

TERCERA PARTE: Balance de la política de salud 2001-2004

I. Introducción: criterios de evaluación de una política	1
II. Marco presupuestal e institucional	2
III. Los resultados sanitarios	4
IV. Política de salud y reformas	5
V. La descentralización en salud	7
VI. Por una reforma sanitaria por el derecho a la salud	9

Salud en situación crítica

1. Más recursos y más atención política y social para salud
2. Por una nueva estrategia de desarrollo que promueva la salud
3. Readecuación programática en función de una nueva agenda sanitaria

Democracia en salud

4. Reforma democrática y descentralista en salud.
5. Por una sociedad civil democrática, participativa y vigilante
6. Combate frontal a la corrupción.

Equidad, inclusión y modernización en salud

7. Por un seguro público unificado que sustente un plan garantizado en salud de cobertura universal
8. Por un sistema público integrado, descentralizado y participativo de salud.
9. Hacia un nuevo modelo de atención integral en salud basado en una gestión sanitaria en ámbitos geográficos poblacionales con prioridad basada en la equidad.
10. Desarrollo de recursos humanos y de la calidad de los servicios de salud.

BALANCE DE LA POLÍTICA DE SALUD 2001 - 2004

Investigadores: Pedro Francke
Augusto Portocarrero (*)

I. INTRODUCCIÓN: CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE UNA POLÍTICA

Un elemento fundamental del que debe partir cualquier evaluación de la política de salud aplicada por el gobierno, es establecer a partir de criterios se realiza esta evaluación. Hay varios criterios posibles al respecto.

Una primera posibilidad es hacerlo en función de las metas que se ha propuesto cumplir en sus documentos rectores, tales como su Plan Estratégico Sectorial Multianual (PESEM), los Lineamientos de política sectorial para el periodo 2002 - 2012¹ o las 10 estrategias recientemente definidas². Sin embargo, en el caso del PESEM no existe información actualizada que permita ver los avances, o retrocesos, producidos en la consecución de las metas propuestas y evaluar el impacto que ha tenido sobre la población, y en el caso de los otros dos documentos, estos no plantean metas cuantificadas para cada uno de sus lineamientos.

Una segunda posibilidad es realizar la evaluación tomando en cuenta la capacidad de respuesta de los servicios frente a las principales enfermedades, por lo menos las intervenciones que ya han mostrado su eficacia como la vacunación, la atención del parto en sus establecimientos y otros.

Una tercera entrada es evaluar la política de salud desde el punto de vista de las necesidades del país, de los cambios que es indispensable iniciar, y aunque esto parezca más discrecional, hay características que ya tienen consenso: equidad en la prestación de los servicios, implementación de un modelo de atención donde el ciudadano sea el centro para que sea atendido con calidad, un ministerio transparente y abierto a la participación ciudadana.

En este documento se va a tomar los dos últimos criterios como una manera de aproximarnos a lo que ha venido sucediendo en el MINSa.

II. MARCO PRESUPUESTAL E INSTITUCIONAL

Un punto a tener en cuenta al momento de realizar un balance de las políticas de salud del gobierno es la capacidad que ha existido de poder llevar a cabo política alguna durante el periodo de evaluación, dada la limitada capacidad institucional existente, los cambios en las orientaciones de política y en los equipos de gestión.

Es conocidos por todos que los cambios ministeriales, por lo menos en nuestro país, traen consigo cambios de política según quien este en la cartera. Durante el presente gobierno, si bien hubo continuidad entre las políticas y equipos de las gestiones de los Drs. Luis Solari y Fernando Carbone, ha habido importantes cambios con las gestiones de los doctores Álvaro Vidal y Pilar Mazzetti. Respecto del tema de la salud reproductiva, las diferencias en las orientaciones son mayores a lo que es apreciado por la prensa.

En cuanto al cambio de equipos directivos, en el caso del Ministerio de Salud (MINSa) esta cartera ha tenido

cuatro ministros en menos de tres años y medio, he inclusive el Dr. Álvaro Vidal duro menos de un año. Esta volatilidad ministerial pone en posición débil a la institución, más aún si tomamos en cuenta que estos cambios han estado acompañados de constantes cambios en los funcionarios de los órganos de línea, Direcciones Salud (DISA) y de las direcciones de hospitales e institutos especializados, en estos últimos con procesos de concurso que recién a partir de este año le va a dar cierta estabilidad institucional.

En términos generales, la organización del sector salud no ha cambiado substancialmente. Tanto la organización de los servicios, hoy llamado redes y microrredes en reemplazo de las UTES, UVAS o ZONADIS, no ha variado y sigue en el centro de la organización los grupos de proveedores del servicio (los profesionales de la salud) y no los ciudadanos. Tampoco se ha llevado a cabo la separación de funciones (rector, financiador y proveedor) tan propagandizada durante la década pasada y el proceso de des-

1) Lineamientos de política sectorial para el periodo 2002 - 2012 y Principios fundamentales para el Plan Estratégico Sectorial del Quinquenio Agosto 2001 - Julio 2006. MINSa2002.
2) R.M. N° 771-2004/MINSa.

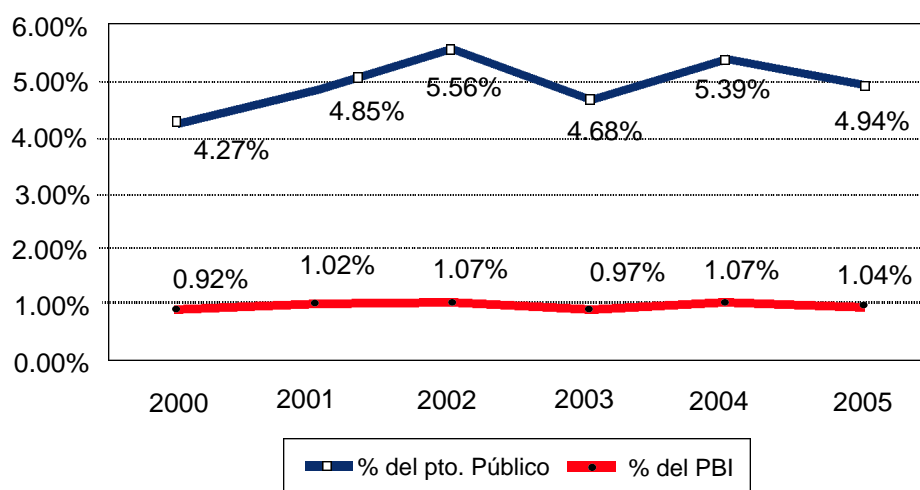
(*) - Pedro Francke, Investigador de la Universidad Pontificia Católica del Perú, institución asociada al Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES).
- Augusto Portocarrero Consultor en temas de economía de la salud.

centralización aún no se muestra en estos aspectos.

La organización presupuestal también se ha mantenido. Por un lado el MINSA responsable de los organismos de Lima y Callao, y por otro, cada Gobierno Regional responsable de sus respectivas Direcciones Regionales de Salud (DIRESA) y sus establecimientos. A pesar de que el 20% del presupuesto del MINSA sale fuera de Lima, la asignación de presupuesto a las distintas regiones sigue dependiendo básicamente del Ministerio de Economía y Finanzas, que otorga fondos a las regiones con un criterio histórico del gasto.

En términos de presupuesto el MINSA, a pesar de incrementos producidos en lo que va de esta década no ha variado de manera importante su relación con el presupuesto general (alrededor del 5%) y con el PBI (alrededor del 1%), como se puede apreciar en el gráfico N° 1. Sin embargo, los programas de salud en su conjunto (salud individual más salud colectiva) han mostrado una ligera reducción del 82% del total en el 2001 al 79% en la proyección para el 2005, a pesar de lo cual se mantiene por encima del 65% del 2000 (gráfico N° 2)

Gráfico N° 1
Participación % del sector salud en el presupuesto general de la republica y el PBI a precios corrientes toda fuente

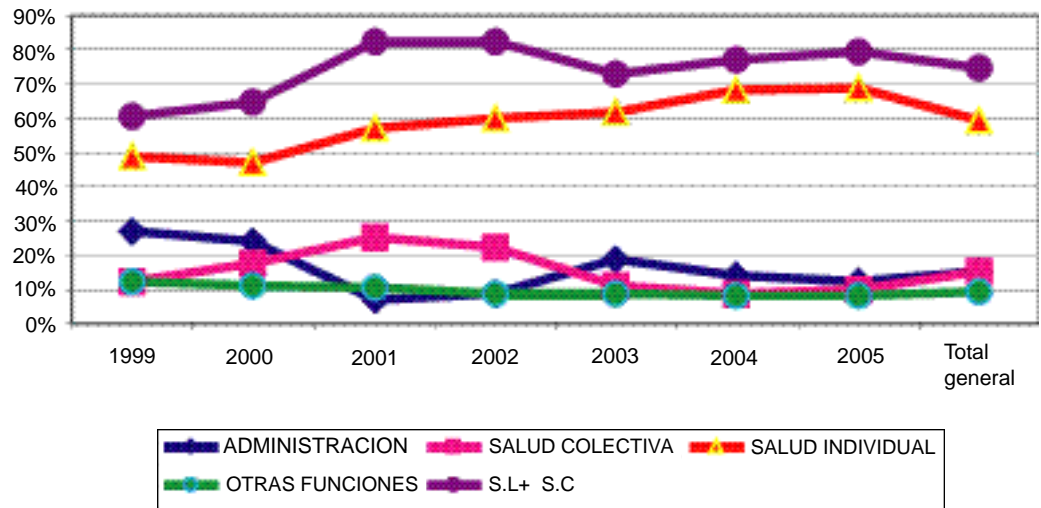


1: Para sector salud: para los años 2000 al 2003 se ha tomado ejecución, el 2004 se tiene el presupuesto modificado y el 2005 el proyecto de presupuesto remitido por el MEF

2: Para ppto. gral. 2004: se ha tomado el presupuesto modificado más el crédito ley 28254.

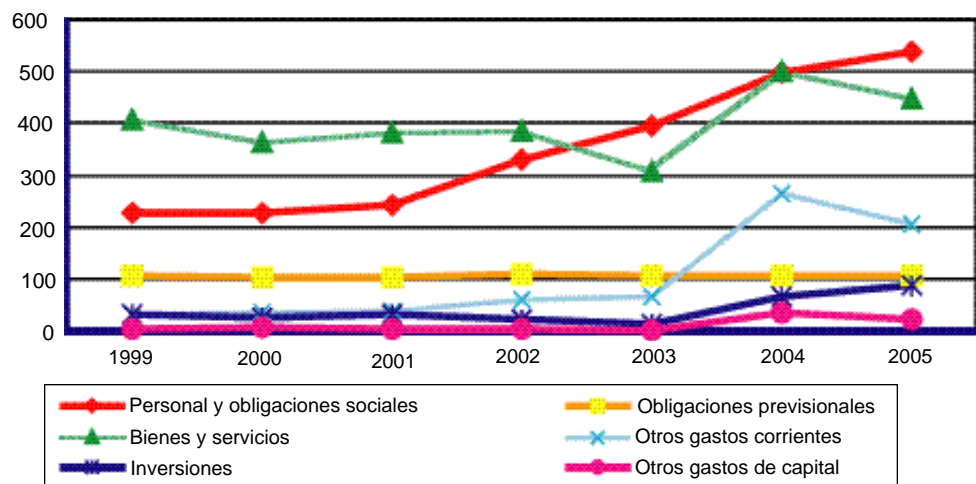
Fuente: Sistema Integrado de Administración Financiera - SIAF. Dirección Nacional de Presupuesto Público - Ministerio de Economía y Finanzas. Marco macroeconómico 2003-2005 - MEF

Gráfico N° 2
Presupuesto 2005 del Sector Salud por función de la EFP



Donde se ha mostrado un cambio significativo es en la composición interna del presupuesto cuando este se analiza por partidas (gráfico N° 3). Se ha producido una transferencia de recursos de la partida de bienes y servicios a la partida de remuneraciones. Este cambio se explica en gran medida porque antes parte de los ingresos se realizaba como bienes y servicios (caso de los servicios no personales), los que viene siendo traspasados a la partida de personal; otra razón es el incremento de las remuneraciones de los médicos por homologación y el incremento en el pago de guardias de los demás profesionales de la salud. Por su parte, las inversiones que cayeron de manera importante hasta el 2003 producto de la entrada en vigencia del Sistema Nacional de Inversión Pública y de la incapacidad del sector de formular proyectos, ha comenzado a ser revertido creciendo durante los años 2004 y el proyectado para el 2005

Gráfico N° 3
Composición por genérica de gasto comparativo 1999-2005
Deflactado 1994 = 100



III. LOS RESULTADOS SANITARIOS

Uno de los cambios substanciales que se introdujo en el 2001 fue el cambio de modelo de atención en función de los llamados programas Nacionales por el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS), sin embargo, el proceso de implementación del MAIS se produjo de manera parcial y fue poco entendido y asumido, y coincidió con una renovación de todos los cuadros técnicos del MINSa siendo reemplazados por otros de poca experiencia de gestión pública cuando Luis Solari fue ministro, lo que ocasionó un bache en los indicadores de atención y por lo tanto en los de impacto. Las cifras con las que podemos contar están hasta el año 2003 por lo que podemos tener una idea de las tendencias; aunque sin duda ello no nos

servirá para evaluar la actual gestión ministerial, iniciada este año 2004.

Se han seleccionado 6 indicadores que expresan la capacidad de respuesta frente a tres áreas claves de las estrategias sanitarias. Niño (vacunación y control de crecimiento y desarrollo - CRED), madre (parto institucional) y transmisibles (tuberculosis). (Ver cuadro). Un tema creciente pero para el que no se cuentan con una serie que permita apreciar la capacidad de respuesta del MINSa es el de VIH-SIDA por lo que a pesar de su importancia no se está incluyendo en el presente análisis.

	1999	2000	2001	2002	2003
Vacunación					
DPT (3ra dosis)	98.9	97.7	91.3	94.8	94.2
Antisarampionosa	92.5	97.2	97.3	95.2	94.7
CRED 1/		61.39	57.11	57.11	45.30
% de Parto Institucional		42.55	44.19	51.14	59.83
TBC					
Proporción SRI/Ser	73.4	72.2	70.5	65.9	60.8
Tasa Morbilidad	165.4	155.6	149.1	140.3	123.7

1/ Control de crecimiento y desarrollo.

Para analizar la salud del niño se ha tomado en cuenta la vacunación, que es una de las intervenciones de mayor costo beneficio que existen, y dentro de ellas se han seleccionado la DPT(3ª dosis) y la antisarampionosa por ser buenos indicadores del comportamiento de las demás vacunas.

Los problemas en el cambio del modelo de atención produjeron una caída de los indicadores de la cobertura de vacunación. En el caso de la DPT el 2001 fue el año que registró su año más bajo y ha comenzado una lenta recuperación hacia el 100% alcanzado en 1996. La vacuna contra el sarampión ha tenido una evolución diferente, sus coberturas no se han recuperado manteniendo un lento descenso que se pretende revertir con las campañas llevadas a cabo durante el primer semestre del presente año. En el caso de las coberturas del CRED, han mantenido una caída más dramática.

Situación inversa se ha producido en el caso del parto institucional, aumentando el porcentaje de cobertura en todos los años (aunque este indicador se refiere solamente a la atención pública, siendo probable que haya habido alguna sustitución de atención privada). Esta mejoría sería producto de la intervención del Seguro Integral Gratuito (SIG).

En el caso de las actividades relacionadas con las actividades relacionadas con la atención de las personas con tuberculosis, han venido en permanente caída, tanto en la detección (SRI/SRE) como en los tratamientos proporcionados. Lo mismo ha pasado con el CRED (programa de crecimiento y desarrollo infantil).

Como se puede apreciar, salvo en los casos del crecimiento de coberturas del parto institucional y de la lenta recuperación de la vacuna DPT, los indicadores han venido cayendo.

IV. POLITICA DE SALUD Y REFORMAS

La historia de los hospitales está muy ligada a las actividades de la beneficencia donde, décadas atrás, de manera voluntaria trabajaban los médicos para cumplir con su "función social". Visto así, era esencial mantener contentos a los médicos y personal asistencial que de "buena gente" iban a trabajar a estos centros, y por lo tanto los servicios giraban en torno a ello. Por otro lado la población que asistían a estos establecimientos accedían a una atención "regalada" y por lo tanto debían no solo sujetarse a la buena voluntad de los profesionales sino que ade-

más debían agradecer este servicio. Sin embargo, el modelo de atención se mantiene, a pesar de los cambios llevados a cabo: (i) pasando de ser una labor de beneficencia a una función pública y que por lo tanto los médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud realizan su labor como cualquier otra profesión y (ii) que por otro lado se reconoce que la atención de salud es un derecho de los ciudadanos. El ciudadano y su derecho a una atención de calidad no están en el centro de la preocupación del sistema de salud vigente.

DERECHOS DE LOS PACIENTES EN LOS RECINTOS CASOS DE NIÑOS INFECTADOS CON VIH / SIDA

"Unas personas llegaron a mi casa en una camioneta 4 x 4 el jueves 25 de noviembre me pidieron conversar conmigo y dijeron que se iban a llevar a mi niña menor de 5 años para tomarle unas pruebas de seguimiento, después de unas horas me dicen que mi hija había sido infectada con el VIH". (Padre de una de las niñas contaminadas por VIH del Hospital de Emergencias pediátricas).

"Ami hija casi la botaron del servicio de emergencias pediátricas, le dieron de alta con 40 grados de fiebre, incluso no le cambiaron la bata, en mi casa tengo los uniformes del hospital de emergencias pediátricas, lo lleve al Instituto de Salud del Niño y uno de los médicos me dijo <allá la joden y nosotros tenemos que arreglarlo>, le tuve que rogar para que aceptará a mi hija". Padre de una de las niñas contaminadas en el Hospital de Emergencias Pediátricas.

"Mi hijo falleció el 10 de septiembre era viernes, me dijeron <si quieres llevar a tu hijo tienes que reponer la sangre, trae dos donantes>". Madre de niño fallecido contaminado con VIH.

"Cuando detectaron que mi hija tenía VIH en el hospital me dijeron <que clase de vida habrás tenido>, yo me desesperé no sabía que hacer, nunca me dejaron dialogar, no me dieron ninguna respuesta, gracias a que fui a APRODEH se me abrieron algunas puertas que antes estaban totalmente cerradas". Madre de niña contaminado con VIH.

"Recién me enteré que mi niña había recibido sangre donada un año después cuando encontraron que mi bebé tenía VIH". Madre de niña contaminada con VIH.

Tomado de un artículo del Dr. Mario Ríos Barrientos, APRODEH

Esto explica en gran medida, más allá de las limitaciones presupuestales que puedan existir para mantener los equipos o las farmacias estén debidamente provistas, los constantes problemas que se producen en los servicios. El horario de atención no se respeta, los pacientes que piden mayor información sobre sus tratamientos no la reciben y, como en un caso reciente, los padres se demoran 12 horas para saber que su hijo ha fallecido. Un primer cambio que se debe dar es que se debe reformar la estructura misma de organización de los servicios poniendo como eje central a los ciudadanos y sus derechos y por lo tanto también una mayor participación de la población en su control. El modelo de atención debe, además de reconocer al ciudadano en sus diferentes dimensiones (social, cultural, etc.) recuperar sus formas de tradicionales de curación³.

Sobre la participación ciudadana la actual gestión viene abriendo puertas a la ciudadanía a través de la Cruzada Nacional por los Derechos y Deberes de los Ciudadanos donde la población podrá dar su opinión a través de la Carta de la Salud y de algunos talleres y reuniones que se vienen organizando a nivel macrorregional. Esta cruzada tendrá un piloto en Lima y Ayacucho para después ampliarse al resto del país. Sin embargo, los espacios de participación abiertos hasta la fecha son aún limitados, no se ha basado en el espacio de participación legalmente definido que es el Consejo Nacional de Salud, la Carta es un instrumento de comunicación unidireccional y los talleres tienen aún una convocatoria limitada y son dirigidos exclusivamente por el estado y no en forma concertada con la sociedad civil. La consulta ciudadana en salud llevada a cabo por el Gobierno Regional de Lambayeque,

³ Actualmente el área que estudia la medicina tradicional se encuentra separada de la Dirección General de salud de las Personas que es la encargada de definir el modelo de atención.

con participación del Ministerio de Salud, representa más bien una experiencia mucho más avanzada de participación, donde incluso los temas y opciones de la consulta fueron discutidos con la sociedad civil y luego se produjo una votación con amplia participación ciudadana⁴.

Sin embargo, simultáneamente se está reduciendo sustancialmente el empoderamiento ciudadano en los Comités Local de Administración en Salud (CLAS) con el nombramiento de los médicos de estos establecimientos, actualmente bajo el régimen de contrato a plazo fijo, ya que elimina la capacidad de la comunidad a seleccionar los médicos que sean más adaptados a la localidad (como por ejemplo dominando el idioma predominante) o de remover a los médicos que no cumplen adecuadamente con sus funciones.

La equidad en la provisión de servicios y la atención con "calidad y calidez" propuesta desde el libro azul de 1995, no han tenido mayores avances debido fundamentalmente a la estructura actual de del sector (desarticulada en varios proveedores como son el MINSA, las Direcciones Regionales de Salud, EsSalud y las sanidades de las fuerzas armadas y policiales), un financiamiento determinado de manera histórica por el MEF, y una organización de los servicios alrededor de los profesionales de la salud.

El Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud (SNCDS), creada con Ley 27813 de agosto de 2002 para afrontar la dispersión del sector no ha cambiado las relaciones nacionales entre los diversos proveedores, ni ha fortalecido el rol rector del Ministerio de Salud.

Pero los cambios no se deben quedar ahí, una de las principales características que debiera tener el MINSA, es que deje de ser solo un ministerio de servicios de salud recuperativa y pase a ser el líder del Estado para garantizar la salud. Los elementos de los principales determinantes que condicionan la salud de la población se

encuentran fuera de los servicios del ministerio de salud: medio ambiente (agua potable contaminación del aire, contaminación de ríos y playas, etc), medio social (violencia familiar y social, drogas, seguridad y salud ocupacional, accidentes de tránsito, etc), hábitos y costumbres (alimentación y nutrición, cuidado de salud, ejercicios y obesidad, etc).

Las políticas para mejorar la salud de la gente deben incorporar, además de las intervenciones de los servicios de salud, políticas para reducir los impactos negativos sobre la salud de la forma como se produce (si la tecnología aplicada contamina el medio ambiente o posibilita la transmisión de enfermedades), de los hábitos de la población (alimentación, jornadas mayores a las 8 horas, alcoholismo, etc) y sus condiciones de vida (vivienda, saneamiento).

El Estado en sus diferentes niveles (nacional, regional y municipal) deben tomar en cuenta el impacto en la salud de las cosas que planea realizar. Por ejemplo, la producción por aniego del arroz (agricultura) produce un mayor número de los mosquitos de la malaria; mejores caminos y carreteras (transportes) mejoran el acceso de la población a los servicios de salud; la mejora de los sistemas de agua y desagüe (vivienda) con una adecuada enseñanza de hábitos de limpieza (educación) de la población reduce el número de casos de dengue y diarrea. El MINSA ha lanzado dos directivas de planeamiento operativo para el 2005 con este enfoque integrador, estando aún pendiente la concreción en planes de las DIRESA y que esto sea asumido por los Gobiernos Regionales.

Como se puede apreciar los avances en la lógica de construir un MINSA con las características señaladas son incipientes y se necesita de políticas coherentes y constantes en el tiempo para que puedan ser absorbidas e interiorizadas por los diferentes niveles de gobierno.

4 La primera prioridad aprobada, problemas de agua, desagüe y basura, tuvo 44 mil votos.

V. LA DESCENTRALIZACIÓN EN SALUD

Con pocos avances en aspectos fundamentales de la política social, parece que la descentralización será la principal reforma de los sectores sociales durante el presente gobierno.

La descentralización de los sectores sociales puede ser un proceso de gran importancia para: (i) apoyar que se haga efectiva la descentralización, desarrollando un mejor vínculo entre representantes y representados que fortalezca la democracia y la gobernabilidad; (ii) mejorar la eficacia y eficiencia de estos servicios básicos, haciéndolos más adaptados a las realidades locales y regionales, elevando la participación social en su diseño y gestión, y haciendo que los dirigentes políticos y gerentes estén más interesados en la calidad de su gestión.

Sin embargo, la descentralización conlleva también riesgos, en cuanto a: (i) la posibilidad de fragmentación política y social, (ii) la posibilidad de que haya una pérdida de derechos de la población en caso de problemas financieros o de gestión en el gobierno subnacional donde viven, y (iii) la posibilidad de que en vez de profundizar la democracia haya una captura de estos poderes subnacionales por élites regionales. En ese sentido, la descentralización es una política de gran importancia y trascendencia, pero cuyo efecto positivo sobre el desarrollo nacional no está garantizado por sí mismo y depende críticamente de que el proceso se lleve bien.

Al respecto, aunque en relación a la descentralización se han aprobado varias leyes (Ley de Bases de la Descentralización, la Ley Orgánica de Gobiernos Regionales y la Ley Orgánica de Municipalidades), las disposiciones legales vigentes no establecen una clara distribución de competencias entre los tres niveles de gobierno. En el sector salud, en agosto del 2002 se aprobó la ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud (SNDCS), que tampoco aclara este problema y que genera un sistema burocrático de coordinación al interior del estado (MINSA, Essalud, sanidades de FFAA y PNP) con un estrecho espacio a la participación ciudadana. Así, en la norma aprobada por las gestiones de Solari y Carbone no hay una visión objetiva clara de adónde debe llevarnos el proceso de descentralización en salud, y mucho menos de cual es la ruta o camino que seguirá el proceso.

Sin embargo, a contrapelo de lo que indica la ley de bases de la descentralización⁵, se ha iniciado de facto la descentralización de salud, al entregar la mayor parte del presupuesto del gasto corriente (ver gráfico) de estos sectores a los gobiernos regionales⁶. El mecanismo para el control efectivo de esos recursos por los gobiernos regionales pasa por los Directores Regionales Sectoriales, cuyo nombramiento se ha hecho por concurso dirigido conjuntamente entre los gobiernos regionales y los ministerios centrales respectivos, pero que sin embargo ahora dependen ahora de los Gobiernos Regionales. Como hemos dicho, sin embargo, la indefinición legal en la que se desarrolla este proceso hace que no sea posible establecer conclusiones definitivas sobre el curso que tendrá el mismo.

La descentralización de facto del sector salud hacia los gobiernos regionales implica que:

- a. El gobierno central efectivamente pierde control (excepto en Lima y Callao). Efectivamente, el 34% de salud (44% si incluimos SIS y PAAG que son programas dirigidos centralmente pero que operan a través de las direcciones regionales) está ahora bajo control de los gobiernos regionales. Ello demanda que se establezcan nuevos mecanismos para la aplicación de prioridades y políticas nacionales, un ejemplo de los cuales podrían ser los Acuerdos de gestión y el Seguro Integral de Salud en el sector salud.
- b. Se define de facto un modelo de descentralización en el que las instancias subnacionales claves para salud son los gobiernos regionales y no los locales o comunales, quedando en cuestión los avances habidos en experiencias como los CLAS. Al mismo tiempo, programas destinados al tema nutrición (actualmente manejados por PRONAA-MIMDES) están siendo descentralizados a los municipios, con lo que la descoordinación de estos programas con salud podría agudizarse, o al menos dificultarse su vinculación. La relación entre gobiernos regionales, gobiernos locales y comunidad en la gestión de los servicios de salud aparece como un tema clave por resolver.

En los últimos meses el esfuerzo del sector en torno a la descentralización ha estado más orientado a conformar los Consejos Regionales de Salud⁷. Como aspectos positivos, tenemos que el MINSA es el único ministerio que está teniendo reuniones trimestrales con los Gobiernos regionales y sus DIRESA (ya ha tenido tres) para discutir temas de política de salud, mejora de los procedimientos administrativos MINSA-DIRESA y descentralización. Adicionalmente, el MINSA, ante la imposibilidad de corto plazo de transferir competencias, ha firmado convenios con las DIRESA para encargar competencias como la del nombramiento de funcionarios en las regiones. Finalmente, se ha venido fortaleciendo los Acuerdos de Gestión como instrumento para el cumplimiento de su rol rector, instrumento que en relación con los otros ministerios son los más avanzados.

A manera de síntesis, podemos decir que el gran cambio que puede tener las políticas sociales en este gobierno, mas que a una iniciativa y estrategia formulada desde dentro de los sectores sociales, corresponde al proceso de descentralización. Este proceso se desarrolla sin que estén claros las condiciones a las que se quiere llegar ni el camino para lograrlas, y esto es válido tanto a nivel general como a nivel de los sectores sociales. En esta situación, en salud se viene caminando simplemente por inercia hacia una descentralización centrada en los gobiernos regionales. Esto puede reducir el espacio a una mayor descentralización y participación que podía haberse dado a nivel local. Adicionalmente, la falta de dirección del proceso genera el riesgo de que la descentralización de la salud termine en desorden y descontrol.

5 Particularmente la Ley de bases de la regionalización, que establece que los sectores de educación y salud se transfieren en la cuarta y última etapa del proceso de descentralización.

6 Excepto en Lima y Callao. También han transferido los gastos corrientes para educación, que es presupuestalmente importante, y para agricultura, minería, turismo, industria, pesquería, transportes y trabajo, de importancia presupuestal bastante menor.

7 La mayor parte de los Consejos regionales de Salud fueron conformados durante la gestión del Ministro Alvaro Vidal.

VI. POR UNA REFORMA SANITARIA POR EL DERECHO A LA SALUD

Como se ha apreciado en los indicadores mostrados líneas arriba el Perú aún muestra graves problemas de salud, en relación a los cuales se ha avanzado muy poco en los últimos años, afectando seriamente las legítimas esperanzas de los peruanos de lograr una vida digna para todos. Particular preocupación nos genera que haya un 20% de excluidos del acceso a servicios de salud, constituido por los más pobres y vulnerables de nuestra sociedad. Es por ello impostergable que se establezca una nueva Agenda Nacional Sanitaria que se proponga un cambio efectivo de esta situación.

La Reforma Sanitaria que es planteada por la II Conferencia Nacional de Salud organizada por Foro Salud se inscribe en los propósitos de justicia social, equidad e igualdad de oportunidades para todos y todas, en particular para los más pobres y vulnerables, y ratifica la salud como elemento fundamental del desarrollo humano y como un derecho de la ciudadanía. El derecho a la salud exige acceso universal a servicios adecuados de salud, pero requiere también del acceso a educación e información, un empleo digno, alimentos de buena calidad y en cantidades suficientes, una vivienda aceptable y un ambiente saludable. La participación consciente e informada de los usuarios y los ciudadanos es también una condición indispensable para la consecución de los derechos.

La II Conferencia Nacional de Salud ha propuesto 10 Políticas para conseguir estos objetivos que son recogidos en esta exposición:

SALUD EN SITUACIÓN CRÍTICA

1. Más recursos y más atención política y social para Salud

En el Perú hay una combinación de graves problemas de enfermedad y muerte evitables y una escasa, inequitativa e ineficiente asignación de recursos a la salud, negándose así el derecho a la salud de las mayorías. La salud de los peruanos, en particular la de los más pobres, está en situación crítica. Frente a ello, el Foro hace un llamado a la movilización nacional en defensa de la vida saludable y de calidad contra la enfermedad, la discapacidad y la muerte evitables, abatiendo los oprobiosos indicadores deficitarios. Movilización nacional que la salud sea prioridad para el gobierno, los partidos políticos y la sociedad y transformar el actual sistema de salud injusto e ineficiente. Esta prioridad debe traducirse en mayores recursos dedicados a la salud y por ello se propone incrementar el gasto público en salud, duplicándolo en 5 años con un aumento de 0,25% del PBI (US\$ 150 millones) cada año financiados por una reforma tributaria con sentido de equidad y una reforma integral del estado, lo que debe ser parte de un Acuerdo Nacional en Salud. Estos mayores fondos para salud deben servir para aumentar la eficiencia y ser destinados a los más pobres y excluidos para avanzar hacia la equidad en salud.

2. Por una nueva estrategia de desarrollo que promueva la salud

Para que haya desarrollo tiene que haber avances en sa-

lud. La enfermedad afecta capacidades y empobrece. El problema sanitario peruano es que el funcionamiento económico, social y político de la sociedad peruana contiene un desbalance sistemático entre factores de riesgo y factores protectores. Si el funcionamiento de la sociedad reproduce sistemáticamente estos daños es porque se necesita entonces otra forma de organizar la economía, la sociedad y la política. Para ello es imprescindible que exista una articulación entre las políticas económicas y las políticas sociales, de tal forma que las primeras no posterguen lo social y generen empleo e ingresos adecuados, mientras construimos con las segundas un sistema global de seguridad social y desarrollo.

3. Readecuación programática en función de una Nueva Agenda Sanitaria

Existe un desfase entre el sistema de salud y el cambio de perfil epidemiológico del país, siendo urgente una readecuación programática para que se atienda integralmente, que integre en forma transversal en los servicios las patologías crónicas, la salud ocupacional, salud mental y la drogadicción, la contaminación ambiental, la violencia urbana, familiar y sexual, los accidentes, emergencias y desastres, las prácticas no saludables, entre otros.

Proponemos que junto a la readecuación programática del sistema de salud se arriben a compromisos inmediatos y metas en cuatro campos de gran influencia sobre la salud: acceso a agua segura, eliminación de la desnutrición, educación sanitaria y protección del medio ambiente.

DEMOCRACIA EN SALUD

4. Reforma democrática y descentralista en salud.

La reforma democrática de la gestión pública en salud requiere un cambio en / de la Constitución del Estado para que se reconozca la salud como derecho humano y fundamental y garantizarlos sea un deber del Estado, integrando el derecho a la salud y a la seguridad social con equidad y universalidad, y desarrollar en este marco una nueva Ley General de Salud, formulada participativamente desde un enfoque de derechos y de género.

La participación y control social, no sólo es un derecho sino una necesidad: todos los intentos de las instituciones públicas por mejorar su gobernabilidad y su capacidad gerencial sin abrirse a la sociedad, no han dado frutos. Además, no hay forma efectiva de hacer atención primaria y promoción de la salud con una población no participante.

La institucionalización de un modelo de gestión compartida deberá comprender la realización periódica de Conferencias Nacionales de Salud, el rediseño del actual Consejo Nacional y Consejos Regionales de Salud que permita una amplia participación de la sociedad civil y el establecimiento de mecanismos de rendición de cuentas y control social sobre la gestión ministerial y la provisión de servicios. Es-

tas medidas deben ser parte de una estrategia orientada a la remoción de barreras para la participación, la construcción de capacidades y la ampliación de oportunidades para una participación inclusiva, plural, equitativa e intercultural.

La descentralización en salud, constituye una estrategia democratizadora y debe articularse a la descentralización del país. Se propone articular los Consejos Provinciales y Regionales con los Comités de Coordinación Locales y Regionales, así como al Consejo Nacional de Salud. De otro lado se debe ratificar y fortalecer la participación con gestión, adecuando el modelo CLAS.

5. Por una sociedad civil democrática, participativa y vigilante

La reforma democrática de la salud involucra no solamente la reforma del estado, sino también el desarrollo de las capacidades y formas de participación y vigilancia de la sociedad civil. No hay manera de llevar a cabo una profunda reforma del sector salud al margen de una reforma integral del Estado.

Asegurar el derecho a la participación de la ciudadanía en la toma de decisiones, demanda la transparencia y la rendición de cuentas de decisiones y acciones y el desarrollo de mecanismos sectoriales de exigibilidad de derechos. Al mismo tiempo, la ciudadanía debe desarrollar sus capacidades, individuales y colectivas, en particular a través de las organizaciones de la sociedad civil para poder cumplir sus deberes y ejercer efectivamente sus derechos de participación, fiscalización del ejercicio de la función pública y vigilancia del respeto al derecho a la salud y los derechos fundamentales asociados.

6. Combate frontal a la corrupción.

Como sociedad civil, exigimos y vigilamos para lograr un ejercicio ético de la política y de la función pública pero también para el desarrollo de responsabilidades cívicas. Propugnamos la transparencia y la rendición de cuentas y el combate frontal a la corrupción. Exigimos un compromiso del gobierno, del sistema de justicia, de los partidos, del funcionariado y de la sociedad civil para consolidar una cultura de cuidado de nuestros bienes públicos y de corrupción cero.

EQUIDAD, INCLUSIÓN Y MODERNIZACIÓN EN SALUD.

7. Por un Seguro Público Unificado que sustente un Plan Garantizado en Salud de cobertura universal

Proponemos la creación de un Seguro Público Unificado que asegure a toda la población un Plan Garantizado de Salud, entendido como un conjunto de programas, servicios y acciones que se constituirá, junto con las prioridades sanitarias regionales y locales, en el eje ordenador de la producción de las redes y micro redes de servicios del nivel primario y su complemento en los niveles hospitalarios, así como de las intervenciones de salud pública.

Este seguro debe superar los vigentes convirtiéndose en la forma de organización de toda la atención de la salud de los subsistemas públicos como seguro público (MINSA, EsSalud, Sanidades de Fuerzas Armadas y Policías). El Plan Garantizado será organizado a partir de un pacto social que establezca el alcance de los derechos en salud, sin discriminaciones y con respeto a la diversidad cultural tanto al momento de la intervención como en la incorporación de la medicina tradicional al modelo de atención. Deberá incluir medicinas, insumos y cirugía básica, incorporando las actividades de salud pública plenamente financiadas. Su ampliación deberá ser progresiva, constituyéndose en el eje para promover la equidad en salud.

8. Por un Sistema Público Integrado, Descentralizado y Participativo de Salud.

El sistema institucional de salud está organizado conforme a un modelo segmentado en que existe una clara bi-cefalía, lo que genera múltiples y graves problemas de inequidad e ineficiencia. Esta incoherencia y desarticulación al interior del sector salud no sólo se ha mantenido en las últimas tres décadas, sino que se ha agravado.

Planteamos la creación de un Sistema Público integrado, moderno, descentralizado y participativo de salud. Hay que ordenar la oferta pública, para que no se dupliquen esfuerzos y se actúe realmente en red. Esta debe tomar la forma de un Servicio Nacional de Salud, financiado públicamente, surgido de la integración de diferentes proveedores públicos dispersos (sin desaparecer el subsector privado para los que tengan medios para ello) Debe organizarse evitando la conformación de un sistema burocrático con integración vertical de funciones y más bien basarse en un gran Seguro Público de Salud que organice la oferta dando autonomía de gestión a los prestadores. Este nuevo Sistema debe integrar definitivamente a las Sanidades Militares y Policial, conservando los servicios para su personal.

Debe incorporar la gestión de calidad bajo una orientación hacia la demanda, articulando los estándares, protocolos y manuales, la acreditación, la certificación, la re-certificación de establecimientos y recursos humanos, la interculturalidad en los servicios, los derechos de las personas y la satisfacción de los usuarios, así como mecanismos para que la ciudadanía pueda exigir sus derechos.

9. Hacia un nuevo modelo de atención Integral en salud basado en una gestión sanitaria en ámbitos geográficos poblacionales con prioridad basada en la equidad.

Es urgente la revisión del modelo de atención vigente, de carácter recuperativo y centrado en las necesidades y limitaciones de la oferta antes que en la salud de la población. Para la sociedad civil se trata de replantear la visión medicalizada y biológica, insertando la reparación de daños en intervenciones más sistémicas engarzadas en la trama de los problemas sociales que reconozca la diversidad geográfica, étnica cultural y económica de nuestro país y responda a estas realidades y sus necesidades en especial hacia y desde los más excluidos

Proponemos un nuevo modelo de atención que respete los derechos fundamentales de las personas y aborde los determinantes sociales de la salud y la enfermedad, mediante una acción más enérgica del Estado en garantizar ambientes saludables, aspecto hasta ahora dejado de lado para asegurar la libertad en los mercados. Ello pasa por fortalecer las capacidades de regulación de atención de las personas y del ambiente, enfatizar la prevención y la promoción de la salud y garantizar los insumos estratégicos que requiere la salud pública con enfoque de derechos y de equidad, enfatizando la equidad de género

Proponemos un nuevo modelo de atención basado en ámbitos geográficos y una estrategia integral y local, brindada en los planos institucional, no institucional y familiar, basada en redes que articule lo institucional con lo social, promoviendo la participación organizada de los ciudadanos desde la etapa de la planificación de las acciones y la formulación de políticas de salud que centralmente se aboque a reducción de las brechas, la incorporación y la inclusión de los excluidos.

La organización de las intervenciones bajo un Modelo de Salud Local permitirá ámbitos de intervención más comprensivos: los daños (enfermedades) y las condiciones biológicas; los conocimientos, las creencias, las actitudes y las prácticas de la población incorporando la medicina tradicional a la oferta de los servicios de salud; y los factores ambientales y sociales que constituyen riesgos y condicionantes para la salud.

La organización territorial de la atención permitirá además organizar y articular la atención, en sus distintos niveles de complejidad, para la población de un ámbito determinado, otorgando garantías al usuario a través de un sistema de reparación y resarcimiento compartido entre la institución, el servidor y el usuario

Reconocer que desde el sector y los servicios de salud de diversas zonas del país se están dando pasos iniciales pero aun insuficientes orientados a reorientar y mejorar el modelo de atención

10. Desarrollo de recursos humanos y de la calidad de los servicios de salud.

Las condiciones salariales, de trabajo y de carrera de los recursos humanos en salud han sido desatendidas todos estos años.

Planteamos una política de desarrollo de recursos humanos en salud que implique un régimen laboral con derechos sociales y condiciones de trabajo adecuadas, con especial atención a la salud ocupacional.. Ratificación periódica de los nombramientos actuales y contratos a plazo fijo para los nuevos ingresos, con renovación en base a desempeño, protegiéndolos de las arbitrariedades, con transparencia en los procesos de evaluación. Finalizar con los contratos por servicios no personales para actividades permanentes.

Redistribución descentralizada de recursos humanos con sistema de incentivos para el trabajo en zonas de menor desarrollo. Impulsar la carrera pública en salud, sin discriminaciones entre los grupos ocupacionales y sobre la base de los méritos y el desempeño, como base para las designaciones, permanencia y ascensos. Evaluación del desempeño con participación de los usuarios y la comunidad.

Reconocimiento e Integración de los Agentes Comunitarios de salud al Sistema, por su contribución a la salud y desarrollo del país.

Desarrollo de competencias en todo el personal de salud, con enfoque de género, para garantizar la calidad de la atención centrada en la satisfacción del usuario, enfatizando la interculturalidad, el buen trato, respetando las diferencias individuales y de grupo.

Solicitar al Estado que se apliquen políticas de recursos humanos, en consonancia con las expectativas de la sociedad civil y los trabajadores de salud incluyendo los Agentes Comunitarios.

**FLUJOS FINANCIEROS Y NIVELES DE GOBIERNO EN SECTORES SOCIALES
PRESUPUESTO 2003
(en millones de soles)**

	Gobierno Nacional	Gobierno Regional	Gobierno Local	Comunal		
M E F	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> Univ y OPSs 1,518 MINEDU 311 MECEP I 70 MECEP II 190 EBT 107 Huascarán 38 Lima y Callao 1,622 Otros 25 3,881 </div>					E D U C A C I O N
		Plantillas y otros 3,866				
		OPDs y otros 403				S A L U D
	<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> MINSA 303 PROYECTO 2000 8 PARSALUD 61 PAAG 78 LIMA Y CALLAO 906 1,356 </div>	Salud Basica 151			CLAS 96	
	SIS 14	Reembolsos 150				
		Planillas y otros 1,098				
		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> FONCODESI 57 PRONAA 31 PRONAMACHS </div>			<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> Nucleo Ejecutor 352 Comedores/otros 352 Comité Conservaci 200 </div>	P R O G R A M A S O C I A L
		VASO DE LECHE 356		Comité VL		
		PRO VIAS RUR. 150				
		<div style="border: 1px solid black; padding: 2px;"> INADE 227 ORDESUR 37 PRO VIAS DEPA 101 ELECTRIF. RURAL 203 </div>				O T R O S
	Otros Sectores 19,458	Otros Sectores 19,458	FONCOMUN 1,397			
	Otros (OPDs) 5,836		CANON 257			
TOTAL	31,754	6,379	2,010	1,000		
Exoneraciones Tributarias	31,754	2,775				
TOTAL	31,754	9,154	2,010	1,000		
	44,516					

Transferencias Financieras
 Transferencias de bienes

En Italicas: DESCENTRALIZABLE= La mayor parte de las obras o servicios se realizan fuera de Lima
 En Negritas: Programas en el cronograma de transferencia 2003