales. Resultado: Se encontró que el rediseño del sistema público de atención de salud del tercer nivel de la región Cusco necesita cambios que permitan la mejora de la gestión; asimismo, implica la construcción del Hospital de Especialidades III-E, el Hospital Antonio Lorena permanece con la categoría III-1 y el actual Hospital Regional se convierte en el Hospital Regional de Emergencias en el contexto del modelo organizacional de salud regional basado en criterios socio – técnicos. Discusión: Se reducen notablemente las referencias a hospitales nacionales e Institutos de la capital, de manera que el sistema regional público de salud se convierte en un anillo de contención del diagnóstico y tratamiento de enfermedades prevalentes no transmisibles, fortaleciendo de esta manera la red nacional. Finalmente, como consecuencia del estudio se dispone de un marco teórico a partir del cual se explican de mejor manera los determinantes de salud.

Palabras clave: Tipología societal, transición en sanitaria, transición epidemiológica, transición demográfica, modelo organizacional, perfil epidemiológico.

SOCIO - TECHNICAL DESIGN OF THIRD LEVEL SERVICES OF PUBLIC HEALTH CARE IN THE CUSCO REGION, PERU

Abstract. Objective. Determine the proposal to redesign the public health care system of the third level of the Cusco region so that it serves to improve the resolution capacity of hospitals in the treatment of chronic

degenerative diseases. Methodology: A qualitative and quantitative approach is used by analyzing the data obtained in the documentary review. Thus, field work is as important as hosting procedural guides. Result: It was found that the redesign of the public health care system of the third level of the Cusco region needs changes that allow the improvement of management; Likewise, it implies the construction of the III-E Specialty Hospital, the Antonio Lorena Hospital remains in category III-1 and the current Regional Hospital becomes the Regional Emergency Hospital in the context of the regional health organizational model based on socio-economic criteria. - technicians. Discussion: References to national hospitals and institutes in the capital are notably reduced, so that the regional public health system becomes a containment ring for the diagnosis and treatment of prevalent non-communicable diseases, thus strengthening the national network. Finally, as a consequence of the study, a theoretical framework is available from which the determinants of health are better explained.

Keywords: Society typology, health transition, epidemiological transition, demographic transition, organizational model, epidemiological profile.

Introducción

Diversos aspectos actualmente explican el inusitado desarrollo de la humanidad, entre ellos los avances en tecnología digital y medios de comunicación que de manera conjunta han generado un proceso acelerado, en términos generales, de reordenamiento de la economía mundial y un alineamiento cultural en torno a la globalización. Este proceso acelerado se ha convertido en pauta para que muchos países logren un lugar dentro de la “aldea global” a través de mecanismos complejos de asimilación y acomodación.

Otro concepto que deviene de esta primera reflexión es la capacidad de los Estados para modular esta transición desde ambas perspectivas a través de mecanismos complejos mencionados y velocidad de estos. La modulación de la transición tiene que ver fundamentalmente con niveles de competitividad y productividad de la población, cuyos pilares, está demás decirlo, son la educación y la salud. Estados que hoy disfrutan de una estabilidad económica y bienestar de salud se debe precisamente a que han podido gestionar la transición respecto a las demandas del nuevo orden económico, social y político; mientras que aquellos Estados en los que prevalecen conflictos sociales, económicos y políticos tradicionales la modulación de la transición muestra dificultades en su gestión.

Se ha podido reconocer en diversos estudios la necesidad de asegurar la efectividad y seguridad de los tratamientos farmacológicos (Alvarez-Risco, Villasante-Herrera y Del Aguila-Arcenales, 2013; Alvarez-Risco, Roman-Calsine y Del Aguila-Arcenales, 2013; Alvare et al., 2013; Enciso et al., 2016; Alvarez-Risco, Quiroz-Delgado y Del-Aguila-Arcenales, 2016; Mejía-Acosta et al., 2016; Silva-Villanueva et al., 2017; Del-Aguila-Arcenales et al., 2018; Alvarez-Risco, Del-Aguila-Arcenales y Diaz-Risco (2018), Alvarez-Risco y Del-Aguila-Arcenales, 2019; Zhang et al., 2020).

Para efectos de focalización del tema de salud regional y la necesidad de su rediseño conviene la centralización del texto en la transición y su relación con la salud, sin que eso implique soslayar temas, sino, contextualizarlos significativamente. Entonces, el concepto de transición en salud implica entenderlo dentro de tres perspectivas que implican transformaciones, la primera, la trayectoria que siguen las enfermedades conforme a las distopías societales consecuencia de los determinantes; la segunda, la prevalencia de enfermedades en ciertos nichos poblacionales en periodos determinados; y la tercera, la capacidad de respuesta organizada en salud de parte del Estado para atender las trayectorias que siguen las enfermedades.

Asimismo, la capacidad de modulación por parte del Estado no se circunscribe únicamente al manejo de los factores exógenos sino sobre todo a la preservación de la

calidad de vida como condición previa de la habitabilidad, es decir, la calidad de vida derivada de los factores psicológicos antecedentes de la condición del habitar, de manera que un lugar habitable deviene en la estructura física, psicológica y social donde la población extiende su potencial humano.

Sin embargo, las evidencias sobre la degradación de la calidad de vida y la habitabilidad en algunos lugares del mundo son fehacientes; el estudio reconoce que la naturaleza entrópica del universo pone a la humanidad en la impronta del caos y el orden y al conocimiento como mecanismo de superación de tal impronta, de manera que, la educación y el nivel alcanzado por una sociedad va en proporción directa con la calidad y habitabilidad del lugar que ocupa, por consiguiente, los ciclos de caos y orden de la entropía se van alternando conforme el desarrollo de la humanidad y el conocimiento se convierte en mediador de la alternancia con la finalidad de no poner en riesgo ambas condiciones. Claro ejemplo es la reacción del sistema de salud surcoreano cuyo control fundamentado en la educación de su población ha permitido disminuir la propagación del virus COVID-19 y contrarrestar sus efectos; a diferencia del resto de naciones. Otro componente de la visión teórica del estudio consiste en desafiar los enfoques ortodoxos de la salud desde la teoría general de sistemas incluyendo la perspectiva sociológica para procurar un enfoque totalizante. En este sentido, de lo que se trata es poner en evidencia las causas que vienen acelerando o no la transición epidemiológica y los efectos que ocasionan sobre la población y sus sistemas sanitarios.

Entonces, hoy en día, ciertos determinantes económicos, sociales y biológicos van generando un efecto dominó sobre la transición epidemiológica, es decir, las causas de morbi mortalidad ya no son las enfermedades trasmisibles como las infecciones sino las no trasmisibles como las degenerativas; las reemergentes como los procesos virales con mayor agresividad; y mentales como el estrés y la depresión consecuencia de la presión laboral y el consumo, que exige mayor complejidad, mayor capacidad resolutive tanto en el diagnóstico como en el tratamiento en hospitales. Respecto a la afección sobre la transición demográfica se sabe que las enfermedades degenerativas muestran su prevalencia en población de la tercera edad, las reemergentes y mentales afectan de manera transversal a la población.

El sistema público de prestaciones de salud nacional y regional tiene dificultades para enfrentar este nuevo perfil epidemiológico y desafía su endeble capacidad resolutive y pone en crisis su sistema de referencia y contra referencia, y sobretodo genera en la población una percepción de desconfianza de la calidad de atención y servicio. En el escenario de perfiles epidemiológicos emergentes se torna indispensable revisar bibliografía sobre los paradigmas en salud y su vigencia, los modelos de atención de salud para ver su correspondencia, los sistemas de salud para evaluar su eficacia, y los modelos organizacionales en los que se sustenta todo sistema; y con estos insumos plantear la propuesta de rediseño del sistema público de atención de salud del tercer nivel de la región Cusco, para mejorar la capacidad resolutive de los hospitales en el tratamiento de enfermedades crónico degenerativas.

Para situaciones de salud y enfermedad y su contexto de ocurrencia se inicia con los estudios sobre transición epidemiológica de Omran et al. (2005) para construir una visión de la evolución de las enfermedades sobre teorías si bien es cierto cuestionables, pero rescates valiosísimos en algunos tópicos. De la misma manera, se refieren estudios sobre modelos organizacionales parte fundamental de los sistemas de salud; en este sentido se realiza un deslinde conceptual con soporte en estudios del instituto Tavistock y otros; sin embargo, mención especial merecen los intentos reconocidos por organizaciones supranacionales como la Organización Mundial y Panamericana de Salud en temas de reforma de la atención de salud en hospitales en países como Brasil, Chile y Argentina con

el apoyo de la Cooperación Técnica de algunos países de la Comunidad Europea en el marco del mejoramiento del funcionamiento, la gestión, la eficiencia y la calidad de la atención de la salud brindada por los hospitales. En este sentido, trabajo alguno que se circunscriba en el objetivo citado no podría prescindir de la literatura generada como consecuencia de este largo debate académico y político; de hecho, esta literatura debería estar incluida, en la medida de lo viable, en sendos documentos nacionales sectoriales de gestión de la atención médica de tercer nivel en los gobiernos.

Sin embargo, el seguimiento bibliográfico realizado sobre el tema en el Perú permite concluir en la ausencia de conceptos importantes sobre el mejoramiento de la atención de salud en hospitales de tercer nivel. Esta omisión se debe en gran medida a dos factores, primero a la gravedad de la situación del sistema de salud pública nacional ende regional y segundo, la crisis de gobernabilidad por la que viene atravesando el país a lo largo de estas dos últimas décadas; situación crítica que si es comentada en diversos foros pero que no se otea eventuales soluciones. Sin embargo, se ha comprobado el exquisito debate sobre el tema al interior de las universidades pero que no logra trascender a la esfera pública. Mientras tanto, la percepción negativa del sistema de salud pública por parte de la población continua en aumento. En el Perú, es común asistir a declaraciones políticas del gobierno como la universalización de la atención de salud como derecho fundamental de la persona, pero sin compañía del financiamiento; que lo único que se conseguirá es agravar la situación de la atención de salud hospitales en sus tres grandes componentes: recurso humano, equipo biomédico e infraestructura. Para efectos de tener una perspectiva adecuada respecto de las investigaciones previas realizadas sobre el mejoramiento de la gestión de la atención de salud en hospitales de tercer nivel se ha tenido acceso al documento elaborado por encargo bipartito entre la Organización Panamericana de la Salud y la Cooperación Técnica del gobierno francés a través de la Asociación de Cooperación para el Desarrollo de los Servicios de Salud en el que trabajaron profesionales de la salud expertos en desarrollo, gestión y evaluación de servicios sanitarios, gestión del recurso humano, manejo de sistemas de información y gestión hospitalaria. Este equipo de investigadores realizó un estudio a lo largo de dos años sobre la transformación de la gestión de hospitales en Latinoamérica y el Caribe a inicios de siglo, momento crucial para la sociedad global; cuyas conclusiones conviene poner en relieve debido a que algunas de ella sirvieron de motivación al presente estudio, ergo, continuidad a los conceptos en él planteados; y que en este momento cabe su oportunidad en citarlos.

Método

El planteamiento metodológico considera aspectos preliminares como el posicionamiento del investigador respecto a la realidad a investigar, su abordaje cualitativo y cuantitativo y aprovechamiento en el desarrollo del artículo. El propósito de este enfoque es que el investigador asuma el desarrollo metodológico del artículo de manera dinámica y flexible, dado el enfoque relacional que exige, e intenta aclarar la variedad de herramientas disponibles. Es así que tan importante es el trabajo de campo como acoger guías procedimentales. El diseño metodológico planteado está condicionado a factores asociados a referentes empíricos y a conceptualizaciones de las preguntas de investigación. Respecto a los referentes empíricos se analiza para vincularla con la parte de la realidad a observada.

La opción de enfoque no pasa únicamente por el posicionamiento del investigador, sino por la naturaleza inherente a cada del objeto y su relación con los objetivos e intereses del investigador. De manera que estas dos opciones no son excluyentes a la hora de diseñar la metodología de investigación. Es así como la triangulación como enfoque se presenta como opción a esta polarización, es decir, que el investigador podrá recabar datos con

herramientas de ambos enfoques. Entonces la triangulación como enfoque opcional tiene la característica de ser complementaria; donde los enfoques cualitativo y cuantitativo se nutren uno al otro para producir conocimiento que ambos de manera aislada no podrían. El tema de salud es complejo de allí que las técnicas y herramientas de recolección de datos, análisis e interpretación de datos deberán ser diversos. Los escenarios de intervención no están preconcebidos, sino que son construidos por el investigador que es de donde se obtendrá la información que él transformará en dato y permitirá obtener las conclusiones en relación con las preguntas de investigación. El análisis e interpretación de datos es esencial; solo a través de esta instancia pueden identificarse categorías, variables e indicadores que permitirán cumplir con los objetivos del artículo. Dentro del enfoque cualitativo se pueden disponer de métodos de recolección de datos como contexto y profundidad para determinar el trasfondo de los pensamientos y experiencias de las personas; exploración y descubrimiento, así como la interpretación para una comprensión de porqué las cosas son así.

Resultados

Transición epidemiológica

Determinantes de salud en la región Cusco versus perfil epidemiológico

Los hábitos y estilo de vida vienen propiciando la transición de enfermedades no transmisibles; respecto a las enfermedades crónicas la tabla 1 muestra que la región se encuentra en el promedio nacional de las enfermedades crónicas con 11.0% y 8.6%.

Tabla 1

Perú: Tasas de mortalidad estandarizadas por grupos de causas por cada 10 000 habitantes – 2016

Región	Enfermedades transmisibles	Tumores	Enfermedades del aparato circulatorio	Causas externas
AMAZONAS	13.8	11.3	23.2	14.3
ÁNCASH	15.0	10.1	11.2	8.9
APURÍMAC	18.9	9.6	10.1	15.3
AREQUIPA	11.8	11.0	7.8	6.7
AYACUCHO	18.4	12.2	8.7	13.4
CAJAMARCA	14.4	12.4	14.9	9.6
CALLAO	12.6	11.0	9.1	2.0
CUSCO	15.6	11.0	8.6	17.7
HUANCAVELICA	16.2	14.3	9.4	14.4
HUÁNUCO	13.8	16.4	10.0	12.2
ICA	14.0	9.2	9.6	4.1
JUNÍN	16.1	13.5	7.9	11.0
LA LIBERTAD	10.9	11.3	12.3	5.2
LAMABAYEQUE	9.8	12.2	9.4	5.0

LIMA	13.0	12.0	8.3	2.6
LORETO	25.2	12.0	9.8	4.7
MADRE DE DIOS	25.5	10.2	7.0	14.2
MOQUEGUA	10.3	12.3	6.5	8.7
PASCO	16.8	14.0	11.2	14.3
PIURA	13.3	11.2	13.9	4.3
PUNO	16.4	7.3	8.6	13.0
SAN MARTIN	17.5	11.7	12.5	11.1
TACNA	13.9	10.9	7.7	7.9
TUMBES	18.5	10.5	17.7	5.0
UCAYALI	22.0	11.8	14.1	7.2
PROMEDIO NACIONAL	15.7	11.6	10.8	9.3

Nota: Fuente: Ministerio de Salud (2018)

Transición epidemiológica y mortalidad por grupos de causas

La tabla 2 muestra que en tercer y cuarto lugar se hallan las enfermedades del aparato circulatorio y neoplásicas con 14.63% y 13.64% respectivamente.

Tabla 2

Cusco: Mortalidad según grandes grupos de causas 2007 – 2016

Nº	GRANDES GRUPOS DE CAUSAS, LISTA 10/100		%
1	LESIONES Y CAUSAS EXTERNAS	19 186	25.85
2	ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	12 267	16.53
3	ENFERMEDADES DEL APARATO CIRCULATORIO	10 860	14.63
4	ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS	10 122	13.64
5	ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	7 465	10.06
6	ENFERMEDADES METABÓLICAS Y NUTRICIONALES	3 383	4.56
7	DEMÁS ENFERMEDADES	3 058	4.12
8	ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO	2 745	3.7
9	AFECCIONES PERINATALES	2 705	3.64
10	ENFERMEDADES MENTALES Y DEL SNC	2 421	3.26

Nota: Fuente: Ministerio de Salud (2018)

Transición epidemiológica, egresos hospitalarios y motivo de consulta

Respecto a la transición epidemiológica hacia enfermedades crónico-degenerativas el reporte de egresos del ministerio a nivel nacional la tabla 3 muestra que las enfermedades vienen mostrando prevalencia en un 21.0%. que incluye enfermedades del tipo genito urinario, cardiovascular, neoplásicas, de la piel y neuropsiquiátricas.

Tabla 3

Cusco: Diagnóstico de egresos hospitalarios en IPRESS de Diresa 2007 – 2015

Nº	GRANDES GRUPOS, LISTA 12/110	%	CANTIDAD
1	COMPLICACIONES DEL EMBARAZO, PARTO Y PUERPERIO	23.63	54 961
2	RESTO DE ENFERMEDADES	15.24	35 442
3	ENFERMEDADES DIGESTIVAS	13.21	30 734
4	TRAUMATISMOS Y ENVENAMIENTOS	13.00	30 243
5	ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS	12.65	29 418
6	ENFERMEDADES GENITOURINARIAS	7.25	16 860
7	ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES Y RESPIRATORIAS	5.27	12 263
8	ENFERMEDADES NEOPLÁSICAS	3.78	8 784
9	ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR Y DEL TEJIDO CONJUNTIVO	2.88	6 691
10	ENFERMEDADES NEUROPSIQUIÁTRICAS Y DE LOS ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS	1.85	4 296
11	ENFERMEDADES ENDOCRINAS, METABÓLICAS Y NUTRICIONALES	1.17	2 717
12	ENFERMEDADES DENTALES Y DE SUS ESTRUCTURAS DE SOSTÉN	0.07	170

Nota: Fuente: Ministerio de Salud (2018)

Transición sanitaria

Acceso a los servicios de salud. búsqueda de prestación de salud

El requerimiento de prestaciones de salud se vincula a una ordenada determinación de las personas. En primera instancia, se determina si se procura o las prestaciones la que está expuesta a la percepción de un síntoma de la enfermedad, se experimente un accidente o se exija prestación preventiva. En segunda instancia, se determina por optar un tipo de proveedor de prestación. Estas etapas se hallan asociadas al requerimiento de prestación lo que determina la cantidad de demandantes de prestaciones o la posibilidad de acceso a una prestación. Esta perspectiva de la prestación sanitaria permite hallar a quienes requieren del servicio y quiénes enfrentan barreras de accesibilidad a la prestación; situación que facilitará el diseño de la focalización de las prestaciones. De manera que, la accesibilidad a los establecimientos de salud será de relieve sólo si la persona decide reportarse enfermo y atenderse en uno u otro establecimiento. La decisión de atenderse está condicionada a la excedencia como consumidor o al diferencial de utilidades.

Por otro lado, es de prioridad tomar en cuenta los determinantes que actúan en la decisión para optar atenderse en un determinado establecimiento circunscrito a que se tiene el acceso a las prestaciones de salud y a la probabilidad de escoger un establecimiento determinado al que se tiene acceso. La tabla 4 demuestra que en el Perú 56.9% de la población manifestó presentar alguna enfermedad. Este porcentaje es mayor cuando el problema no es crónico (63.8%) en relación con las enfermedades crónicas (49.3%).

Tabla 4

Perú: Población que busca atención de salud según tipo de enfermedad. 2015

TIPO DE ENFERMEDAD REPORTADA		BUSCA ATENCIÓN		TOTAL
		SI	NO	
ENFERMEDAD CRÓNICA	Nº	4 914 499	6 060 222	9 964 721
	%	49.3	50.7	100.0
ENFERMEDAD NO CRÓNICA	Nº	3 920 972	3 930 964	10 851 936
	%	63.8	36.2	100.0
TOTAL	Nº	11 835 471	8 981 186	20 816 657
	%	56.9	43.1	100.00

Nota: Fuente: Instituto Nacional de Estadística en Informática (2016)

Por otro lado, la evaluación de la relación entre la posesión o no de seguro de salud versus procura de prestación de salud la tabla 5 muestra que la situación de asegurado auspicia la procura de prestación de salud, y de manera general las personas con seguro de salud consultan su enfermedad en mayor porcentaje respecto a las que no cuentan con seguro en una relación de 58.8% contra 53.3%, la procura de prestación con seguro de EsSalud y otros en una relación de 65.4% y 66.2%.

Tabla 5

Perú: Población que busca atención de salud según tenencia de seguro de salud – 2015

AFILIACIÓN A UN SEGURO		BUSCA ATENCIÓN		TOTAL
		SI	NO	
AFILIADO A UN SEGURO DE SALUD	Nº	7 988 533	5 605 708	13 594 241
	%	58.8	41.2	100.0
SIS	Nº	3 884 528	3 446 885	7 331 413
	%	53	34.6	100.0
ESSALUD	Nº	3 310 806	1 750 509	5 061 315
	%	65.4	34.9	100.0
OTROS SEGUROS	Nº	775 102	395 917	1 172 019
	%	66.2	33.8	100.0
SIN SEGURO	Nº	3 846 938	3 375 479	7 222 417
	%	53.3	46.7	100.0
TOTAL	Nº	11 835 471	8 981 187	20 816 658
	%	56.9	43.1	100.0

Nota: Fuente: Instituto Nacional de Estadística en Informática. (2016)

Razones de no consulta

Tabla 6

Perú: Razones de no consulta a un establecimiento de salud – 2011

AÑO	RAZONES DE NO CONSULTA %					
	FALTA DINERO	MALTRATO DEL PERSONAL/FALTA DE CONFIANZA / DEMORAN	REMEDIOS CASEROS O AUTORECETOS	FALTA DE TIEMPO	NO FUE NECESARIO	OTRAS 1/
2004	23.7	8.3	42.5	9.0	34.3	8.0
2005	24.4	7.9	38.7	9.7	35.1	7.5
2006	21.8	7.9	27.4	10.1	35.0	6.6
2007	22.1	8.6	34.4	12.1	35.1	7.6
2008	18.6	10.3	33.4	14.1	36.2	8.6
2009	15.2	12.0	30.0	17.5	39.2	9.8
2010	13.6	13.1	29.8	19.1	38.5	12.2
2011	12.9	13.6	28.8	18.1	40.5	11.9

Nota: Fuente: Ministerio de Salud (2018)

La propensión de las causas por las que la población que reportó enfermedad no procuró atención en el periodo de analizado la tabla 6 muestra incremento sostenido en la causa “no fue necesario” y “falta de tiempo”; la primera subió de 9.0% a 18.1%, y la segunda, de 34.3% a 40.5%. De la misma manera, las causas vinculadas a la dimensión de la calidad de prestación experimentaron incremento de 8.3% a 13.6%. Sin embargo, la causa por falta de dinero ha experimentado disminución importante de 23.7% a 12.9%. Igual fenómeno ocurre con la justificación de uso de remedios caseros que bajó de 42.5% a 28.8%.

Razones de no consulta según pobreza clasificada por gasto per cápita

No obstante que, a nivel general la causa principal de la no consulta es “no fue necesario” en 40.5% esta se reportó en menor porcentaje en los pobres extremos en 32.6% o en la población del quintil I con 31.3%. La falta de dinero es reportada como causa de no consulta fundamentalmente en los pobres extremos en 21.0% y en la población del quintil V en 9.4%. Como causa de no consulta el “uso de remedios caseros” se reporta en la población del quintil V en 4.8%. De manera contraria se encuentra en la causa “automedicación” que reportó mayor porcentaje en el quintil V 23.5% versus 13.9%. La inaccesibilidad al centro de salud como causa de no consulta es mayor en el quintil I con 10.1% y en los pobres extremos 13.8% que en los quintiles V con 0.8% y no pobres con 2.4% (ver tabla 7).

Tabla 7

Perú: Razones de no consulta a un establecimiento de salud según pobreza clasificada por gasto per cápita – 2011

POBREZA		RAZONES DE NO CONSULTA				
		FALTA DINERO	MALTRATO DEL PERSONAL/FALTA DE CONFIANZA / DEMORAN	REMEDIOS CASEROS O AUTORECETO	FALTA DE TIEMPO	NO FUE NECESARIO
POBRE EXTREMO	N°	158 015	93 653	266 856	81 215	244 910
	%	21.0	12.4	35.5	10.8	32.6
POBRE NO EXTREMO	N°	532 198	407 406	816 816	450 882	918 002
	%	19.8	15.1	30.3	16.7	34.1
NO POBRE	N°	901 968	1 178 814	2 459 520	1 697 973	3 826 234
	%	10.2	13.3	27.7	19.1	43.1
QUINTIL I (MÁS POBRE)	N°	492 815	399 771	902 235	364 579	808 585
	%	19.1	15.5	35	14.1	31.3
QUINTIL II	N°	468 845	410 086	754 461	481 314	912 313
	%	18.2	15.9	29.3	18.7	35.4
QUINTIL III	N°	337 009	369 899	658 258	511 383	1 070 086
	%	13.0	14.3	25.5	19.8	41.4
QUINTIL IV	N°	218 945	297 027	613 336	508 319	1 069 844
	%	9.1	12.3	25.4	21.1	44.4
QUINTIL V (MENOS POBRE)	N°	74 567	203 188	614 902	364 476	1 128 318
	%	3.4	9.4	28.3	16.8	51.9
TOTAL	N°	1 592 181	1 679 973	3 543 192	2 230 071	4 989 146
	%	12.9	13.6	28.8	18.1	40.5

Nota: Fuente: Ministerio de Salud (2018)

Análisis de la desigualdad

La curva de Lorenz y el índice de Gini permiten determinar la existencia o no de desigualdad en la distribución de la población que reporta enfermedad, global y según tipo. De la misma manera mostrar la desigualdad en el acceso a la atención institucional. Para lograr ese propósito se trabaja con el índice de Gini, el índice de concentración y la regresión lineal múltiple. Para valorar la distribución del ingreso entre la población se utiliza el índice de Gini, el mismo que se fundamenta en la curva de Lorenz que la que valora la curva de frecuencia acumulada que contrasta la distribución empírica de una variable con su distribución uniforme de igualdad representada por una línea diagonal. Cuanto mayor es el área entre la curva de Lorenz y la diagonal mayor es la desigualdad.

De hecho, la curva puede estar por debajo o encima de la diagonal, según la variable usada. Precisamente, una de las maneras de medir el grado de desigualdad en el índice de Gini el mismo que es una medida resumen de la desviación de la curva de Lorenz en relación con la diagonal de igualdad. Este índice es el doble de área entre la curva de Lorenz y la diagonal y toma valores entre cero que corresponde a la perfecta igualdad y uno que es total de la desigualdad. Para el estudio se analiza cómo se concentra la distribución de los problemas de salud según su naturaleza y cómo se distribuye el acceso a prestación en establecimiento de salud. Para el año 2011 en el Perú se encuentra que el índice de Gini para los que adolecen de alguna enfermedad es de 0.305.

Al realizar una prospección según tipo de problema de salud se determina una mayor desigualdad en la distribución de las personas que adolecen una enfermedad aguda según Gini corresponde a 0.89 que si tuviesen algún problema de salud de carácter crónico 0.638. En relación con la distribución del acceso a la prestación de salud en centros institucionales se halla un índice de 0.86 que demuestra un patrón de desigualdad. En la tabla 69 de evolución del índice de Gini se valora la propensión a la desigualdad medida con este índice en el periodo 2004 – 2011. Se observa una disminución en la desigualdad de la distribución de la declaración de algún síntoma de enfermedad. De manera que, para el año 2004 la desigualdad es de 0.64 y para el año 2011 disminuye a 0.305. Esta conducta se observa de la misma manera en la desigualdad de la distribución de las personas que padecen una enfermedad crónica de 0.823 el 2004 a 0.633 el 2011.

En relación con las personas que han reportado una enfermedad aguda la desigualdad medida con Gini se ha mantenido por arriba de 0.8 durante el periodo 2004 – 2011. La desigualdad en la distribución de acceso a prestación de salud en centros de salud de igual manera se ha mantenido por arriba de 0.8 desde el año 2004. De manera que, es esta primera aproximación, se muestra que los problemas de salud tienen una disposición desigual, enfáticamente, las de tipo agudo y en el acceso a prestación de salud institucional. De manera que, se requiere demostrar si la desigualdad es producida por factores económicos y para tal efecto se debe usar el índice de concentración.

Evolución del gasto en el sector salud

En relación con la evolución del gasto en salud en porcentaje en relación con el Producto Bruto Interno en el periodo 2000 – 2014 se concluye que existe una tendencia favorable en el sector la misma que pasó de 2.68% en el año 2000 a 3.32% en el 2014. Sin embargo, el presupuesto destinado aún es insuficiente si se toma en consideración los destinados en países de la región como Colombia y Chile y otros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo. Según la tabla 8, la evolución muestra que para el 2014 muestra un 3.32% del Producto Bruto Interno y el promedio de la región es de 7.2% y el promedio de los países de la Organización fue de 12.4%.

En el contexto de la transición sanitaria lo analizado en el párrafo anterior induce a pensar en la insuficiencia del presupuesto para financiar el modelo de atención de salud público ya cuestionado, de manera que su objetivo es básicamente financiar el Plan Esencial de Aseguramiento Universal (PEAS) y no mejorar el sector en conjunto, con las deficiencias que eso implica respecto a la efectividad del gasto, porque según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) la población con cobertura es menor que la población informada por el programa; otra situación se debe a la fragmentación del servicio de salud; y a ello se suma la incertidumbre que generan los programas estratégicos al momento de planificar. En lo que respecta al presente estudio se debe precisar el énfasis que pone el Estado a la situación cuantitativa en desmedro de la calidad de atención.

Tabla 8

Perú: Evolución del gasto en salud como porcentaje del PBI

AÑO	PORCENTAJE		
	GASTO PRIVADO	GASTO PUBLICO	GASTO TOTAL
2000	2.08	2.68	4.76
2002	2.10	2.81	4.91
2003	1.92	2.70	4.62
2004	2.02	2.54	4.56
2005	1.99	2.65	4.65
2006	2.01	2.37	4.36
2007	2.16	2.41	4.58
2008	2.30	2.50	4.77
2009	2.39	3.00	5.39
2010	2.26	2.80	5.08
2011	2.29	2.60	4.91
2012	2.33	2.85	5.17
2013	2.19	3.05	5.23
2014	2.15	3.32	5.47

Nota: Fuente: Ministerio de Salud (2018)

En relación con la densidad del recurso humano por habitante la tabla 9 muestra que la relación de personal asistencial, es decir, médico, enfermera y obstetra, por cada diez mil habitantes ha ido creciendo de manera progresiva y proporcional en el periodo 2012 – 2018 con ligero repunte de crecimiento del personal de enfermería, en la perspectiva de ir superando la valla de la Organización Mundial de la Salud. Según el Banco Mundial sólo cinco de cuarenta y nueve países clasificados como aquellos con bajos ingresos logran estar por encima del umbral de 23 médicos, enfermeras y obstetras por diez mil habitantes, cantidad que la Organización Mundial de la Salud ha planteado como mínima necesaria para otorgar servicios esenciales en salud materna e infantil. De manera que aquellos países que no superan esta valla tienen dificultades de proporcionar servicios básicos de salud.

Respecto al gasto en salud per cápita el año 2016 el Banco Mundial publicó un resumen del gasto por país encontrándose datos como que Estados Unidos es el país que más invierte en salud per cápita en 9 869.74 dólares y en el extremo opuesto se halla República Centroafricana con 16.36 dólares americanos. En la región de Europa se mantiene el gasto oscilante entre los 9 835.96 y 2 389.89 dólares americanos; mientras que en la región latinoamericana oscila entre los 1 379.10 dólares americanos (Uruguay) y Nicaragua con 188.16, el Perú invierte 316.44 dólares americanos en salud per cápita, superados largamente por Chile que invierte 1 190.55.

Tabla 9

Perú: Densidad de recursos humanos en salud por 10 000 habitantes

	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
MÉDICO	11.3	11.5	11.9	12.2	12.7	12.8	13.6
ENFEMERA	11.2	11.8	12.7	12.8	13.5	14.1	15.6
OBSTETRA	3.9	4.1	4.7	4.6	4.8	5.0	5.3
TOTAL	26.4	27.4	29.3	29.6	31.0	31.9	34.5

Nota: Fuente: Ministerio de Salud (2018)

El Banco Mundial estableció el número de médicos por habitante llegando a determinar según países del orbe la relación variada que muestra el interés de cada país por la salud. Así se tienen países como Afganistán con una relación de 0.3 por cada 10 000 habitantes y en extremo opuesto a Alemania con 4.0, el Perú se halla con 1.3 médicos por cada 10 000 habitantes. Respecto a la relación de médicos por habitantes en el Perú se tienen acuerdo al Censo del año 2005 la tasa es de 10 médicos por cada 10 000 habitantes, y que si se toma como referencia el promedio de la región latinoamericana de 21.6 el Perú está por debajo de la mitad de la tasa.

Discusión y conclusiones

La región Cusco a través de la Dirección de Salud ha demostrado deficiencias en el manejo de los programas estratégicos básicos; su indicador de desnutrición y anemia se halla en aumento, lo que pone en alerta frente a situaciones más complejas como el manejo de enfermedades de diagnóstico y tratamiento complejo como las patologías degenerativas, y eventualmente situaciones de salud endémicas o pandémicas. De manera que, los eventos académicos, el acceso a foros en internet y la globalización misma de la información brindan enormes oportunidades de acceso a conocimiento que ayude a entender los problemas por los que otros países han transcurrido o lo vienen haciendo, y comprender en un marco mayor la ocurrencia de las enfermedades y emprender eventualmente soluciones.

Un inconveniente detectado en el protocolo de prestación de salud para enfermedades crónico-degenerativas en el Hospital Regional del Cusco develó que el problema no era superficial, apenas si era la punta del iceberg, tenía un origen estructural que de manera sistemática y sostenida se venía agudizando. El problema del sistema de salud pública regional y nacional se ha ido atomizando y con ello eventuales soluciones se han ido disipando y perdiendo su efectividad consecuencia de la creciente complejidad de las enfermedades y del anacronismo del sistema de salud.

El primer resultado consta de niveles como a continuación se describen. En primera instancia, la noción implícita de una estructura fundamentada en la teoría general de las estructuras en sus dos vertientes, desde la perspectiva de Bertalanffy o teoría objetiva, y la de Luhmann o teoría sociológica. La segunda, referida a los conceptos de la condición humana y su relación con la habitabilidad y entropía. En tercera instancia, la salud en el escenario de la habitabilidad; finalmente y medular del resultado; los conceptos propios de la salud tales como la transición en salud entendida desde sus tres transiciones subsecuentes: epidemiológica, sanitaria y demográfica; los modelos organizacionales en los sistemas de salud, y los paradigmas de salud.

De manera que, hoy se dispone de un marco teórico que explica con relativa nitidez el contexto del problema de salud y los retos como desafíos a los que se enfrenta el ministerio del sector. El estudio demuestra el condicionamiento que se da entre los determinantes de salud y la transición de enfermedades; demuestra cómo de manera inadecuada el Estado se organiza para manejar el perfil epidemiológico, y cómo es que ciertos nichos poblacionales son vulnerables a ciertas enfermedades. La visión global del problema de salud construida sobre los fundamentos mencionados permitirá que los directamente involucrados asuman sus funciones y competencias en el contexto del rediseño del sistema público de salud regional con la autonomía que se le reconoce por ley, y en coordinación con el sistema nacional.

El estudio determinó en base a datos estadísticos e informes respectivos que especial atención merece que los hospitales basen sus carteras de servicios en función de la demanda de prestaciones y no simplemente por criterios de funcionalidad. Al respecto el estudio precisa dos aspectos fundamentales para proponer el rediseño del sistema público de salud. El primero, El sistema de referencia y contra referencia nacional se encuentra en crisis y que la obtención de cupos en hospitales nacionales o institutos de la capital para referir pacientes con diagnóstico reservado son prolongados de manera que la prestación de salud no es oportuna. El segundo, que la prevalencia de enfermedades no transmisibles con diagnóstico y tratamiento complejo no cuenta con la capacidad resolutive adecuada, es decir, que se cuestiona la calidad de la infraestructura hospitalaria, la calidad del equipamiento biomédico, y finalmente, no se dispone del recurso humano debidamente capacitado. Y de manera evidente, el estudio centra su interés en investigar la transición epidemiológica, demográfica, así como tipologías societales y demostrar que la prevalencia de enfermedades no trasmisibles y reemergentes son las que vienen afectando a la población, de manera que, el sistema de atención pública debe rediseñarse para estar al alcance de la población. En tal sentido, el rediseño del sistema público de atención de salud del tercer nivel de la región Cusco implica la construcción del Hospital de Especialidades III-E, el Hospital Antonio Lorena permanece con la categoría III-1 y el actual Hospital Regional se convierte en el Hospital Regional de Emergencias, de este modo se reducen notablemente las referencias a hospitales nacionales e Institutos de la capital, de manera que el sistema regional público de salud se convierte en un anillo de contención del diagnóstico y tratamiento de enfermedades prevalentes no transmisibles, fortaleciendo de esta manera la red nacional.

Respecto a los objetivos específicos estos se han cumplido con la evidencia necesaria de acuerdo con el siguiente detalle:

El estudio halló que la desorganización en la prestación del servicio del sistema regional público de salud se debe al modelo organizacional hospitalario que genera una percepción negativa del servicio como consecuencia de la mala prestación y en la demora de esta como lo indica el modelo de regresión lineal para el predictor de población que no busca atención por demora en la atención y el modelo de regresión lineal para el predictor de la población por falta de confianza. otro aspecto desorganizativo del sistema es la proporción de médico por habitante la misma que se encuentra por debajo del estándar internacional como lo ha demostrado la organización panamericana de salud. la brecha presupuestal se ha ido incrementando cada año al punto que pone en riesgo la operatividad del sistema de salud; al respecto se ha demostrado a través de la revisión del cuadro de asignación del personal que los encargados de los requerimientos presupuestales no tienen la calificación profesional necesaria, el manual de procedimientos no es explícito y en general no existe involucramiento de los trabajadores con las funciones laborales.

El estudio demostró como causas de no consulta en establecimiento de salud por enfermedad crónica se debe a los niveles de pobreza de la población clasificada por gasto per cápita, la ubicación del centro de salud según ámbito urbano o rural, alfabetización

funcional, tenencia de seguro de salud, violencia familiar, índice de desarrollo humano, los procesos de migración y urbanización, y acceso a los servicios básicos. Sin embargo, un aspecto determinante que se abordó en el estudio se refiere al estilo de vida y hábitos de consumo que vienen como consecuencia de la globalización difundida a través de los medios de comunicación.

En relación al quinto y último objetivo específico determinar de las deficiencias del sistema de aseguramiento del estado afectan la accesibilidad al tratamiento de salud en hospitales de la región cusco, el estudio ha verificado que la prestación subsidiada de salud de la población alcanza niveles expectantes de cobertura, es decir, que el sistema conjunto de seguros tiende a cubrir al cien por ciento de la población, y que el paquete de atención de salud del seguro integral de salud ya no es básico sino cubre también enfermedades crónico degenerativas.

Conclusiones

Falta de estudios previos de investigación en la región

El estudio se encontró con una limitación referida a que no existen trabajos de investigación referida de manera específica a la transición en salud en la región del Cusco, es decir, que se analice de manera conjunta las tres transiciones; y de manera específica la transición sanitaria que dificultó cumplir con el objetivo de identificar las causas que motiven la “no consulta” por enfermedad crónica; por otro lado, los análisis situacionales de salud regional no enfocan de manera sistemática las deficiencias del modelo organizacional del cual son parte, y que motiva que la población no acuda a los hospitales.

Falta de datos disponibles y/o confiables

La ley regula la elaboración de los análisis situacionales de salud en hospitales (ASISHO) cada cuatro años; de manera que la información que en ella de muestre permita identificar las tendencias en los indicadores sanitarios y plantear estrategias de prestación alternativas; dicha información debería permitir identificar la fase de transición epidemiológica en la que la región se halla; los hospitales de la región no tienen este documento, por consiguiente, la falta de datos específicos se constituye en una limitación.

Recomendaciones o prospectiva

Se recomienda persistir en trabajos de investigación referidos a la transición sanitaria con la finalidad de ahondar en datos sobre la situación deficiente en la que se halla el modelo organizacional hospitalario regional que impide que las personas tengan una percepción positiva de las prestaciones de salud del sistema público que afecta a la población con enfermedad crónico-degenerativa. De manera enfática se recomienda realizar trabajos de investigación para fortalecer alternativamente el primer nivel de atención. De manera preliminar el estudio ha demostrado la necesidad de invertir en hospitales de mayor complejidad en la región para atender enfermedades transmisibles cada vez más complejas; pero también es necesario controlar las enfermedades en la fase de prevención y diagnóstico temprano.

Referencias

Alvarez-Risco, A., Roman-Calsine, L. & Del Aguila-Arcentales, S. (2013). Effect of a pharmaceutical care program in heart failure patients in cardiology department of the

- Southeast National Hospital EsSalud Cusco (Peru). *International Journal of Clinical Pharmacy*, 35(5), 944-944).
- Alvarez-Risco, A., Villasante-Herrera, C. & Del Aguila-Arcentales, S. (2013). Pharmacotherapeutic follow-up of patients admitted to the surgery department of the Antonio Lorena Hospital in Cusco (Peru) using a Dader Methodology adaptation. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 35(5), 939-939.
- Alvarez-Risco, A. & Del-Aguila-Arcentales, S. (2019). *Pharmaceutical Care in Latin America*. (pp. 183-190). Springer, Cham.
- Álvarez-Risco, A., Arellano, E. Z., Valerio, E. M., Acosta, N. M. & Tarazona, Z. S. (2013). Campaña de atención farmacéutica como estrategia de implementación de los servicios farmacéuticos: Experiencia Perú. *Pharmaceutical Care España*, 15(1), 35.
- Alvarez-Risco, A., Del-Aguila-Arcentales, S., Diaz-Risco, S. (2018). Dispensing process as a cornerstone of improving pharmacovigilance. *Industrial Pharmacy*, 57, 17-21.
- Alvarez-Risco, A., Quiroz-Delgado, D. & Del-Aguila-Arcentales, S. (2016). Pharmaceutical care in hypertension patients in a peruvian hospital. *Indian Journal of Public Health Research & Development*, 7(3), 183-188.
- Del-Aguila-Arcentales, S., Cáceres-Manrique, L., Álvarez-Risco, A., Diaz-Risco, S. (2018). Consumo de antimicrobianos con consideraciones especiales de uso en los establecimientos de salud del Perú. *Rev. OFIL-ILAPHAR*, 28(2), 174-176.
- Enciso-Zarate, A., Guzmán-Oviedo, J., Sánchez-Cardona, F., Martínez-Rohenes, D., Rodríguez-Palomino, J. C., Alvarez-Risco, A., & Diaz-Risco, S. (2016). Evaluación de la contaminación con agentes citotóxicos en hospitales en Colombia. *Pharmaceutical Care España*, 18(6), 241-250.
- Instituto Nacional de Estadística en Informática. (2016). *Encuesta Nacional de Hogares. Instituto nacional de Informática e Informática*.
- Mejía-Acosta, N., Alvarez-Risco, A., Solís-Tarazona, Z., Matos-Valerio, E., Zegarra-Arellano, E., & Del-Aguila-Arcentales, S. (2016). Reacciones Adversas a Medicamentos reportadas como resultado de la implementación de Atención Farmacéutica en la Farmacia Institucional DIGEMID-Ministerio de Salud de Perú. *Pharmaceutical Care España*, 18(2), 67-74.
- Ministerio de Salud (2018). Boletín epidemiológico del Perú. Vol. 27 – SE 31.
- Omran, A. et al. (2005). The Epidemiologic Transition: Theory of the Epidemiology of Population Change. *Milbank Quarterly*, 83(4), 73-75.
- Silva-Villanueva, M., Alvarez-Risco, A., Del-Aguila-Arcentales, S. & Sanchez-Parra, G. (2017). Impacto de la Atención Farmacéutica en la adherencia de los pacientes con VIH en el Hospital San Pablo de Coquimbo, Chile. *Pharmaceutical Care España*, 19(1), 3-15.
- Zhang, S. X., Sun, S., Jahanshahi, A. A., Alvarez-Risco, A., Ibarra, V. G., Li, J. & Patty-Tito, R. M. (2020). Developing and testing a measure of COVID-19 Organizational Support of Healthcare Workers—Results from Peru, Ecuador, and Bolivia. *Psychiatry Research*, 113174.

Fecha de envío: 27/09/2020

Fecha de revisión: 05/10/2019

Fecha de aceptación: 15/11/2020