

Informe de los DESC a un año de gobierno

Primera Edición
Lima, Noviembre de 2007

Informe de los DESC a un año de gobierno

Comité Editorial:

Miguel Jugo
Wilfredo Ardito
Víctor Torres
Diana Rebaza

Diseño y Diagramación:

Omar Gavilano

Miguel Jugo
Francisco Soberón
Rosario Narváez
Liliana Panizo

Jr. Pachacútec 980 Lima 11 Perú
Tel.: 431-0482 / 424-7057 / 431-4837 / Fax: 431-0477

www.aprodeh.org.pe
postmaster@aprodeh.org.pe

Hecho el Depósito legal en la
Biblioteca Nacional del Perú Registro N° 2007 - 12285

1.4 Derecho a la Salud

La salud inmóvil: Parálisis del Sistema de Salud en un Ciclo Expansivo de la Economía*

Juan Arroyo**

1. Introducción

* Artículo redactado en junio de 2007 a solicitud de Aprodeh.
** Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

El presente artículo reseña el estado de situación del sector salud y sobre todo de los servicios del Ministerio de Salud, hasta mediados del 2007, aproximadamente al año de haberse iniciado un nuevo gobierno en el Perú.

Se concluye del panorama que vamos a mostrar que la paradoja actual es que existe una parálisis del sistema de salud y una retracción del gasto en salud en medio de un ciclo expansivo de la economía peruana. Esto es sin embargo lo característico de los últimos cinco años, no solo del último año 2006-2007.

Visto desde un punto de vista gerencial, el sistema público en salud ha perdido en términos de productividad, rendimiento, eficacia y eficiencia, evidentemente con repercusiones sobre su efectividad, y por tanto sobre sus resultados e impactos sobre la equidad e inclusión. Visto en términos de derechos humanos, la brecha entre lo que es posible hacer con los recursos con que se cuenta y lo que se está haciendo representa toda una franja de enfermedades y muertes evitables, que vienen limitando las capacidades de realización de quienes sufren esta morbilidad eludible, trastocando el derecho de dichas personas a vivir plenamente. Esto no quiere decir evidentemente que no existan avances parciales en determinados indicadores en salud, lo que a veces sirve para la autocomplacencia, pero estos desarrollos no son lo dominante ahora, lamentablemente.

2. ¿Los problemas de gestión pública podrían ser considerados de derechos humanos?

La verdad, hay gestiones de los Ministros de Salud que no son buenas, pero ¿cuándo se convierten en un problema de derechos humanos? ¿Es correcto imputar a un Ministro de Salud el estar incurriendo en un atentado a los derechos humanos cuando no está gobernando bien? ¿En qué punto la mala gestión deviene en un problema de salud pública y de derechos? ¿O es que los problemas de derechos humanos son solo individuales y aparecen cuando se trata de violaciones de lesa humanidad, como las infecciones de pacientes con VIH-Sida en los hospitales públicos por bancos de sangre infectados o como las discapacidades causadas por una mala praxis médica?

Estos interrogantes nos parecen pertinentes de dilucidar, pues efectivamente hay casos flagrantes de violaciones de los derechos humanos en el campo de la salud individual, pero la pregunta es si los problemas en el campo de la salud pública y en particular el de las políticas públicas en salud, podrían ser

comprendidos y evaluados desde el ángulo de los derechos humanos. Para empezar a responder este interrogante nos parece necesario operacionalizar el concepto del derecho a la salud, diferenciando la responsabilidad moral o humanitaria, el nivel de cumplimiento de las obligaciones legales contraídas y la evaluación de la progresividad o regresividad en los logros del derecho a la salud.

1 Bobbio, Norberto. A Era dos Direitos. Rio de Janeiro: Editora Campus, 1__2.

Porque si, conforme a Norberto Bobbio, no existen los derechos fundamentales por obra de la naturaleza sino que son construcciones de las sociedades, sujetos a modificaciones según épocas, valores y culturas, determinadas políticas públicas en salud y gestiones de la política pública originan problemas de derechos humanos cuando no reflejan la progresividad de un país en la construcción de su nivel de derechos, sea porque, en algunos casos, el consenso moral o humanitario es más avanzado que las obligaciones legales y este desfase no motiva una renovación de la normatividad, o porque, al revés, las leyes, normas y programas son más avanzados que la praxis, y en estos casos los gestores que no cumplen lo estipulado trasgreden, a la vez, la ley y la moral establecida como aceptables.

Un caso de desfase de la norma respecto a la responsabilidad moral es el de las tarifas en los establecimientos públicos de salud, que legalmente están establecidas, pero que motivan regularmente la condena de la opinión pública sobre aquellos servidores públicos que no atienden a los pacientes, no importa su gravedad, si no pagan. Aquí “el nivel de tolerancia social a la desigualdad” (Rawls), el consenso moral, es más avanzado que la norma. Efectivamente la demonización de la gratuidad imperó en los primeros años de los 90 y ello se expresó en el incremento de los recursos directamente recaudados de los hospitales y establecimientos - producto en buena parte de las tarifas - como indicador de desempeño. El Programa Salud Básica para Todos a partir de 1994, los seguros de fines de los 90 y la posterior expansión del SIS en los 2000 fueron en sentido contrario: el reconocimiento de la necesidad de velar por el derecho a la atención de la salud para la franja de “no acceso por razones económicas”. Hoy por hoy los recursos propios financian el 17% del presupuesto del MINSA y son un bloqueo al acceso, algo poco entendible en estos últimos años, en una etapa de expansión económica. La política pública está atrás no sólo del sistema de valores sino de las posibilidades del país.

Los atentados más notorios a la salud y a los derechos en salud son sin embargo del segundo tipo: cuando no se cumple lo estipulado y se trasgreden, a la vez, la ley y la moral establecidas como aceptables. El 15 de mayo del 2007, por ejemplo, representantes de las comunidades indígenas Achuar, de Loreto, informaron al país que padecían graves enfermedades debido a la contaminación generada durante 30 años por la empresa Occidental Petroleum Corporation. En estos casos toca al garante de la salud pública, el Estado, pronunciarse y proteger a la población, cosa que no siempre se hace. A veces, sin embargo, el Estado interviene ante violaciones de otros actores al derecho a la salud. La costumbre en el Perú es que la violación sea grave para motivar una intervención estatal. A mediados del año 2007 la Dirección de Salud Ambiental del Ministerio de Salud informó públicamente que más del 50 por ciento de la población infantil del Callao presentaba valores de plomo superiores a 19.9 microgramos de plomo por decilitro de sangre, siendo 10 microgramos por litro el límite permisible recomendado por la Organización Mundial de la

Salud, debido a la contaminación generada por la actividad minera en el transporte, carga y descarga de este mineral, que se acumula en los almacenes de concentrado de minerales ubicados en el primer puerto del país. En estos dos casos se han conculcado leyes y obligaciones morales.

A diferencia de los países desarrollados, en nuestro país hay un consentimiento con niveles relativamente altos de desigualdad y discriminación, fruto de muchos años de contemporización e impunidad. De ahí que haya una muy baja judicialización de problemas originados por violaciones de derechos en salud, que tienen que ser flagrantes para motivar demandas, que en la mayoría de casos no llegan a sentencias. Algunos de los temas que solo saltan a la vista en casos excepcionales son los de mala praxis o iatrogenias, el de infecciones intranosocomiales o el de morbimortalidad generada por vacunas. Pero en algunos casos no se trata de problemas particulares, imputables al profesional o trabajador de salud, o problemas sólo derivados de lo que sucede en una institución o establecimiento, sino patrones sistemáticos fruto de políticas o de omisiones de políticas, o regularidades que tienen que ver con la baja calidad de la gestión pública de determinada administración ministerial, que tienen efectos masivos sobre las vidas y las capacidades de la gente. Son estos casos, en nuestro criterio, los que convierten la propia presencia de un mal gestor al frente del sector salud en un problema de salud pública.

En este informe utilizamos, entonces, el criterio de la progresividad o regresividad de los derechos para evaluar hasta qué punto una mala política pública, una omisión política o una gestión descuidada, pueden dañar el derecho básico a la salud. Para poder verificar si estamos ante un patrón sistemático o ante una suma fortuita de contingencias podríamos utilizar los métodos y herramientas de la evaluación de instituciones, utilizando la brecha entre lo que es posible hacer con los recursos con que se cuenta y lo que se está haciendo. No lo vamos a hacer, pues podría aducirse que ello coloca el estándar en un escenario de gestión óptima, no siempre posible, por lo que vamos a intentar visibilizar la progresividad o regresividad comparando lo que se hace ahora con lo que ya se hizo antes, siendo con esto poco exigentes pues se supone que las nuevas administraciones deben superar a las anteriores.

Sin embargo, esta marcha ascendente no se cumple en este caso. La información recogida sobre los servicios públicos de salud nos permite afirmar que ha habido un retroceso en el desempeño del sistema público de salud, que viene de varios años atrás y que de hecho podría sancionar como normal este nuevo estatus de la respuesta institucional a los problemas de salud. Si a esta regresión se añade la menor asignación relativa de recursos al Ministerio de Salud, pese a la existencia de recursos, estamos ante un cuadro paradójico de estancamiento de la producción y productividad y una disminución del financiamiento de la salud, en un contexto de varios años de reactivación económica. En otras palabras, se viene desandando lo construido, que ya era aún insuficiente, pese a la posibilidad de un apogeo del sistema de salud peruano.

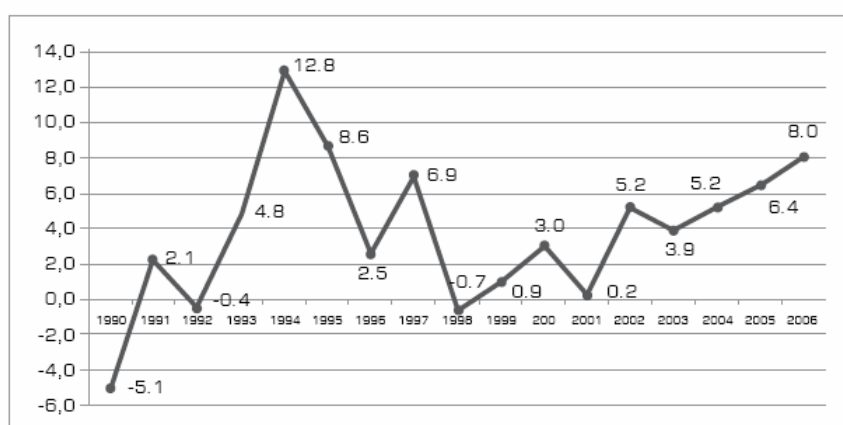
Empecemos examinando las cifras objetivas del financiamiento de la salud en el Perú en los últimos años.

3. ¿Por qué la vida vale menos en el Perú? El insuficiente gasto en salud.

Como ya ha sido demostrado en la literatura nacional e internacional, el gasto en salud de un país es un indicador de la ética de una nación, y en particular del valor de la vida, de la muerte, del cuerpo, del bienestar, para la población de un país, expresados en su cultura sanitaria y social.

El gasto público en salud más bien refiere a las valoraciones que hacen quienes toman las decisiones de políticas públicas en salud sobre el valor de la vida de los demás, como también la tolerancia a los riesgos y daños admitidos por estos decisores como normales en un país.

Perú: Variación porcentual del PBI real



Fuente: BCR, 2007. 3/ Cifra preliminar.

La actual evolución económica del Perú otorga la posibilidad de, por fin, vivir una etapa de expansión del gasto en salud y del gasto público en salud. El Producto Bruto Interno, cuantificado en millones de nuevos soles a precios de 1994, ha crecido de 82,032 millones en 1990 a 121,057 millones el año 2000 y a 160,383 millones el año 2006. El PBI per cápita, también en nuevos soles a precios de 1994, igualmente ha crecido, aunque menos, de 3,771 soles en 1990 a 5,822.3 soles el 2006. Las variaciones porcentuales del PBI real muestran que luego del decrecimiento en 1998 (-07%) estamos en una curva de ascenso: 3% el 2000, 0.2% el 2001, 5.2% el 2002, 3.9% el 2003, 5.2 el 2004, 6.4% el 2005 y 8.0% el 2006.

Las cifras sobre el gasto en salud del Perú muestran sin embargo que no se valora la salud y la vida en la misma medida que en otros países latinoamericanos. El gasto en salud per cápita peruano para los años 2000-2004, según cifras del Banco Mundial, fluctúa alrededor de los 100 dólares, ubicándose por debajo del promedio latinoamericano, que se hallaba el 2004 en 272 dólares. Son, lamentablemente, las últimas cifras disponibles, pero esto no ha variado.

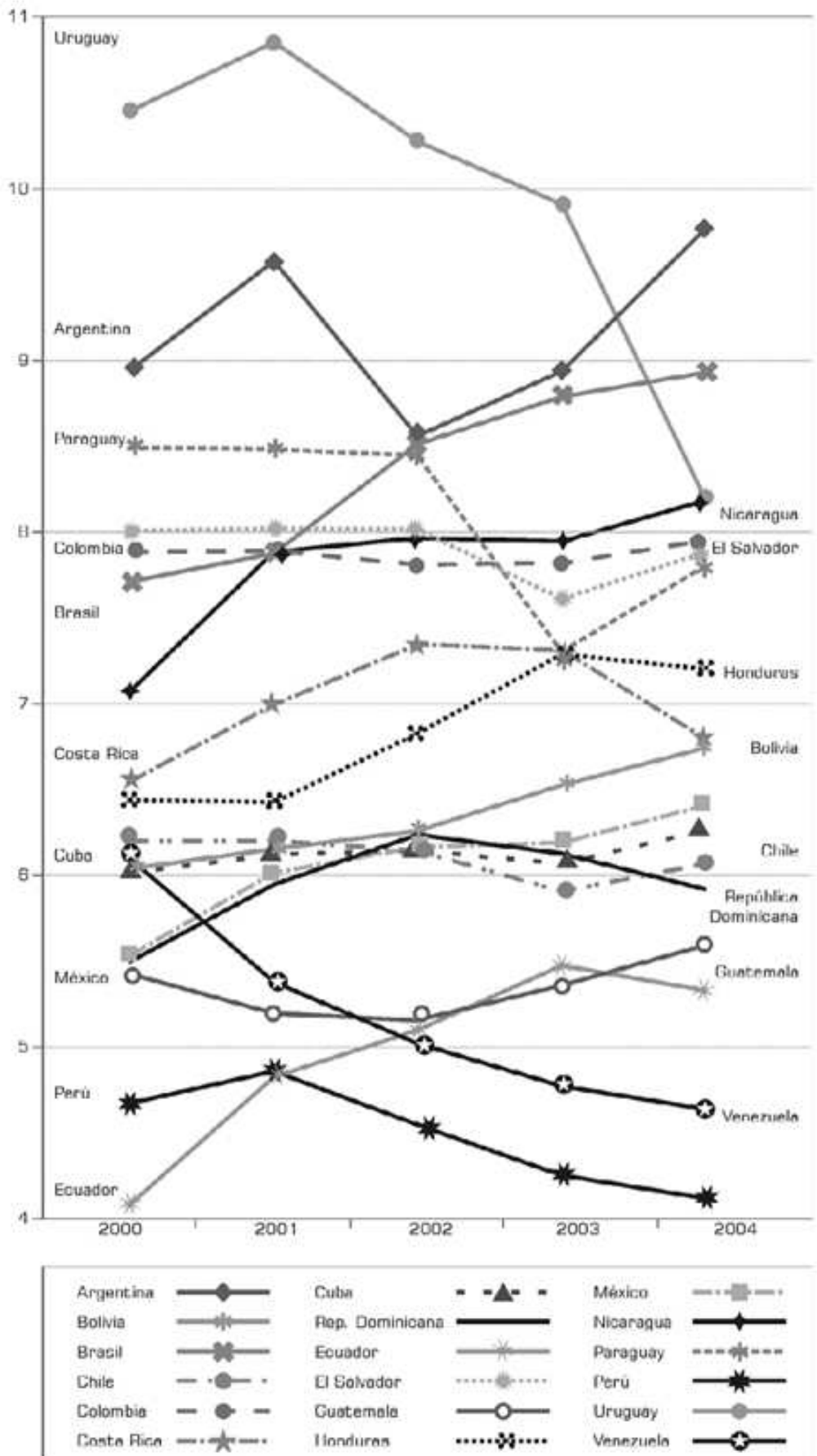
América Latina: Gasto per capita en salud 2000-2004 (US \$)

Países	2000	2001	2002	2003	2004
Argentina	689.5	687.1	232.4	304.8	382.9
Bolivia	61.3	60.5	59.6	61.1	65.8
Brasil	263	224.4	214.8	243.2	289.5
Chile	307.4	279.6	265.1	279.2	359
Colombia	152.2	147.3	141.4	137.5	168.3
Costa Rica	263.5	285.4	300.9	304.5	289.7
Cuba	176.3	187.2	198.7	211.6	229.8
Ecuador	53.8	80.9	97	118.6	127.3
El Salvador	167.8	173	175.6	171.7	183.8
Guatemala	95.7	99.8	104	111.7	126.9
Honduras	60.2	63.4	66.9	72.2	77.1
Latinoamérica y el Caribe	267.03	260.01	223.51	236.47	272.21
México	327.3	370.9	394.2	394.6	424.3
Nicaragua	56.5	61.8	61.6	62.1	67.1
Paraguay	119.2	102.2	80.5	74.5	88.4
Perú	96.5	101.2	98.3	94.7	103.7
Rep. Dominicana	155.5	172.4	185.6	141	148.1
Uruguay	630.6	597.3	373.1	322.7	314.7
Venezuela	298.7	258.1	182.9	153.5	195.6

Fuente: Banco Mundial, World Development Indicators),
<http://devdata.worldbank.org/hnpstats/query/default.html>, (10/3/07)

Otro indicador que demuestra la poca importancia otorgada a la salud es el gasto en salud como porcentaje del PBI, en que el Perú ocupa el último lugar de América Latina entre el 2001 y el 2004, con una tasa promedio de 4.5%. Solamente Ecuador presentaba un gasto menor que el peruano durante el año 2000, pero cuatro años más tarde, subió y dejó a Perú en el último lugar. Además de esto debe notarse la tendencia decreciente del gasto peruano desde el 2001 que, lejos de acercarse a la media de la región, empieza a disminuir hasta llegar a su menor nivel en el 2004.

América Latina: Gasto total en Salud (% del PBI)



Fuente: Banco Mundial, WDI Database (World Development Indicators), <http://devdata.worldbank.org/hnpstats/query/default.html>, (10/_/0_)

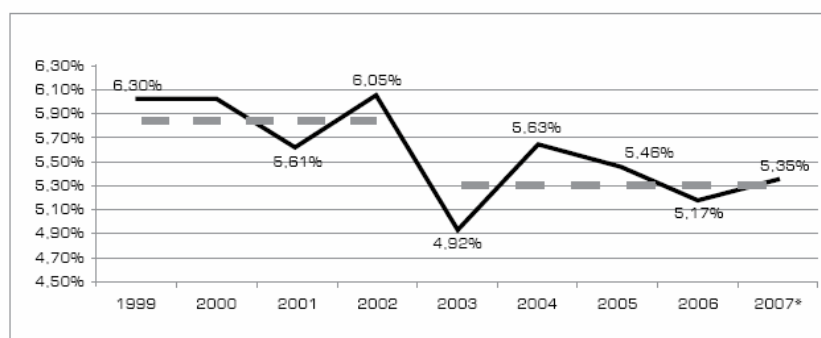
2 SIAF. <http://ofi.mef.gob.pe/transparencia/default.aspx>

Como se sabe, un país puede tener un gasto en salud alto, expresado en un alto per cápita en salud, pero con un gasto público bajo, en virtud de un gasto en salud privado alto. Es el caso de Argentina o Uruguay. Puede haber un país al revés, con un gasto en salud alto, fruto de un gasto público alto, el caso de Cuba. El Perú tiene un gasto en salud bajo y un gasto público en salud bajo. Esto se explica porque en el Perú los hogares y no el gasto público solventan la mayor parte del gasto en salud, por lo que, existiendo niveles altos de pobreza, el esfuerzo de los hogares no redundará en un gasto en salud y un gasto per cápita relevantes.

La situación del gasto público en salud en los últimos años es de crecimiento del gasto público nominal pero disminución del peso del gasto público en salud respecto al gasto público total. La revisión de las cifras del Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF) revela que el gasto público nominal en salud ha registrado un continuo crecimiento en los últimos 8 años, pasando de 1.643.402.351,82 soles en 1999 a 1.727.158.614,93 el año 2000, 1.938.662.537,21 soles el 2001, 2.135.299.017,52 soles el 2002, 2.080.729.635,17 el 2003, 2.379.803.926,80 soles el 2004, 2.460.430.550,00 el 2005 y 2.580.289.899,53 el 2006.² Sin embargo, este crecimiento ha sido menor que el aumento registrado por el gasto público total ejecutado.

El gasto público en salud como porcentaje del gasto público total ha retrocedido. El presupuesto del Estado ha crecido pero no de igual manera el del Ministerio de Salud. Los años 1999 y 2002 fueron aquellos en que el gasto en salud fue mayor en el presupuesto público: 6,03% y 6,05% respectivamente. En el 2003, sin embargo, se registró el menor gasto de la serie observada con un 4,92%, tras lo cual en los siguientes años no remontó hasta los niveles más altos anteriores, siendo de 5,63% el 2004, 5,46% el 2005, 5,17% el 2006 y 5,35% hasta agosto del 2007. En general hay una caída en la tasa promedio de gasto en salud a 5,3% para el periodo 2003-2007. Esto quiere decir que los demás sectores del Estado se vienen beneficiando mejor de la ampliación del presupuesto público.

Gasto Público en salud como porcentaje del Gasto Total



* Porcentaje calculado con cifras de enero a agosto de 2007
Fuente: SIAF (Sistema Integrado de Administración Financiera), <http://ofi.mef.gob.pe/transparencia/default.aspx>, (10/7/07).

De otro lado, el gasto público en salud, comparado en América Latina, es limitado. El Perú no está en el tercio superior entre aquellos que tienen un mayor

gasto público que un gasto privado en salud. Según data del Banco Mundial, el 2004 el gasto público en salud en el Perú era del 46,9% del gasto total, rubro en el cual es superado por Chile (47,0%), Nicaragua (47,1%), Brasil (54,1%), Honduras (54,9%), Bolivia (60,7%), Costa Rica (77%), Colombia (86,0%) y Cuba (87,8%).³

Banco Mundial. <http://devdata.worldbank.org/hnpstats/query/default.html>,

Se puede afirmar, en base a estas cifras del gasto público en salud 2000-2007, que entre los decisores y las capas sociales que influyen en la marcha nacional, se ha difuminado la ética de valorización del cuerpo como fuente de plusvalor, que fundamentó el élan bismarckiano con el que se expandió el Seguro Social y el MINSA entre los años 60s y 80s, e incluso el élan neopopulista fuji-morista, de los 90, que expandió la cobertura institucional de atenciones en la lógica de “un atendido - un voto”. Se ha ingresado a una paradójica situación de estancamiento del gasto público en salud en medio de un ciclo de expansión económica.

4. ¿No es regresivo el retroceso relativo de la consulta institucional y la ampliación de los no consultantes?

La información proporcionada por las Encuestas Nacionales de Hogares tomadas entre los años 1994 y 2005 arroja un panorama caracterizado por la retracción de la demanda de consulta institucional y la ampliación de los no consultantes, en particular aquellos que no pudieron acceder a una atención. Esto quiere decir que una amplia franja poblacional con necesidades en salud no puede convertirla en demanda efectiva de atención.

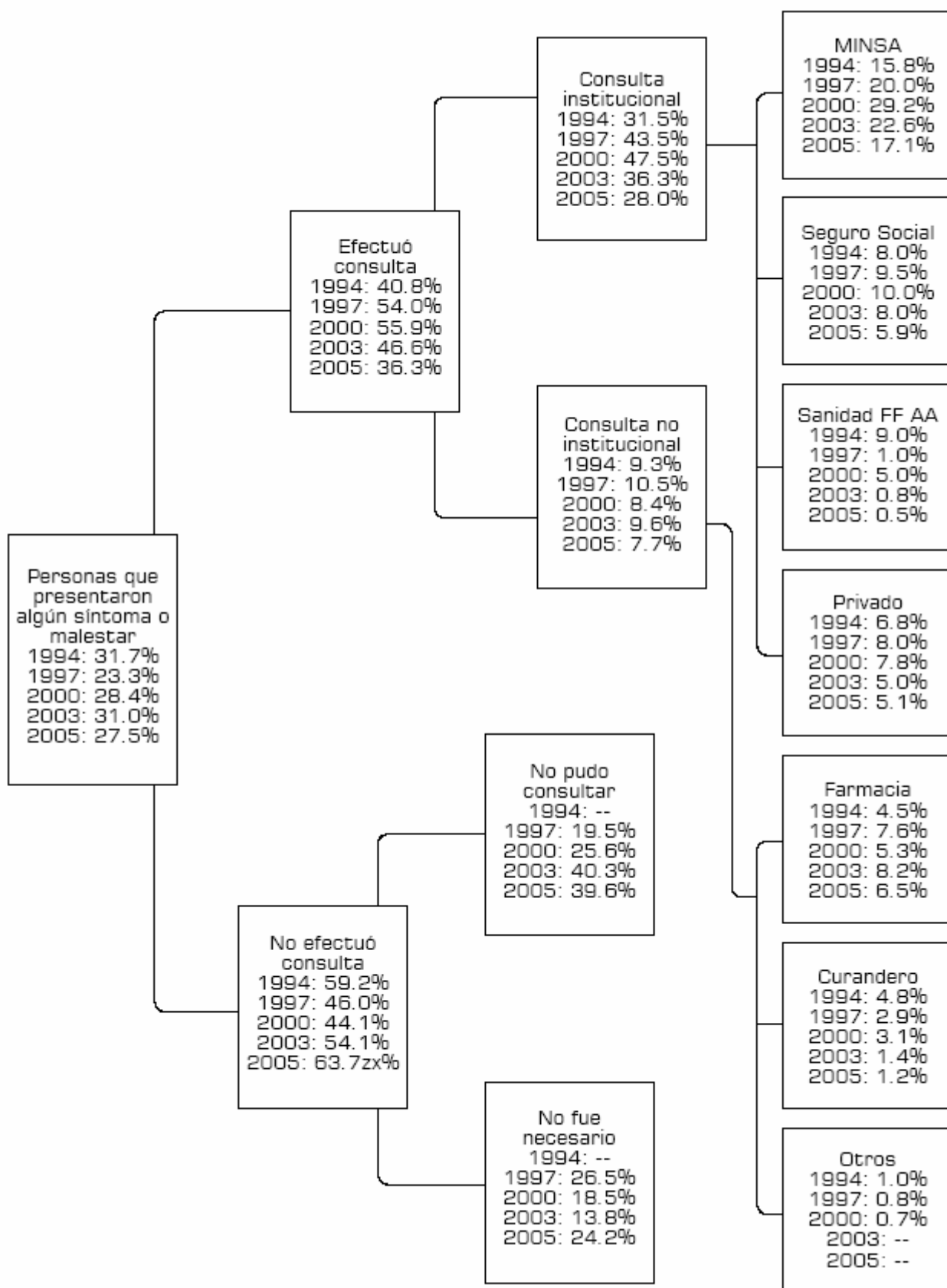
La necesidad o demanda potencial de atendidos en el Perú está constituida por quienes manifestaron año a año que en las últimas semanas/meses habían tenido algún síntoma o malestar de salud. Entre 1997 y el 2005 esta franja comprende aproximadamente a un cuarto de la población, variando entre el 23.3% de 1997 y el 33.5% del 2004. El hipo de 60.3% del 2001 necesariamente debe remitirse a problemas técnicos de la encuesta. Es curioso que pese a que esta pregunta en las ENAHO no tiene los mismos periodos de referencia, las respuestas no tengan una variación notable. En general se puede decir que entre el 25 y 30% de la población debe ocuparse de atender algún problema de salud, lo que significa una merma significativa en el capital productivo del país.

Lo preocupante para el diseño de políticas públicas en salud es que la demanda efectiva en salud, esto es, la franja que efectuó consulta, ha retrocedido en los últimos años (46.6% el 2003 y 36.3% el 2005), luego de alcanzar su pico entre 1997 (54%) y el 2000 (55.9%). En forma simétrica, los que no efectuaron

consulta han aumentado, del 44.1% en su punto más bajo, el año 2000, al 54.1% el 2003 y 63.7% el 2005.

El mismo fenómeno se aprecia con la consulta institucional y la consulta no institucional, pues ambas han disminuido en los últimos años. La consulta institucional era del 43.5% en 1997 y 47.5% el 2000, pero bajó al 36.3% el 2003 y 28% el 2005. La tendencia de la demanda por servicios de consulta institucional ha presentando una tendencia decreciente desde el año 97 hasta el 2005, habiendo disminuido en 15.5 puntos porcentuales en dicho lapso de tiempo. Este descenso también ha sido acompañado por un descenso de la consulta no institucional (curanderos, hueseros, farmacias), si bien en este caso se trata de una caída más moderada, del 10.5% en 1997 al 7.7% el 2005. Lo que aumenta, se puede observar, es la franja que no efectuó consulta y no porque no la consideró necesaria sino porque no pudo consultar, que pasó del 19.5% en 1997 al 39.6% el 2005.

Demanda y utilización de servicios de salud



Desagregando la consulta institucional según tipo de proveedor, tanto el MINSA como ESSALUD y el sector privado tienen el mismo patrón de comportamiento: vivieron su punto de mayor expansión entre 1997 y el 2000 y desde ahí declinaron. La población consultante en los establecimientos del MINSA retrocedió en 12 puntos porcentuales entre los años 2000 y 2005; la fracción de la población que acude a los establecimientos de ESSALUD desde el año 2000 experimentó una disminución de 4 puntos porcentuales; y la atención en espacios privados descendió también en casi 2.7 puntos porcentuales entre el 2000 y el 2005.

Estos datos recogidos mediante encuestas periódicas en la población contradicen sin embargo los datos procedentes de la oferta, que muestran la multiplicación exponencial de las atenciones y los atendidos. ¿Por qué la mayor producción de los servicios públicos no logra dejar huella en forma iterativa en las encuestas nacionales del propio Estado? ¿Por qué la data del MINSA, desde la oferta, no coincide con la data del Instituto Nacional de Estadística e Informática, desde la población? Esta es una paradoja que llama la atención sobre la calidad de la data registrada por los sistemas de información y monitoreo del Estado, que no tiene una real auditoría de calidad. La verdad, la data del Sistema de Información del MINSA (HIS) siempre ha sido considerada por eso discutible por la ausencia de un control de calidad.

Sin embargo, todos los estudios de utilización de servicios realizados en el país han logrado de alguna manera reconstruir las etapas en la evolución del sistema de salud peruano: crisis de la producción de atenciones y consultas entre 1989 y 1991, ascenso a todo lo largo de los 90, crisis el 2001 y finalmente una etapa de recuperación de las atenciones y atendidos en los años 2001-2005 pero hasta un nivel que no rebasa cualitativamente los niveles de producción dejados a finales de los 90. Conforme a las cifras del propio MINSA, sus servicios produjeron el 2001, 37,380.339 de atenciones para 9,395.386 de atendidos; el 2002 54,042.744 de atenciones para 13,065.696 de atendidos; el 2003 57,114.133 atenciones para 13,425.242; el 2004 56,940.121 para 13,485.083; y el 2005 58,768.122 de atenciones para 13,852.029 atendidos. En síntesis, hay un estancamiento de la producción del Ministerio, cuya población objetivo abarca al 65% de la población peruana.

Todo esto quiere decir que se ha debilitado en los últimos años el sistema público de salud como retaguardia última en defensa de la vida. No hemos vivido ni una reestructuración del sistema de servicios ni un repotenciamiento operativo importante en lo que va de los años 2000. En realidad, la definición clásica de la salud hecha por la OMS en 1948, conceptuándola como bienestar físico, espiritual e integral, desplaza al sistema de salud del terreno exclusivo de la atención de la enfermedad y lo adentra en el terreno de la calidad de vida, que es responsabilidad general del Estado y la sociedad. La mayoría de salubristas defendemos esta concepción amplia de la salud, lo que se expresa en el requerimiento de políticas de salud no sólo curativas sino preventivas y de promoción de la salud. Pero una cosa son nuestros deseos y nuestro enfoque, y otra la realidad de que partimos. Y en la situación específica de nuestro país - y la de la mayoría de países subdesarrollados - la sociedad genera más daños y riesgos que factores protectores y el sector salud funciona a la defensiva, como retaguardia última en defensa de la vida, porque no ha virado hacia la atención primaria en salud sino muy parcialmente. Es esta función básica

la que se viene debilitando, por que la otra, preventiva promocional, ha sido débil siempre.

Es cierto que un país puede tener una situación de salud a la defensiva y una política sanitaria no defensiva, no solo asistencial, sino más bien proactiva, preventiva y promocional, además de curativa, como muestran los países subdesarrollados con un fuerte gasto público en salud y sistemas públicos en permanente tensión y reorientados hacia fuera. Pero éste no viene siendo el caso peruano, en que la desprotección es grande y el sector salud no tiene un proyecto claro ni equipos de gestión que le permitan un desempeño óptimo. De esta forma, no solo no puede avanzar hacia modelos de atención superiores sino tampoco puede resguardar lo básico, lo que hace que su estancamiento y crisis ponga en riesgo no solo el desarrollo de capacidades en general, sino el piso básico para este desarrollo.

En verdad, para el sentido común de toda la población la función del sector salud no es todo el bienestar integral, sino esta base de todo el edificio del desarrollo de capacidades. Esto es lo que hace la diferencia entre este portafolio y los demás Ministerios, pues todos tratan en general de la calidad de vida, y buscan afectarla positivamente, pero más allá de que lo logren, en el caso de salud, la calidad de la formulación y gestión de las políticas públicas de salud afecta la vida misma, pues amplían o reducen la base sobre la cual actúan todos los otros determinantes de la vida social, política, económica y cultural, dañando o mermando cuerpos, vidas y potencialidades. Lo funesto entonces es que cuando un sistema de salud regresiona en forma importante en su desempeño, comienza a convertirse en un riesgo y productor de daños, creando cada vez más problemas de salud en proporción a los que resuelve, como ha venido sucediendo. Es más, lo paradójico del panorama nacional actual es que el ciclo de expansión económica permite iniciativas sobre determinantes de la salud desde fuera del sector salud, como los programas “Agua para Todos” y Crecer, mientras el sector abanderado del tema no sólo no ha logrado poner en un primer plano la promoción de la salud sino disminuido su capacidad curativa.

Esto quiere decir, entonces, que hay que tener el doble cuidado con la gestión del sector salud, pues su retroceso, si es serio, deja sin retaguardia última a la población pobre y vulnerable. Y ello se expresa en millones de horas perdidas y de años de vida cortados, suplementarios a los que normalmente la pobreza y la vulnerabilidad le cobran a la nación.