

FORO DE LA SOCIEDAD CIVIL
EN SALUD

HACIA UNA REFORMA SANITARIA
POR EL DERECHO A LA SALUD

Lima, febrero de 2005
Impreso en el Perú

© ForoSalud
Av. Los Incas 603, 2do. piso, San Isidro
Teléfonos: 422-6137 / 222-3757
www.forosalud.org.pe

© Consorcio de Investigación Económica y Social
Observatorio del Derecho a la Salud
Ántero Aspillaga 584, San isidro
Teléfonos: 421-8082 / 421-7896
www.consortio.org

Edición y corrección de estilo: Luis Andrade Ciudad
Arte de carátula: Roni Heredia

Hecho el Depósito Legal N° 1501162005-0541
Impreso por Ediciones Nova Print S.A.C.

ISBN 9972-804-34-8

Los auspiciadores no comparten necesariamente las opiniones vertidas
en el presente libro que son de responsabilidad exclusiva de ForoSalud.

Contenido

Presentación	15
Introducción	19
CAPÍTULO 1	
POR UNA NUEVA AGENDA SANITARIA NACIONAL	23
1. Más recursos para la salud	25
2. Agenda global sanitaria y social: políticas económicas saludables	26
3. Hacia un nuevo modelo de protección social en salud	27
4. Reforma democrática y descentralista en salud	28
5. Sistema público integrado, descentralizado y participativo de salud	28
6. Seguro Público Unificado y Plan Garantizado de Salud	29
7. Prioridades sanitarias: nutrición, educación, medio ambiente y agua segura como compromisos inmediatos	30
8. Una gestión sanitaria en ámbitos geográficos poblacionales	31
9. Vigilancia social de las políticas públicas y los servicios	32
10. Ejercicio ético de la función pública y responsabilidad cívica	33
CAPÍTULO 2	
SITUACIÓN DE SALUD: EL DESFASE DE LA AGENDA SANITARIA	35
1. La reproducción social de daños evitables	36
2. La gestión del territorio y del ambiente como políticas de salud de gran impacto	39

3. La gestión del espacio urbano: los riesgos de vivir en la ciudad	41
4. La gestión social de la política de salud: salud y exclusión social	42
5. Mayoría adulta, envejecimiento poblacional y cambios en el perfil epidemiológico del Perú	44
6. Una visión sistémica del proceso salud-enfermedad-cuidado de la salud para un nuevo escenario de la salud	45

CAPÍTULO 3

EL MODELO DE PROTECCIÓN SOCIAL, LA ECONOMÍA DOMÉSTICA Y LA RESPUESTA NO INSTITUCIONAL EN SALUD	49
1. El modelo de protección social en salud: los “regímenes de bienestar” en los países que no tienen un Estado de Bienestar	50
2. Economía doméstica y respuesta no institucional en salud en el Perú	52
2.1 Las readecuaciones del modelo familiar y las opciones demográficas ante la debilidad del Estado	53
2.2 Peso y dinámica de la economía doméstica en la salud	57
2.3 El cuidado extradoméstico no institucional de la enfermedad	61

CAPÍTULO 4

LA RESPUESTA INSTITUCIONAL EN SALUD EN EL PERÚ	65
1. La pobreza presupuesta: el descuido de la salud como política de Estado efectiva	66
2. La segmentación: el dispendio pese a la escasez y la baja rectoría	68
3. La lógica asistencial: la organización de los servicios para la atención por episodios	72
4. Las exclusiones e inequidades consentidas: ciudadanías truncas y diferenciadas	73
5. Salud sin intersectorialidad ni rectoría: el ensimismamiento sectorial, la desregulación y el silencio sobre las causalidades	76

CAPÍTULO 5

PRINCIPIOS RECTORES Y VISIÓN DE LA REFORMA SANITARIA	85
1. Nuestra visión	86
2. Salud y democracia	87
3. El derecho a la salud en la base de los principios sanitarios	88
4. Reformulando los principios sanitarios	92
4.1 Universalidad e interculturalidad en salud	92
4.2 Equidad e inclusión	93
4.3 Democracia participativa y descentralización	97

CAPÍTULO 6

REFORMA DEMOCRÁTICA Y DESCENTRALISTA EN SALUD	99
1. Democratización de la gestión pública en salud	99
1.1 Fundamentos de un nuevo régimen institucional democrático en salud	100
1.2 Por una reforma democrática en salud	104
2. Descentralización en salud: construir un camino hacia la democratización sanitaria	109
2.1 El enfoque de la sociedad civil acerca de la descentralización: competitividad, gobernabilidad y desarrollo humano	111
2.2 El nuevo ordenamiento legal que relanzó el proceso de descentralización en el Perú	111
2.3 Proceso de transferencia a las regiones	114
2.4 Balance del primer año y medio de descentralización	115
2.5 El limitado proceso actual de descentralización en salud en el Perú	117
2.6 Nuestra propuesta: la descentralización en salud como estrategia democratizadora y articulada a la descentralización del país	120
3. Descentralizar salud democratizando la institucionalidad en todos los niveles	121
4. Adecuar la descentralización sectorial en función de la nueva estructura regional y local	123
5. Mantener los CLAS adecuándolos al nuevo esquema descentralizado a nivel regional y local	124
6. Iniciar la descentralización en salud en Lima-Callao	124

CAPÍTULO 7

LA REFORMA PROGRAMÁTICA Y LA NECESIDAD

DE UNA METODOLOGÍA PARTICIPATIVA PARA LA ESTIMACIÓN

DE LAS PRIORIDADES SANITARIAS	125
1. Formular prioridades sanitarias desde la vida y la salud	130
2. Prioridades sanitarias que comprometen la generación de capacidades y desarrollo para las nuevas generaciones de peruanos	132
2.1 Primera prioridad sanitaria. Mejora de las condiciones de vida en la población materno-infantil-adolescente	132
2.2 Segunda prioridad sanitaria. Mejora sustancial de la salud del adulto	135
3. Prioridades sanitarias que representan problemas inconclusos de la “vieja agenda sanitaria”	140
3.1 Tercera prioridad sanitaria. Recuperar la capacidad de control de espacios ecológicos críticos	140
3.2 Cuarta prioridad sanitaria. Recuperar y hacer sostenible la capacidad de respuesta del Estado frente a intervenciones esenciales de salud	143

CAPÍTULO 8

LA REFORMA DEL MODELO DE ATENCIÓN

1. Consideraciones sobre el modelo de atención de la salud	145
2. Situación actual de los modelos de atención en el Perú	147
2.1 Características de los modelos de atención predominantes en los servicios de salud	147
2.2 Características de los modelos de cuidado de la salud en la población	149
2.3 Situación de los modelos de atención en cada subsector	151
3. Lineamientos generales de política	159
3.1 Abordaje integral de la política social y del desarrollo mediante una reforma democrática profunda del Estado y de su relación con la ciudadanía, así como de un nuevo sistema de protección social	159

3.2	Reforma del modelo de atención en todos los subsectores, con un nuevo modelo basado en una atención integral y familiar brindada en el ámbito institucional, no institucional y familiar, y con ampliada participación ciudadana	161
3.3	Promover una nueva cultura de salud en el país, basada en el reconocimiento de los derechos y las responsabilidades de las personas, las instituciones y el Estado, así como en el cuidado integral de la salud	165
3.4	Adecuar la organización de los servicios de salud a las necesidades de la población y basarla en redes de salud de cuidados primarios de la salud y redes de servicios hospitalarios	166
3.5	Garantizar la adecuación de los diversos factores de producción de servicios de salud, interviniendo y regulando sus mercados —formación de recursos humanos en salud, medicamentos e insumos médicos—	167
3.6	Asegurar ambientes saludables y seguros, a través del fortalecimiento de la regulación de las actividades productivas y sociales	168

CAPÍTULO 9

PRIORIZACIÓN PRESUPUESTAL DE LA SALUD Y SEGURO

PÚBLICO UNIFICADO

	PÚBLICO UNIFICADO	169
1.	Aumentar los recursos destinados a salud, promoviendo la equidad y el derecho a la salud	169
1.1	Aumentar el financiamiento del tesoro público	171
1.2	Gestionar una mayor cooperación internacional en salud en forma de donaciones o préstamos blandos	172
1.3	Establecer nuevos mecanismos para que quienes pueden hacerlo, aporten económicamente a la salud	172
2.	Universalizar la atención de la salud marchando hacia un seguro público unificado, administrando los recursos de salud en un solo fondo para aumentar la eficiencia y equidad	173

3. Afirmar el Seguro Integral de Salud (SIS) como forma de reducir las barreras económicas que limitan el acceso a la salud	176
4. Mejorar la gestión de los recursos, distribuyéndolos de acuerdo con las prioridades para reducir las inequidades y lograr los mayores resultados posibles	177
4.1 Fondos para salud pública	177
4.2 Fondos para el primer nivel de atención e intervenciones costo-efectivas	178
4.3 Fondos para las regiones y provincias más necesitadas y pobres	178
5. Los mecanismos de pago: la forma de entrega de los fondos para promover eficiencia	179
5.1 Asignando recursos a los distintos niveles de gobierno	180
5.2 Mecanismos financieros para mejorar la equidad y promover tanto la rendición de cuentas como la eficiencia	181

CAPÍTULO 10

LA REFORMA EN EL CAMPO DE LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD	183
1. El campo de los recursos humanos	183
2. El panorama de los recursos humanos comunitarios en salud	184
2.1 Recursos humanos en salud en el ámbito individual y familiar	184
2.2 Recursos humanos en salud en las organizaciones sociales	185
2.3 Los promotores de salud	188
2.4 Dificultades relacionadas con la capacitación	189
2.5 Dificultades relacionadas con el trabajo voluntario	189
2.6 Dificultades relacionadas con el trabajo con el personal de salud y de otras instituciones o proveedores de salud	190
3. El panorama de los recursos humanos institucionales en salud	191
3.1 Disparidades en la disponibilidad de recursos humanos en salud	191

3.2	El sector público como principal empleador	191
3.3	Recursos humanos distribuidos con criterios centralistas e inequitativos	191
3.4	Condiciones de trabajo precarizadas	192
3.5	La capacitación del personal de salud en actividad no logró los resultados esperados	192
3.6	Gestión de recursos humanos fragmentada	194
3.7	Inestabilidad en los cargos directivos y anulación de la carrera pública	194
3.8	Formación de recursos humanos en salud: sobreoferta y desregulación	195
4.	Balance de las políticas y propuestas del MINSA sobre recursos humanos en salud	195
4.1	Lo que se propuso y lo que logró el MINSA en recursos humanos en salud	195
4.2	La propuesta actual del Consejo Nacional de Salud para el desarrollo de los recursos humanos	197
5.	Desafíos del desarrollo de recursos humanos en salud	198
6.	Propuestas para el desarrollo de recursos humanos en salud	200
6.1	Desarrollo de recursos humanos comunitarios en salud	200
6.2	Desarrollo de recursos humanos institucionales en salud	200

CAPÍTULO 11

CALIDAD Y SATISFACCIÓN DEL USUARIO EN EL CONTEXTO DE LA REFORMA Y MODERNIZACIÓN DE LA GESTIÓN	203
1. Las dimensiones macro y micro de la calidad y el sistema de salud	203
2. El valor relativo de los sistemas de aseguramiento de la calidad	204
3. Caracterización de la calidad del sistema de salud peruano	205
3.1 Los sistemas de garantía de la calidad en el sector salud peruano	210
3.2 El rol y la responsabilidad de los actores sociales	211
4. Propuestas de acción y de cambio	212

4.1	Propuestas en la dimensión macro del sistema de salud	212
4.2	Propuestas en la dimensión micro de la provisión de servicios y cuidados de salud	214
DECLARACIÓN POLÍTICA DE LA		
II CONFERENCIA NACIONAL DE SALUD		219
HACIA UNA REFORMA SANITARIA POR EL DERECHO A LA SALUD		221
I.	Salud en situación crítica	222
1.	Más recursos y más atención política y social para la salud	222
2.	Por una nueva estrategia de desarrollo que promueva la salud	223
3.	Readecuación programática en función de una Nueva Agenda Sanitaria	224
II.	Democracia en salud	224
4.	Reforma democrática y descentralista en salud	224
5.	Por una sociedad civil democrática, participativa y vigilante	225
6.	Combate frontal contra la corrupción	226
III.	Equidad, inclusión y modernización en salud	226
7.	Por un Seguro Público Unificado que sustente un Plan Garantizado de Salud con cobertura universal	226
8.	Por un sistema público integrado, descentralizado y participativo de salud	227
9.	Hacia un nuevo modelo de atención integral con una gestión sanitaria en ámbitos geográficos poblacionales y con prioridades basadas en la equidad	228
10.	Desarrollo de recursos humanos y de la calidad de los servicios de salud	229

Presentación

El Foro de la Sociedad Civil en Salud (ForoSalud) es un movimiento plural de la sociedad civil integrado por personas, organizaciones e instituciones comprometidas con la promoción del ejercicio pleno de la ciudadanía, para garantizar el derecho a la salud en el marco de los derechos humanos y así contribuir al desarrollo del país con justicia social, equidad y solidaridad.

En el año 2002 realizamos la I Conferencia Nacional de Salud con el eje *La salud, un derecho para todos y todas*, que concluyó en una declaración política asumida por más de 200 organizaciones y cerca de 1.600 personas participantes. Esta conferencia se convirtió, así, en un hito en la salud pública del país, y en ella se eligió al primer consejo directivo de ForoSalud.

Desde entonces, y bajo la visión de legitimarnos como un *movimiento social, nacional y descentralizado de la sociedad civil con capacidad para vigilar, proponer y modificar políticas públicas que garanticen el derecho a la salud, asegurando la activa participación de la población y el ejercicio pleno de su ciudadanía*, se inició la II Conferencia Nacional de Salud con un doble desafío: por un lado, la descentralización de la sociedad civil a partir de la articulación e impulso de los Foros Regionales —17 conformados en la actualidad— y, por otro, el aporte a las políticas sanitarias nacionales y regionales, a través de la formulación de diagnósticos y propuestas, la participación en el Consejo Nacional de Salud y los Consejos Regionales de Salud, el apoyo a las iniciativas de las mesas temáticas y el establecimiento de una comisión de trabajo para elaborar el documento base de discusión del programa para la II Conferencia.

En esta oportunidad ForoSalud presenta a la sociedad peruana el libro *Hacia una reforma sanitaria por el derecho a la salud*, donde se exponen las principales ideas sobre los lineamientos de políticas de salud que se propusieron y discutieron en esa conferencia y que sustentan la Declaración Política aprobada en esa oportunidad. Adicionalmente, en cada región donde ForoSalud tiene presencia se han desarrollado procesos de formulación de lineamientos de política regional, a partir de diagnósticos participativos, priorización de problemas de salud y propuestas de intervenciones. Los Foros Regionales han publicado en diferentes formatos estos procesos de construcción social de ámbito descentralizado, los que están disponibles en la página web de ForoSalud.

Esta publicación es parte de un proceso de construcción colectiva. Durante el primer semestre de 2004 trabajó intensamente la Comisión Programática de ForoSalud. Esta comisión estuvo conformada por un grupo de asociados y asociadas que trabajaron con gran empeño y profesionalismo: Juan Arroyo, Carlos Bardales, Víctor Carrasco, Julio Castro, Víctor Cuba, Pedro Francke, Ana Güzemes, Silvia Loli, Juan Pablo Murillo y Alfonso Nino. Realizar este trabajo de equipo implicó un conjunto de desafíos. El primero fue articular un equipo interdisciplinario; el segundo fue que aunque estábamos animados por un objetivo común, teníamos visiones diferentes de la reforma sanitaria; el tercero fue superar la idea de lineamientos sectoriales para pensar en cómo la sociedad y el Estado se organizan para hacer realidad el derecho a la salud. En un segundo momento se buscó que el trabajo de la comisión no fuera solamente un trabajo de gabinete. Así, para recoger las opiniones de los distintos grupos y personas interesados en la salud pública peruana, se prepublicaron los trabajos parciales en el sitio web de ForoSalud y se realizó un taller en Lima donde varias decenas de personas y organizaciones de la sociedad civil participaron realizando aportes y corrigiendo los documentos preliminares. A ello se sumó la contribución de 15 mesas temáticas.

La II Conferencia Nacional de Salud se llevó a cabo en la primera semana de agosto del 2004. Esta conferencia ha significado un enorme avance en el movimiento sanitario peruano, por la confluencia entre un amplio y multifacético movimiento de la sociedad civil con la presencia de organizaciones sociales y líderes locales, organizaciones no gubernamentales, colegios profesionales, universidades, mesas y coaliciones temáticas, personas interesadas, etcétera. La conferencia se constituyó, asimis-

mo, en un hito en el proceso de relación entre el Estado y la sociedad civil, a diferencia de la primera versión. Esto quedó evidenciado con la presencia de la ministra de Salud, Pilar Mazzetti, y con la participación oficial de cuarenta funcionarios del nivel directivo del MINSA. En su discurso inaugural, la ministra hizo público su compromiso con un enfoque de derechos en las políticas de salud y resaltó la necesidad de construir consensos para solucionar los problemas de salud.

El aporte de la II Conferencia Nacional de Salud ha sido principalmente iniciar una confluencia entre los balances y propuestas regionales, los de las mesas temáticas y los planteados por la comisión programática. Tarea exigente, por los esfuerzos que demanda, pero gigantesca en sus consecuencias. Porque es precisamente allí, en el encuentro entre los movimientos de bases, articulados regional y temáticamente con la política de salud, donde radican las posibilidades de transformar la salud pública peruana. La historia nos ha mostrado una y otra vez los enormes problemas de nuestra salud pública, que no protege el derecho a la salud en forma efectiva, con un presupuesto limitado, un sistema de salud fragmentado y un modelo de atención escasamente articulado con la población.

La transformación de la salud pública peruana en un sistema potente, con capacidad efectiva de promover y cuidar la salud, con fuerza política y social y con eficiencia en su acción, depende crucialmente de que logremos articular un movimiento social con propuesta programática. Debemos construir una fuerza social que actúe marcando la pauta de la transformación que se necesita, en el Estado y en la sociedad, para lograr el derecho a la salud que los peruanos y peruanas merecemos. Esa es precisamente la tarea que se ha impuesto ForoSalud, y en ella la II Conferencia Nacional de Salud ha representado un avance significativo.

El presente libro busca contribuir, con su grano de arena, a estos esfuerzos. Es una presentación ordenada y sistemática del balance que desde ForoSalud hemos hecho de las políticas de salud peruanas y de las propuestas que planteamos para su reorientación. Proponemos una reforma sanitaria porque los intentos de reforma de los noventa no tuvieron ni la orientación ni la fuerza necesarias, y porque consideramos que para democratizar la política de salud peruana, no se trata solamente de cambiar el "sector", entendido como el aparato público sectorial, sino el Estado y la sociedad, y la relación entre ambos. Planteamos que el norte de esa reforma sanitaria sea el derecho a la salud; lograr que todos los

peruanos y peruanas sin distinción alguna alcancemos el más alto nivel de salud posible, y que en este campo el vínculo entre los ciudadanos y el Estado pase a ser una relación horizontal, en la cual la organización de la sociedad civil desempeñe un rol articulador fundamental.

La preparación de la Segunda Conferencia Nacional de Salud contó con el aporte plural de distintos actores sociales. A todos ellos va nuestro agradecimiento. Deseo destacar a los integrantes de los Foros Regionales de Salud, de las mesas temáticas, de los colegios profesionales, de las organizaciones no gubernamentales y de la academia. De manera especial, mi reconocimiento a los equipos técnicos de los proyectos “Mejorando la Salud de los Pobres: un Enfoque de Derechos” (CARE Perú-DFID) y Policy (USAID) y el Observatorio del Derecho a la Salud (CIES). Asimismo, a quienes nos ayudaron financieramente; en particular a DFID, la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID), la Fundación Ford, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y el Organismo Andino de Salud-Convenio Hipólito Unanue.

Finalizo haciendo un llamado a todos los interesados en intercambiar opiniones: abramos un debate sobre estas ideas; y a quienes vean reflejados en estas páginas y en estas propuestas valores democráticos y solidarios que sientan como propios, que no duden en unirse a este movimiento social por la salud pública peruana que es ForoSalud.

PEDRO FRANCKE
Coordinador Nacional de ForoSalud

Introducción

Hasta ahora la participación social en el campo de la salud ha venido siendo atomizada, ha carecido de voz y de articulación. No se puede decir que no haya existido ni que no haya dado frutos: precisamente una de las tesis centrales de la sociedad civil organizada afirma que la participación social en salud es mucho más grande que la que se suele considerar, pues abarca a toda la población y sobre todo a los millones de cuidadores que, pese a no estar remunerados, actúan paralelamente con los profesionales y los trabajadores del sistema institucional de salud.

Pero este aporte de las mujeres que hacen gestiones ante los hospitales y establecimientos buscando la salud de sus hijos y esposos, de los familiares que cuidan a sus enfermos en casa, de los enfermos que buscan consejo entre los amigos y en las farmacias, de los dirigentes de organizaciones sociales de base que gestionan la instalación de postas y la asistencia de médicos en sus pueblos, de los grupos de ayuda mutua conformados por personas que viven con patologías, de las asociaciones de pacientes y de las organizaciones de familiares de enfermos, de los grupos de voluntarios que trabajan en institutos y hospitales, de las organizaciones sociales de base que se ocupan del tema de la salud, de los comités de vigilancia, de las redes temáticas, de los integrantes de los Comités Locales de Administración en Salud (CLAS) y de los estudiantes de las distintas facultades de ciencias de la salud que realizan trabajo comunitario, este gran aporte de millones de horas que se brindan solidariamente, ha venido siendo limitado, disperso y más referido a servicios concretos que a las políticas de salud. Muchos de los salubristas eminentes de nuestro país —como Carlos Enrique Paz Soldán, Hugo

Pesce y Manuel Núñez Butrón— soñaron que el día en que este accionar cotidiano e invisible de la sociedad se constituyera en un movimiento sanitario, la historia de la salud pública peruana cambiaría.

Y ésta es la apuesta que hemos emprendido en el Perú en los últimos tiempos: la realización de la II Conferencia Nacional de Salud expresa el florecimiento de la sociedad civil organizada en torno al tema de la salud y claramente constituida como un actor que emerge en el ámbito de la salud en nuestro país. Los sectores más preocupados y comprometidos de los millones de cuidadores no remunerados hemos comenzado a agruparnos, a *re-conocernos*, a construir nuestra identidad, en la gran red nacional de diálogo, propuesta, intervención y vigilancia que es el Foro de la Sociedad Civil en Salud (ForoSalud).

Este nuevo desarrollo no busca reemplazar al Estado sino más bien plantear otro modelo de cuidado y atención de la salud, que hemos denominado *reforma sanitaria* para diferenciarlo de las reformas sectoriales o sólo de la oferta. En realidad, necesitamos la reforma de la atención institucionalizada —en particular de los sistemas públicos— y también la reforma del cuidado de la salud, esto es, una reforma que mejore lo que la población hace por la salud.

Entonces, la nueva agenda que la sociedad civil peruana propone integra la problemática de la salud en una dimensión más amplia, la de la protección social, pues los límites del sistema de servicios de salud para mejorar la salud de la población también están relacionados con opciones de políticas públicas en el campo socioeconómico. El modelo de protección social tiene como anverso y reverso lo que aporta la atención profesional a la salud y lo que, en forma invisible, logran el cuidado doméstico y la respuesta no institucional.

Por tanto, este movimiento sanitarista no sólo hace visible el *iceberg* de la economía doméstica y comunitaria sino que, al dotarse de un programa y una identidad, así como al explicitar su propósito reformista integral, abre la posibilidad de que se establezca una corresponsabilidad real, más allá de la tradicional “participación colaborativa”. Porque la población siempre ha sido convocada por el Estado para apoyarlo, pero no necesariamente para ser escuchada. Y el Estado por sí mismo no ha sido capaz hasta ahora de emprender una reforma sanitaria como la que el país necesita.

Por eso, ahora que la sociedad civil hace visible, organiza y explicita su aporte a la solución de los problemas de salud, exige a la vez que el

Estado aumente los recursos para este ámbito y desarrolle una reforma integral, acción largamente postergada por la primacía de pequeños apetitos y visiones de corto plazo sobre el buen gobierno.

El carácter del nuevo movimiento sanitarista peruano es, por tanto, de exigencia y aporte, de crítica y propuesta, de vigilancia y construcción de salidas. Sintetizamos en el primer capítulo los cambios que se proponen en la perspectiva de una reforma sanitaria que a todos nos toca modelar y construir.

CAPÍTULO 1

Por una nueva Agenda Sanitaria Nacional

El Perú muestra graves problemas de salud y por ello es impostergable que pongamos en marcha una nueva Agenda Sanitaria Nacional que se proponga lograr un cambio efectivo de esta situación.

La sociedad civil organizada plantea que debemos mejorar sustantivamente los niveles de morbilidad y mortalidad actualmente existentes en el Perú, acortando las brechas en el campo de la salud que nos separan no sólo de las naciones desarrolladas sino de países latinoamericanos hermanos que comenzaron igual que nosotros pero que supieron tomar decisiones a tiempo y mantenerlas como políticas de Estado.

No podemos aceptar como una situación inamovible que en el Perú la esperanza de vida sea menor que la de otros países y que la existencia toda sea una permanente lucha en la que ni siquiera buscamos vivir plenamente sino tan sólo sobrevivir. En el Perú se muere joven: 45% de los decesos que ocurren anualmente son de menores de 5 años, y cada ocho horas fallece una mujer por complicaciones del embarazo, el parto o el puerperio.¹ Si tenemos en cuenta que sólo 29% de la población rural tiene electricidad —a diferencia del 92% en el área urbana—, 71% de las familias en Huancavelica ni siquiera tienen letrinas y 68% de las familias de Ucayali no cuentan con ninguna fuente de agua,² las cifras de salud no nos pueden extrañar.

¹ Guzmán, A. “Para mejorar la salud reproductiva”. En Juan Arroyo (ed.). *La salud peruana en el siglo XXI*. Lima: Consorcio de Investigación Económica y Social, Ministerio Británico de Desarrollo Internacional (DFID) y Proyecto Policy, 2002.

² Instituto Nacional de Estadística e Informática. *Encuesta demográfica y de salud familiar 2000* (ENDES 2000). Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2001.

Parte del problema es que a veces se entiende que la tarea de salud consiste en reparar daños corporales, y el servicio institucional de la salud está organizado con una lógica asistencial y no previsional ni de seguridad social, por lo cual se concentra en la atención discontinua de episodios de enfermedad. El modelo de atención se basa en una fórmula fuertemente inefectiva: casi no hay promoción de la salud, sí algo de prevención, la curación es episódica, y la rehabilitación, muy marginal. Están soslayados la vigilancia de condicionantes y determinantes, el control de riesgos, el cambio de prácticas de la población y las intervenciones públicas de carácter intersectorial.

En pocas palabras, el sistema institucional no está diseñado ni gestionado de tal forma que pueda optimizar todos sus recursos, pero además de ello, actúa con una mirada intramural, con la idea de que puede arreglar los problemas de salud únicamente desde los establecimientos de salud o solo desde dentro del sector. Olvida que el desempleo y el empleo informal, la inestabilidad política y jurídica, el centralismo, la violencia pública y privada, los patrones de migración, los desastres naturales y también la limitada capacidad de respuesta del sistema de salud son elementos que configuran y enmarcan la situación sociosanitaria del país.

Evidentemente, a lo largo de todo este tiempo se han desplegado importantes esfuerzos en pro de la salud de la población, que han evitado muertes y enfermedades. Si durante estos últimos años no se hubiera expandido en forma importante el primer nivel de atención, probablemente estaríamos más atrás aún. Si los profesionales de salud no hubieran emprendido en forma generalizada su actualización en aspectos clínicos y de gestión, no tendríamos las capacidades asistenciales y administrativas que poseemos hoy en día. Si la población no hubiera intervenido masivamente en la epidemia del cólera o en poner en la agenda temas como el VIH-sida y la TBC, es probable que el escenario sería peor. Pero la mayor parte de las veces, todos los esfuerzos valiosos carecen de la sostenibilidad y el impacto suficiente porque mantenemos intacta la vieja estructura sectorial, olvidando que ella no es sino una construcción social, de todos y de todas, y que podemos encontrar fórmulas mejores que expandan el derecho a la salud.

De ahí que toda la reflexión de la sociedad civil sanitaria en este esfuerzo último de juntarnos, crecer, escucharnos y aprender viene centrándose en repensar la manera global en que ha terminado organizada la

respuesta de la sociedad a los problemas de salud, que no ha dado frutos y que no permite la vigencia real de los derechos. Ya no se puede seguir parchando la situación.

El enfoque de derechos es una de las bases fundamentales de los principios sanitarios sobre los cuales se construye la propuesta de la sociedad civil organizada: la salud es un derecho fundamental de las personas. Los derechos humanos no son sólo aspiraciones, pues generan obligaciones que deben ser cumplidas. La salud es un reto que involucra muchos de los derechos contenidos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos y reconocidos en los marcos legales internacionales. Significa acceso universal a servicios adecuados de salud, pero requiere también acceso a la educación y a la información, así como a un empleo digno, a alimentos de buena calidad y en cantidad suficiente, a una vivienda aceptable y a vivir y trabajar en un ambiente saludable, entre otros. El reto principal ahora es traducir los compromisos asumidos en acciones prácticas, progresivas y democráticas. ForoSalud propone diez políticas para avanzar en hacer realidad el derecho a la salud en nuestro país.

1. MÁS RECURSOS PARA LA SALUD

En el Perú hay una combinación de grandes problemas de salud con escasa asignación de recursos a este rubro, lo que implica un alto nivel de tolerancia social, cultural y política a la discapacidad y a la morbilidad evitable. Como vamos a demostrar, pese a que nuestra población soporta una importante “carga de morbilidad”, el Perú ocupa los últimos lugares en el financiamiento de la salud entre los países latinoamericanos similares. El escenario probable, si continúa la tendencia general actual al desgobierno en la articulación de una respuesta institucional y poblacional a los problemas de salud, es la configuración de una sociedad constituida por personas mayoritariamente adultas, enfermas y pobres.

Proponemos por eso un viraje que empiece por declarar a la salud como una emergencia nacional. La política de salud debe ser prioridad para el Gobierno, los partidos políticos y la sociedad. Esta prioridad debe expresarse en el volumen de la riqueza nacional que se dedique a la salud. Una sociedad que no asigna a la salud un presupuesto importante en el

fondo devalúa la vida, porque tolera, como si fuera normal, un nivel de muertes y enfermedades evitables. El Perú destina a la salud sólo 4,5% de su PBI, y el promedio para América Latina es de 7,67% del PBI. Los países latinoamericanos con similares PBI per cápita tienen un gasto per cápita en salud de 177 dólares por habitante y el del Perú sólo alcanza alrededor de 100 dólares. Planteamos, por eso, que como parte de esta emergencia se incremente el gasto público en salud, porque no sólo debemos proponer y emprender una nueva agenda sanitaria sino colocar a la salud en la agenda pública.

2. AGENDA GLOBAL SANITARIA Y SOCIAL: POLÍTICAS ECONÓMICAS SALUDABLES

No puede haber desarrollo con una población enferma. La enfermedad afecta las capacidades y empobrece. De ahí que el gasto en salud deba ser considerado una inversión. El problema sanitario peruano es que el funcionamiento económico, social y político normal de la sociedad contiene un desbalance sistemático entre factores de riesgo y factores protectores. El consiguiente sobredestruido poblacional y nulo desarrollo de las capacidades se expresan luego como enfermedades evitables y muertes tempranas. Desde un enfoque curativo, a los trabajadores y profesionales de salud únicamente les toca resolver las consecuencias del maltrato de la reproducción social. Todos los días ellos atienden y curan a miles de pacientes, pero al día siguiente tienen a otros miles más añadiéndose en la fila.

Por eso es necesario que construyamos una agenda más amplia y a la vez más profunda de la temática de salud. Necesitamos políticas públicas saludables y una efectiva intersectorialidad, así como políticas específicas del sistema de salud que sean duraderas y consistentes. Necesitamos retomar los temas extrasectoriales. Hay que ampliar la caja fiscal mediante una adecuada reforma tributaria, renegociar la deuda externa y establecer una lucha frontal —y que nos comprometa a todos— contra la corrupción. Para responder a los desafíos de la salud, se necesita considerar también el marco socioeconómico global. ForoSalud considera que el futuro de la salud dependerá de lo que se logre en estos marcos, así como de las posibles alianzas regionales y los procesos de integración que nuestro país promueva.

3. HACIA UN NUEVO MODELO DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD

El modelo de protección social en salud en el Perú se basa en una fórmula dañina: los medicamentos los coloca el mercado, la prestación centralmente el Estado y el financiamiento en su mayoría los hogares y las empresas. La fórmula es equívoca porque el Estado aparece sobredimensionado por asumir el costo de los establecimientos y consultorios, pero el financiamiento, que es puesto principalmente por los hogares y los trabajadores, se destina en buena medida al gasto en medicamentos. Esta fórmula termina produciendo un círculo vicioso, pues sólo 50% de los pacientes tratados compran sus medicamentos.

Además, el modelo de atención está mal diseñado, lo que determina que los 121.000 trabajadores y profesionales del Ministerio de Salud (MINSa) y de EsSalud no puedan resolver los problemas de su campo. Las familias tienen que sacar recursos de donde no los hay para compensar la falta de políticas sociales fuertes y de un sistema de seguridad social. En forma invisible, por lo menos tres millones de cuidadores no remunerados cubren con su tiempo y sus gastos el modelo de protección social por el cual se optó en décadas pasadas, que lamentablemente combina un gasto social bajo con niveles salariales también bajos, lo que exige, en compensación, un fuerte trabajo no remunerado por parte de las familias y las redes sociales.

No hay forma de marchar hacia soluciones efectivas si no promovemos un cambio global del modelo de protección social, procurando el mayor compromiso del Estado, la aplicación de políticas económicas protectoras y el surgimiento de un nuevo modelo del sistema de salud. El compromiso de la población con la salud se expresa ya en los millones de personas que se encargan del cuidado doméstico y comunitario de la salud, aporte que deberá potenciarse con la organización de la sociedad civil.

Pero ello no puede excusar al Estado de cumplir su rol. El centro de gravedad de la reforma que planteamos es la promoción y la prevención de la salud, una reforma hecha con la gente y para la gente. Esto implica la existencia de un Estado proactivo y horizontal, capaz de generar una relación democrática entre los profesionales y la población, que abandone la actitud vertical con los usuarios y aprenda a co-gestionar la salud.

4. REFORMA DEMOCRÁTICA Y DESCENTRALISTA EN SALUD

Se plantea que se institucionalice la definición de la agenda sectorial y que la función de gobierno se vuelva transparente y democrática. Para aplicar esta reforma democrática de la gestión pública en salud, se propone promover un cambio de la Constitución, de tal manera que ésta reconozca que la salud es un derecho humano fundamental e integre el derecho a la salud y a la seguridad social; en este marco, se debe desarrollar una nueva Ley General de Salud formulada participativamente desde un enfoque de derechos.

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 de los consejos regionales de salud, así como el establecimiento de mecanismos de rendición de cuentas y control social.

Respecto a la descentralización en salud, se propone enfocarla como una estrategia democratizadora y articulada con la descentralización del país. Como expresión del interés de la sociedad civil por la intersectorialidad, se propone insertar los trabajos y acuerdos de los consejos provinciales y regionales en el marco de los comités de coordinación locales y regionales, planteando y articulando iniciativas con las gerencias de desarrollo social de los gobiernos regionales. Por otro lado, se propone ratificar la necesidad de la participación con cogestión, para lo cual se buscará adecuar el modelo de los Comités Locales de Administración en Salud (CLAS) al nuevo esquema descentralizado a nivel regional y local, organizándolo en el nivel de microrred, orientándolo a aspectos sustantivos del gobierno de la salud local y los servicios, y asegurando la elección democrática de los representantes populares, así como la participación de los representantes municipales.

5. SISTEMA PÚBLICO INTEGRADO, DESCENTRALIZADO Y PARTICIPATIVO DE SALUD

El sistema institucional de salud está organizado conforme a un modelo segmentado en el que existe una clara bicefalía, lo que genera múltiples y graves problemas en la formación de personal, en la administración de los recursos, en la creación de infraestructura y en la producción de insu-

mos para la salud. El bajo nivel de rectoría que ejerce el MINSA y el despido de los recursos son consecuencias de la segmentación. Esta incoherencia y desarticulación dentro del sector Salud no sólo se ha mantenido durante las últimas tres décadas, sino que se ha agravado. Ésta es una de las razones por las cuales postulamos que hay un desfase no solamente en la agenda de problemas sanitarios sino también en la agenda sanitaria institucional.

Planteamos la creación de un sistema público integrado, descentralizado y participativo de salud. Hay que ordenar con rigurosidad la oferta pública para que no se dupliquen esfuerzos y se actúe realmente en red. Hace falta, así, retomar la propuesta de un servicio nacional de salud financiado públicamente, surgido de la integración de diferentes proveedores públicos que actualmente están dispersos —sin que ello signifique la desaparición del subsector privado para aquellas personas que tengan los medios para acceder a éste—, pero retomarla en las nuevas condiciones, en las que *integrar* no significa retornar a un sistema burocrático con integración vertical de funciones sino plantear las bases organizativas para el establecimiento de un gran seguro público de salud. Este nuevo sistema debe integrar definitivamente a la sanidad militar y a la sanidad policial, conservando los servicios para su personal.

6. SEGURO PÚBLICO UNIFICADO Y PLAN GARANTIZADO DE SALUD

Proponemos la creación de un Seguro Público Unificado que permita que la población cuente con 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 microrredes de servicios del nivel primario y su complemento en los niveles hospitalarios, así como de las intervenciones de salud pública. Este seguro no es un programa especial que esté aparte de las actividades regulares de los proveedores públicos sino precisamente la organización de toda la atención de la salud de los subsistemas públicos como seguro público —MINSA, EsSalud, sanidad de las Fuerzas Armadas y sanidad de las Fuerzas Policiales—. Este Seguro Público dará a los aportantes actuales un piso más de atención.

Existen diversas fórmulas de transición para articular progresivamente el financiamiento, el plan garantizado y la labor de los proveedores públicos y privados. Éstas dependen de los niveles de viabilidad, y las hay desde las más ambiciosas —que se basan en arreglos institucionales globales— hasta las más graduales, que se sustentan en el desarrollo de la función compradora a partir de un fondo financiero. En cualquier caso, en algún punto del camino la bicefalia pública debe desvanecerse de manera progresiva.

Se propone desarrollar algunas acciones prioritarias en el corto plazo, como la organización de planes de servicios de salud integrados, de naturaleza individual y colectiva, que configurarán el Seguro Público de Salud. Los planes de servicios deberán incluir medicinas, insumos y cirugía básica, y serán organizados a partir del reconocimiento de las necesidades de salud y las prioridades regionales y locales, en el marco de la descentralización, incorporando actividades preventivas, promocionales, recuperativas y de rehabilitación. Se debe garantizar el acceso de los usuarios a los medicamentos esenciales, e incorporar la gestión de calidad con una orientación hacia la demanda, articulando los estándares, protocolos y manuales, la acreditación, la certificación, la recertificación de establecimientos y recursos humanos, la interculturalidad en los servicios y la satisfacción de la ciudadanía, así como mecanismos para que ésta pueda exigir sus derechos.

7. PRIORIDADES SANITARIAS: NUTRICIÓN, EDUCACIÓN, MEDIO AMBIENTE Y AGUA SEGURA COMO COMPROMISOS INMEDIATOS

Es evidente que si todos sentimos la necesidad de que las intervenciones en salud desplacen su centro de gravedad hacia la prevención y la promoción, sin descuidar la curación, el correlato necesario debiera ser un desplazamiento hacia los riesgos, los condicionantes y los determinantes de la salud-enfermedad. La adecuación programática del sistema de salud deberá integrar, por tanto, dimensiones inexploradas, ahora secundarias o simplemente conocidas por esfuerzos pioneros, tales como la salud en el trabajo, la salud ambiental, la salud mental, la salud en las urbes, la relación entre la salud y las emergencias y los desastres, el vínculo entre la salud y la exclusión social y la pobreza, entre la salud y el envejecimiento,

entre la salud y los patrones de vida no saludables, además de las patologías crónicas. Esto no debe llevar, obviamente, a descuidar las enfermedades tropicales y la problemática materno-infantil, pero una cosa es enfocarla por patologías y otra enmarcarlas en sus “espacios-población” y atacar sus raíces.

ForoSalud plantea arribar a compromisos inmediatos y metas en cuatro campos: acceso al agua segura, eliminación de la desnutrición, educación y protección del medio ambiente. Para la sociedad civil se trata de replantear la visión medicalizada y biológica, insertando la reparación de daños en intervenciones más sistémicas y engarzadas en la trama de los problemas socioeconómicos.

8. UNA GESTIÓN SANITARIA EN ÁMBITOS GEOGRÁFICOS POBLACIONALES

Durante la última década, los ensayos de reforma se han centrado casi exclusivamente en aspectos financieros, olvidando que las reformas en salud deben tratar las diferentes dimensiones de los sistemas de atención. De ahí que se intentaba ganar en eficiencia y efectividad cambiando los mecanismos de pagos, pero se perdía eficacia y eficiencia por el lado del modelo de atención, basado en programas verticales y una prestación compartimentada y por episodios.

Proponemos un nuevo modelo de atención basado en ámbitos geográficos poblacionales y una estrategia de atención integral y local brindada en los planos institucional, no institucional y familiar, con participación ciudadana. La organización de las intervenciones a partir de un modelo de salud local permitirá establecer ámbitos de intervención más comprensivos, que incluirán los daños (enfermedades) y las condiciones biológicas; los conocimientos, las creencias, las actitudes y las prácticas de la población; y los factores ambientales y sociales que constituyen riesgos y condicionantes para la salud. La organización territorial de la atención permitirá, además, delimitar claramente la responsabilidad de ésta, en sus distintos niveles de complejidad, para la población de determinado ámbito.

Conforme avance el proceso de descentralización, deberá clarificarse el rol asignado a los municipios en el terreno de la salud, que en algunos países consiste en supervisar la prestación, y en otros, en ejecutarla.

En cualquiera de ambos casos, la sociedad civil considera a los municipios como un factor clave para la gestión de ámbitos saludables.

9. VIGILANCIA SOCIAL DE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS Y LOS SERVICIOS

La participación ciudadana es un derecho. El Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU ya definió hace tiempo que la participación ciudadana es un aspecto importante de la implementación del derecho a la salud. Sin embargo, la participación y el control social constituyen no sólo un derecho sino también una necesidad surgida de la experiencia: todos los intentos de las instituciones públicas por mejorar su gobernanza, su capacidad gerencial, sin abrir el juego a la sociedad, han sido limitados. Las dudas sobre si se podrá construir un sistema de atención eficiente, eficaz, equitativo y de calidad en medio de fuertes tradiciones de clientelismo y sin el control social de la población son justificadas. Pero, además, no hay forma efectiva de brindar atención primaria y promover la salud con una población pasiva o tutelada; el planteamiento de promover la salud pero no democratizar su gestión conlleva esta contradicción.

La democratización en salud implica que los Estados generen mecanismos y procedimientos y orienten recursos hacia la promoción, protección y garantía del derecho que tiene la ciudadanía a participar en la toma de decisiones en los planos nacional, regional y comunitario; en la promoción de la salud, la prestación de servicios médicos preventivos y curativos; y en la organización del sector Salud, lo que incluye la definición de las políticas públicas y los presupuestos. Todo ello implica la transparencia y la rendición de cuentas, el desarrollo de mecanismos sectoriales de participación y exigibilidad de derechos, la remoción de las barreras que se oponen a la participación, así como la construcción de capacidades y la ampliación de oportunidades para que se produzca una participación inclusiva, plural e intercultural.

Alentamos el control social entendido como el derecho y la capacidad de la sociedad civil para intervenir en la gestión pública orientando las acciones y los gastos en dirección a los intereses de la colectividad. Los mecanismos de control social son, al mismo tiempo, resultado del proceso de democratización del país y requisito para la consolidación de la

democracia del sector Salud. Promovemos múltiples formas de participación social que incluyen la consulta, la iniciativa ciudadana, la fiscalización, la concertación y la gestión.

Por último, ForoSalud considera necesario no sólo democratizar la gestión pública sino también la propia sociedad civil. Para ello se compromete a tomar acciones como las que ha venido asumiendo, tendentes a un estilo de sociedad civil en la que primen la pluralidad, la renovación y el diálogo; en la que se promueva la acción colectiva y se supere la fragmentación; se evite la rutina y el enquistamiento en los cargos, auspiciando la rotación y la conformación de equipos; se aliente la apertura hacia nuevas asociaciones, principalmente de las organizaciones excluidas; y por último, se fortalezca la noción de autonomía asociativa de la sociedad civil.

10. EJERCICIO ÉTICO DE LA FUNCIÓN PÚBLICA Y RESPONSABILIDAD CÍVICA

Exigimos un ejercicio ético de la política y de la función pública y vigilamos que esto se logre, pero junto con esta exigencia dirigida hacia las autoridades del Estado, también consideramos crucial promover el desarrollo de responsabilidades cívicas. Las capacidades humanas en el campo de la salud son enormes y requerimos construir un proyecto nacional en este tema que nos convoque a todos y a todas. Para ello subrayamos la importancia del buen gobierno y de la administración transparente y responsable de todas las instituciones públicas y privadas, que genere información y evidencias tendentes a facilitar la toma de decisiones en salud y el control social.

Propugnamos el combate frontal contra la corrupción. Exigimos un compromiso del Gobierno, del sistema de justicia, de los partidos, de los funcionarios del Estado y de la sociedad civil para consolidar una cultura de cuidado de nuestros bienes públicos y de corrupción cero.

CAPÍTULO 2

Situación de salud: el desfase de la agenda sanitaria

Casi todos los documentos sobre políticas de salud publicados en las últimas décadas han presentado el problema de la salud de los peruanos como una serie de agregados estadísticos en torno a la enfermedad.

Efectivamente, son tantos nuestros problemas de salud que se piensa, con algo de razón, que hay que priorizar lo urgente, y ello supone establecer un orden de prelación que indique las patologías de mayor prevalencia e incidencia. Últimamente se han sofisticado las técnicas para el establecimiento de los pesos de cada patología dentro de la carga de morbilidad, pero el principio sigue siendo el mismo: el análisis de la situación de salud es un cuadro descriptivo de las enfermedades y sus riesgos respectivos.

El problema es que este enfoque de la problemática de la salud, planteado a partir de los daños compartimentados y descontextualizados, *no ha logrado hasta ahora orientar al país y al Estado hacia una agenda sanitaria efectiva y actualizada.*

Desde hace cincuenta años los viejos problemas sanitarios vienen siendo los mismos, y en algunos casos, como el de la malaria y la fiebre amarilla, tienden a empeorar a pesar de décadas de trabajo de programas verticales y de los grandes volúmenes de recursos invertidos. Ciertamente, la realidad sanitaria ha cambiado y el enfoque descriptivo ha captado el hecho de que sobre los viejos problemas sanitarios se han añadido nuevos, de donde se ha concluido que nuestro perfil epidemiológico es mixto. Pero ahora ésta es una verdad demasiado gruesa, que no logra dar fundamentos a la reforma programática que se necesita porque no revela lo específico de la heterogeneidad actual ni sus tendencias, ni menos aún

la dinámica social y sanitaria que permite la reproducción continua de muchas enfermedades y muertes evitables.

Así, la gran agenda sanitaria oficial del país ha estado centrada en la punta del *iceberg* —las enfermedades tropicales, la mortalidad materno-infantil y algunas enfermedades recientes de alta visibilidad—, pero no ha logrado integrar el abanico heterogéneo que se presenta como demanda en los servicios ni priorizar las causas subyacentes en el fondo de los daños. De ahí que el sistema de vigilancia epidemiológica sólo tenga bases de datos nacionales hacia un lado del espectro de enfermedades y buena parte de la nueva problemática de salud no logre traducirse en políticas transversales de los servicios.

Es necesario, por tanto, que todos colaboremos en construir una mirada más amplia y a la vez más profunda de la problemática de la salud. Es evidente que si todos sentimos la necesidad de que las intervenciones en salud desplacen su centro de gravedad hacia la prevención y la promoción, sin descuidar la curación, el correlato necesario en el momento del diagnóstico debiera ser un desplazamiento hacia los riesgos, los condicionantes y los determinantes de la salud-enfermedad.

Esta necesaria rearticulación de la enfermedad con sus raíces sociales y sanitarias requerirá un programa de trabajo de varios años, pero la sociedad civil peruana siente el deber de reabrir esta perspectiva, aunque sea inicialmente, y reemplazar la visión medicalizada y biologista por una más sistémica y engarzada en la trama económica, social y cultural.

1. LA REPRODUCCIÓN SOCIAL DE DAÑOS EVITABLES

Todos los días, un promedio de 48.355 pacientes en busca de consulta médica se presentan a los servicios del MINSY y otro de 49.508 consultantes a los del Seguro Social. No se trata de atenciones sino de consultas médicas; esto es, de personas que acuden a curarse más que a prevenir o promover su salud. EsSalud produjo 15.496.315 consultas médicas el año 2002, mientras que el MINSY estaba produciendo 15.135.201 consultas médicas a fines de la década pasada, antes de que se variara la clasificación de la recolección de información. Juzgados estos datos desde un punto de vista sociosanitario, observamos que diariamente la sociedad obliga a 97.863 personas a ir a los servicios públicos, contingente que representa la punta del *iceberg* de la enfermedad en nuestro país, la “enfermedad doliente”.

Dado que el MINSA tiene alrededor de 85.000 trabajadores y profesionales y que EsSalud cuenta con una planilla total de 36.129 empleados, este ejército sanitarista de 121.129 personas se encuentra todos los días con ese otro ejército de 97.863 enfermos dolientes y pone en juego todos sus recursos técnicos, de gestión y materiales para devolverles la salud. En muchos casos lo logra, pero en muchos otros no.

Esta interacción entre enfermedad doliente y curación institucional es, sin embargo, sólo una parte de la problemática de la salud-enfermedad-cuidado de la salud, pero ya muestra los límites del sistema institucional dentro de un enfoque curativo o de oferta. Los dos sistemas públicos diariamente devuelven a los 97.863 enfermos con prescripciones médicas, pero buena parte de ellos no se recuperan y deben sobrellevar sus enfermedades. La sociedad no da tregua al sistema institucional de salud y al día siguiente le vuelve a enviar a 97.000 enfermos más.

Ésta es la política de Estado oculta sobre la salud que está vigente en nuestro país: las cosas están organizadas de tal forma que el encargo que se le da al sector Salud no es cortar la cadena causal de la enfermedad sino controlar sus aristas más puntiagudas, y evitar las epidemias y todo lo que resulte desbordante, para lo cual se han construido socialmente las nociones de lo normal y lo patológico por encima de las de otros países. De esta forma, 121.129 trabajadores y profesionales de salud deben resolver las consecuencias del maltrato de la reproducción social, pero evitar mirar más allá. Porque la enfermedad evitable y la muerte temprana son sólo expresiones del sobredestruido poblacional y el subdesarrollo de las capacidades, generados por un tipo de organización económica, social y cultural. En consecuencia, el sistema de atención, centralmente curativo, resulta en la práctica un sistema de emergencias que resuelve a medias los problemas, que retornan intactos al día siguiente. Aquí se puede aplicar lo que alguna vez dijera John Cassels, maestro médico-social: los procesos sociales son los patógenos y letales.

Los enfermos dolientes constituyen, entonces, sólo una parte de la franja poblacional que tiene problemas de salud; como veremos, un grupo de estas personas requiere el apoyo continuo de alrededor de 3 millones de cuidadoras no remuneradas. En otras palabras, la magnitud del daño desborda la estadística de la atención institucional y se convierte en invisible frente a la opinión pública y a los propios profesionales de salud porque se oculta en la base del *iceberg*, el mundo del cuidado de la salud

y la enfermedad, que a su vez parte de la respuesta no institucional a los problemas de salud.

Hay, así, un desbalance sistemático entre factores de riesgo y factores protectores en nuestra sociedad. El patrón de enfermedad y muerte no es sólo fruto, entonces, de decisiones individuales sino de regularidades sociales, lo que implica reinterpretar los factores de riesgo —como nos enseñaron salubristas de mirada amplia— ya no sólo como peligros contingentes y probables sino más bien como expresiones de procesos condicionantes, más permanentes.

De esta forma se ha generado en nuestro país un patrón de enfermedad y muerte tolerante con el descuido del cuerpo y la salud, que integra lo siguiente:

- Un alto riesgo al nacer.
- Una infancia y adolescencia difíciles y en las cuales la persona no se desarrolla plenamente.
- El sobredestruido en la vida adulta.
- Una esperanza de vida menor que la de países similares.
- Una tercera edad en su mayor parte no productiva.
- Una baja calidad de la muerte.

Toda la estadística epidemiológica se resume en este ciclo de baja calidad de vida y de muerte. Hay, en resumen, una combinación de mayor esperanza de vida y mayor carga de morbilidad, que hace menos plena nuestra vida.

Esta tremenda carga social aparece muchas veces a los ojos de nuestra sociedad como fruto de descuidos personales, de agentes inevitables y de procesos naturales porque, una vez atomizada por patologías, se invisibilizan sus raíces sociosanitarias. La única forma de develar las articulaciones que explican los daños es mirarlos en “espacios-población”; esto es, ubicarlos en unidades territoriales en las cuales las dinámicas sociales y la dinámicas sanitarias son el anverso y el reverso.

Esto lleva necesariamente a plantear una nueva agenda sanitaria. Nueva no sólo por la mayor amplitud de los problemas que debe enfrentar sino por la mayor profundidad de causalidades que tiene que combatir. La adecuación programática del sistema de salud deberá integrar, por tanto, dimensiones inexploradas, ahora secundarias o simplemente exploradas por esfuerzos pioneros, tales como:

- La salud en el trabajo.

- La salud ambiental.
- La salud mental.
- La salud en las urbes.
- La salud y las emergencias y desastres.
- La salud y la exclusión social y la pobreza.
- La salud y el envejecimiento.
- La salud y los patrones de vida no saludables.
- Las patologías crónicas.

2. LA GESTIÓN DEL TERRITORIO Y DEL AMBIENTE COMO POLÍTICAS DE SALUD DE GRAN IMPACTO

Quizá, entonces, las soluciones no sólo dependan de mayores recursos financieros, nuevas tecnologías o medicamentos —que siempre necesitamos y que una y mil veces debemos exigir— sino también de otra forma de enfrentar los problemas de salud pública. La ausencia de una gestión de ocupación del territorio y del ambiente son, en nuestra opinión, nudos gordianos de la salud y la enfermedad en nuestro país.

Desde épocas prehispánicas, los antiguos peruanos entendieron que la superficie cultivable era limitada, por lo que la mayoría de los asentamientos humanos se ubicaban en los cerros y no en los valles. Durante la Colonia, los españoles enfrentaron el problema de las grandes epidemias y de la disminución poblacional realizando una intervención directa sobre los patrones de asentamiento y ocupación del territorio. Ello les permitió optimizar el desarrollo de sus actividades productivas. Sin embargo, soslayaron la fina trama de gestión ambiental de diversos espacios ecológicos, producida por la experiencia de cientos de años de ocupación por parte de las culturas locales.

El nuevo patrón de organización geográfico-ambiental de los intercambios económicos y de gestión territorial introducido por los españoles, basado en la existencias de líneas transversales con una estructura arborescente a partir de la capital costeña, fue virtualmente continuado en la República y en muchos sentidos se mantiene hasta hoy. Este patrón de organización y la ausencia de rectoría en el campo ambiental son las causas de numerosos problemas ecológico-ambientales que inciden directamente en nuestra actual situación de salud.

Un ejemplo de la complejidad de este problema lo constituye la malaria. El área malárica original es de 961.200 km² que corresponden a 80% del territorio. Pero ello no siempre fue así. En la medida en que la Conquista produjo un despoblamiento, el lento proceso de ocupación territorial, que duró cerca de 300 años, grafica el problema de la ausencia de gestión ambiental. En ese período la costa era considerada como un lugar insalubre, donde los diferentes grupos de población serrana que intentaban asentarse sufrían una elevada mortalidad por “las fiebres”. La incorporación progresiva de la costa peruana y la generación de determinados enclaves mineros en el siglo XX redujeron drásticamente los focos maláricos a 180.000 km², con una minoritaria población expuesta. Ello permitió la redistribución de la población de la sierra a la costa y la virtual explosión demográfica, que determinó que aproximadamente en treinta años se alcanzara la misma densidad de ocupación existente antes de la llegada de los españoles. Durante este período, la población redistribuida terminó ocupando numerosos antiguos focos de transmisión que fueron absorbidos por los núcleos urbanos de la costa. Con el colapso de los programas de control, que alcanzó su punto más alto a partir de la década de 1980, la superficie de transmisión cubrió 71% de nuestro territorio, lo que determinó la exposición de millones de peruanos a la probabilidad de enfermar y morir por este mal.

De la década de 1980 a la actualidad, lo que hemos tenido ha sido un fracaso sistemático de las acciones de control de las enfermedades metaxénicas, basadas en la contención de brotes mediante insecticidas y el tratamiento de reservorios humanos, lo que no ha impedido la propagación del *Plasmodium falciparum*, la introducción progresiva del dengue clásico y hemorrágico, y la presencia cíclica de serios brotes de fiebre amarilla asociados a una alta mortalidad.

La falta de capacidad del Estado peruano para introducir y hacer sostenibles diversas intervenciones de control basadas en el uso de insecticidas y en otras tecnologías que no podemos pagar plantea la necesidad de retroceder a las antiguas discusiones de la década de 1930, cuando se relacionaba el control de la malaria con la elección de determinados patrones de producción agrícola, lo que implica que no puede existir control de las enfermedades metaxénicas sin estrategias claras de desarrollo económico local y un manejo del medio ambiente.

La gestión del medio ambiente no es, entonces, una variable secundaria en la problemática de salud. Los fenómenos de cambio global aso-

ciados al incremento y magnitud de los desastres naturales han mostrado la fragilidad de los sistemas ecológicos y de diversos espacios urbanos. Los fenómenos de escasez de agua, pérdida real o potencial de tierras de cultivo, desertificación y degradación ambiental ya no son abstracciones académicas sino bandera de lucha y movilización de diversas comunidades, así como fuente de conflictos políticos de alcance regional y hasta nacional.

3. LA GESTIÓN DEL ESPACIO URBANO: LOS RIESGOS DE VIVIR EN LA CIUDAD

La ausencia de gestión de los espacios urbanos es otra fuente de enfermedades y muertes evitables. El mundo de la ciudad no es lo amigable que podría ser porque la agregación no ha supuesto un establecimiento de reglas y condiciones elementales para la vida urbana.

En el Perú las ciudades se desarrollan sin mayor planificación ni visión de futuro. El 70% de los peruanos que viven en las urbes edifican sus viviendas mediante la autoconstrucción y terminan configurando sus ciudades con una mezcla de intereses privados que se convierten en políticas públicas. Por eso la mayoría de ciudades del país no llegan a ser espacios de crecimiento y desarrollo de la vida. Las zonas urbanas se mezclan con las industriales; no existe en ellas la cantidad necesaria de áreas verdes, espacios públicos ni circuitos de encuentro entre sus habitantes, y las urbes carecen de estructura vial coherente, así como de una organización básica de servicios. En muchos casos, las ciudades peruanas constituyen espacios desordenados, contaminados, con serios déficits de agua y servicios en general, los cuales son particularmente escasos en los cinturones de pobreza que las rodean.

Volvemos a encontrar, entonces, que el estado de la salud remite al desgobierno del entorno por parte del Estado y las autoridades en diferentes niveles. Y ello excede el ámbito propiamente sanitario. Un ejemplo es la incapacidad de regulación del transporte público, que representa miles de muertos y discapacitados al año, equivalentes a un conflicto armado de baja intensidad. Otro es la creciente pérdida del monopolio de la violencia por parte del Estado en las ciudades, que hace que la siniestralidad por asaltos y agresiones en algunas urbes llegue a 50%; es decir que uno de cada dos ciudadanos sufre un robo o exposición a

un hecho violento. El tercero es la falta de capacidad de regulación y sanción por parte del Estado frente a las acciones de contaminación ambiental. En el centro de Lima, los niveles de plomo en el ambiente son cuatro veces mayores que los indicados en la norma internacional, y existen zonas como el Callao en las que se puede encontrar a poblaciones de niños que padecen saturnismo sin mayor exposición que la de residir en las cercanías de zonas industriales. Por no hablar de la dimensión cada vez menos invisible de la salud mental, en la que, según algunos estudios, una de cada tres personas que pasan por un consultorio de medicina general padece de depresión.

4. LA GESTIÓN SOCIAL DE LA POLÍTICA DE SALUD: SALUD Y EXCLUSIÓN SOCIAL

Evidentemente, los problemas de salud en el Perú son expresiones de varias formas de exclusión, y la más estudiada es sin lugar a dudas la pobreza, que determina una mayor vulnerabilidad en la medida en que los pobres tienen menos condiciones para controlar su medio ambiente y sus precarios ingresos no logran cubrir la canasta básica. Pese a que la presencia de la pobreza se expresa en todos los problemas de salud, desde el sector no advertimos sus consecuencias sanitarias ni practicamos una activa intersectorialidad. Es más, no hay una buena gestión social de las propias políticas intrasectoriales de salud, pues una parte del subsidio público se malgasta en filtraciones y subsidios cruzados, como veremos en el capítulo siguiente.

La pobreza afecta fuertemente la calidad de la vida y la salud de las personas de todas las edades. A veces las frías cifras estadísticas no pueden expresar adecuadamente lo que muchos testimonios de la vida en pobreza muestran.

Para empezar, en el Perú nacer es de alto riesgo. No existe el “arranque parejo” al que aspiran los salubristas mexicanos. Además, en una franja poblacional la maternidad es temprana y las madres adolescentes —muchas de las cuales no han concluido sus estudios secundarios— ingresan al círculo vicioso de la pobreza. Dada la extensión de la desnutrición, la falta de alimentos adecuados plantea el riesgo de que la gestante enferme de anemia; cuando acude a un establecimiento de salud, por lo general no regresa después de la primera o segunda consulta, sea porque queda lejos de su vivienda, porque la atención es cara o simplemente

porque no la entienden. Al final, el evento del nacimiento es afrontado mediante la sabiduría y experiencia de las familias, ya que sólo una parte de las gestantes recurre al parto institucional.

En caso de que el niño o la niña que ha nacido en el seno de un hogar excluido pase la etapa de mayor vulnerabilidad, crecerá con un limitado acceso a los alimentos en importantes etapas de su crecimiento, con una madre que se ve obligada a hacer de todo, desde trabajar fuera de casa hasta resolver los numerosos problemas del hogar. Al final, en muchos casos se tendrá a un niño o una niña con una talla demasiado pequeña para su edad, que comienza a ir a un colegio que —de acuerdo con la situación de nuestro sistema educativo público— está en malas condiciones y en el que le enseña un profesor que hace lo que puede, carente de capacitación adecuada y de los medios más elementales de aprendizaje. Todos hacen su mejor esfuerzo, pero éste siempre es insuficiente.

Con el tiempo, todas las cargas se expresan en un deficiente patrón de maduración y estimulación neuronal. Al final, no sorprende que exista una franja que abandona precozmente la escuela. Con un vocabulario reducido, con una limitada capacidad de abstracción, con dificultades para decodificar y entender los mensajes de los coloridos afiches con los que el Estado cree que contribuirá a que la población adquiera nociones que le sirvan para cuidar su salud o tan sólo se informe de que la sociedad le garantiza unos derechos a los cuales difícilmente tendrá acceso. Pronto, el escolar niño o adolescente en situación de pobreza se verá lanzado a la vorágine del trabajo en el hogar y fuera de éste. Así, ingresará a un mercado laboral precario y en muchos casos de autoempleo. Al final, las presiones del medio habrán producido a una nueva generación de pobres, a franjas enteras de población que vive en los linderos de las urbes, en cerros, arenales o playas de los ríos, o simplemente en las zonas rurales, y que tiene ocupaciones precarias o estacionales, lejos de los servicios y de las oportunidades que la sociedad le debió ofrecer y de las capacidades que debió desarrollar.

Dos datos recientes sobre la pobreza y el empleo iluminan mejor la problemática de salud. El primero es la revelación de que la dimensión de la pobreza en el Perú es mucho mayor que la cifra oficial de 54%, pues hay estudios que demuestran que existe mucha fluctuación alrededor de la línea de pobreza, en razón de lo cual más de 70% de la población ha estado por debajo de ésta en el 2002. El segundo es la constatación de que la situación del empleo es también muy cambiante: sólo 39,7% de

toda la población peruana tiene empleo durante todo el año, mientras que 41,3% cambia de estatus laboral, pasando una y otra vez del empleo a la inactividad.

En la práctica, en los segmentos pobres existe un círculo vicioso que responde a un modelo de reproducción social de la enfermedad. Los pobres son más vulnerables frente a las condiciones de su entorno. Su precario nivel de ingresos les impide recuperar adecuadamente el desgaste del trabajo, y están, además, expuestos a numerosos riesgos que actúan sinérgicamente, impactando múltiple y simultáneamente sobre su salud. Tampoco pueden acumular excedentes ni generar capacidades que les permitan reducir su vulnerabilidad ni reducir el impacto de la enfermedad en su familia. Los episodios de enfermedad afectan gravemente sus ingresos y tienden a hacerlos más pobres. Una delicada y extendida trama de redes familiares y comunales de ayuda y autocuidado permite reducir el impacto de los episodios de enfermedad en los hogares, pero eso sólo hasta ciertos límites que muchas veces son sobrepasados por eventos catastróficos o daños de historia compleja, como los cánceres o las enfermedades crónicas no transmisibles.

Un modelo de desarrollo sin empleo ni incorporación a los mercados para importantes segmentos de la población, que ofrezca crecimiento sin reducciones significativas en el número de pobres, es un modelo generador de enfermedades y de serias alteraciones del bienestar. En un país como el Perú, con altos niveles de pobreza, superar esta situación implica la generación de una amplia y compleja demanda de servicios e intervenciones sanitarias que sobrepasa las agendas construidas sólo sobre la base de “enfermedades”.

5. MAYORÍA ADULTA, ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL Y CAMBIOS EN EL PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL PERÚ

Desde fines del siglo XIX la población peruana ha venido experimentando un proceso lento y sostenido de cambio demográfico, pero es en los últimos sesenta años que su crecimiento acelerado ha sido acompañado por importantes modificaciones en la esperanza de vida y en la tasa de fecundidad. Este proceso ha sido particularmente complejo y ha significado la transformación del perfil epidemiológico del Perú. A despecho de las grandes brechas entre los diferentes segmentos de la sociedad y

de la mayor propagación de daños entre los pobres, los cambios en el perfil epidemiológico abarcan a todos los sectores de la población: las enfermedades cardiovasculares, los tumores, los accidentes y los hechos de violencia, la diabetes y los trastornos mentales afectan a cada vez mayores segmentos de la ciudadanía. Esta situación es particularmente dramática frente a un Estado que sólo ha tenido un manejo parcial e ineficaz de una agenda programática anclada unilateralmente en las enfermedades metaxénicas.

Si bien no debemos escatimar algunos logros sanitarios en el control de grandes epidemias, el mantenimiento de coberturas de vacunación y el fortalecimiento de la capacidad de respuesta de algunas intervenciones como la referida a la tuberculosis, es evidente que se vislumbra un agotamiento del modelo de intervención del Estado basado estrictamente en el control de enfermedades o eventos adversos. Los programas nacionales de intervención intersectorial —como los del niño y del adolescente o los de la tercera edad— se estrellan frente a una organización sanitaria que sólo puede mirar las enfermedades y no tiene ninguna capacidad de entender la trama social en que se desenvuelve el proceso salud-enfermedad.

Todo ello nos conduce a retomar un debate que aparece cíclicamente en la salud pública peruana: dónde terminan los aspectos y las determinaciones biológicas en el campo de la salud y dónde empieza la influencia del medio ambiente, la cultura y la sociedad. Esto nos obliga a replantear la visión de la respuesta del Estado frente a los problemas de la salud, la cual debe ser cada vez menos medicalizada y biológica para convertirse en más sistémica y engarzada en la trama de los problemas socioeconómicos.

6. UNA VISIÓN SISTÉMICA DEL PROCESO SALUD-ENFERMEDAD-CUIDADO DE LA SALUD PARA UN NUEVO ESCENARIO DE LA SALUD

La enfermedad, conforme enseña María Ángeles Durán,³ no sólo tiene efectos corporales sino que también recorta derechos de ciudadanía, porque instaura la dependencia del enfermo —sobre todo en el caso de en-

³ Durán, María Ángeles. *Los costes invisibles de la enfermedad*. Bilbao, Fundación BBVA, 2002. Segunda edición.

fermos graves, crónicos o con minusvalía—, dificulta su capacidad de decisión, le hace perder independencia económica y afecta a los cuidadores no remunerados, promoviendo su empobrecimiento, además de ponerlos en riesgo de contagio.

No puede haber desarrollo con una población enferma. La enfermedad afecta las capacidades y empobrece. El estudio del impacto económico de la malaria en el Perú realizado en 1998⁴ estimó que ésta le costaba al país 40 millones de dólares, de los cuales 24% eran asumidos por el MINSA y 71% por las familias peruanas. El estudio del impacto económico de la tuberculosis en el Perú realizado el año 1999⁵ consignó que el costo estimado para el país de esta enfermedad oscilaba entre 66 y 108 millones de dólares; las familias solventaban un poco más de la cuarta parte del costo total, 26%, en tanto que el Estado cubría 18%. Estos costos incluyen los gastos realizados, el impacto económico de la mortalidad y el tiempo perdido por incapacidad y por ir a las consultas —este último se refiere también al de los acompañantes—.

El impacto sobre los enfermos y su entorno se acrecienta, además, por los niveles de pobreza y la insuficiente cultura preventiva y previsional existentes en el país. En el Perú, toda enfermedad se convierte en un evento catastrófico. El gasto de los hogares se destina principalmente a la alimentación (35,9%) y a la vivienda (31,3%) y sólo 3,4% a la salud, porcentaje inferior a los gastos en esparcimiento y diversión (8,5%), transporte (6,3%), calzado (4,4%) y muebles y enseres (4,4%).⁶ En suma, se establece un círculo vicioso: la pobreza promueve la enfermedad y la enfermedad, a su vez, promueve la pobreza.

De ahí que nos toca reemplazar la mirada reduccionista de la salud, compartimentada por enfermedades, por una mirada más amplia, sistémica, del proceso de la salud-enfermedad-cuidado de la salud, base de un nuevo modelo de protección social en salud, más efectivo, compartido, inclusivo, equitativo y eficiente que el diseñado en las décadas de 1960 y 1970.

4 MINSA, Proyecto VIGIA. *Impacto económico de la malaria en el Perú*. Lima, MINSA, 1999.

5 Instituto Apoyo. *Impacto económico de la tuberculosis en el Perú. Informe final*. Lima, 2000.

6 Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). *ENAH0-IV*. Lima, 2000.

El escenario futuro de la salud de la población peruana puede tener dos grandes rumbos. Un escenario posible pero no deseable es que continúe la tendencia general actual al desgobierno en la articulación de una respuesta social, institucional y poblacional frente a los problemas de salud. Esta ausencia de gestión de la ocupación del territorio y del ambiente, de la salud urbana, del mundo del trabajo, de alternativas a la exclusión social, de adecuaciones y modulación de los cambios demográficos, podría llevarnos a un escenario de poblaciones cada vez más adultas, pobres y enfermas, en entornos ambientales críticos, con espacios urbanos hostiles y degradados. En este lento declive estamos hace varias décadas, sólo que a fuerza de verlo todos los días se convierte en parte del paisaje y *la sociedad asimila como normal una existencia vitalmente pobre*.

El otro escenario de la salud es el que nos toca construir a la sociedad y al Estado. Es el del desarrollo como libertad y liberación,⁷ desde un proyecto nacional, una nueva visión del país, una nueva mirada al problema de salud; desde la gente, desde la sociedad, que convoque un real pacto social por la salud y permita alcanzar la promesa de la vida peruana a la que aludía Basadre.

⁷ Iguíñiz, Javier. *Desarrollo, libertad y liberación en Amartya Sen y Gustavo Gutiérrez*. Lima, Centro de Estudios y Publicaciones-Pontificia Universidad Católica del Perú-Instituto Bartolomé de Las Casas, 2002.

CAPÍTULO 3

El modelo de protección social, la economía doméstica y la respuesta no institucional en salud

El hecho histórico que ha marcado nuestras políticas sociales y de salud durante las últimas décadas ha sido la opción del Perú por tomar una ruta distinta de la del Estado de Bienestar o sus versiones latinoamericanas vigentes en los años sesenta y setenta del siglo pasado.

Por eso, si bien a lo largo de estas últimas décadas han habido innovaciones y mejoras provenientes de diferentes olas de reformas en salud —primero la reforma de atención primaria en los años ochenta y luego la reforma gerencial en los años noventa—, el hecho de que se hayan mantenido intactas las bases del modelo de protección social que surgió en las décadas de 1960 y 1970 ha determinado que estos cambios incidan poco en la efectividad de nuestro sistema de salud y ha cargado el pasivo sobre las familias y las redes sociales.

Hace tres décadas, la mayoría de salubristas importantes propusieron construir un Servicio Nacional de Salud financiado públicamente, surgido de la integración de diferentes proveedores públicos dispersos, sin que esto determinase la desaparición del subsector privado, dirigido a las personas que tuviesen medios para acceder a él. Los decisores de entonces prefirieron continuar con el modelo segmentado para no levantar resistencias, dado que en el Perú la tradición patrimonialista es muy fuerte dentro del Estado y esto hace que las autoridades defiendan sus espacios institucionales como si fueran privados.

Además, en el contexto de la industrialización de entonces, se pensó que el Perú del futuro guardaría ciertas proporciones entre los trabajadores que iban a ser atendidos por el Seguro Social, los pobres que iban a acudir al MINSA y las capas medias y altas, que irían a los consultorios y las clínicas

privadas. Esta previsión, sin embargo, no se cumplió, y en las décadas siguientes se fue pasando a otro Perú, mayoritariamente informal y pobre, caracterizado por el adelgazamiento de la capa laboral formal y de la franja de clases medias y altas. Esto ha generado un desfase entre la vieja institucionalidad en salud —basada en el modelo segmentado, que lleva implícito una baja rectoría— y la nueva fisonomía social del Perú posvelasquista. Los costos están siendo pagados por la población, que ha debido asimilar una carga de morbilidad mayor que la normal y compensar con trabajo no remunerado en salud la escasa regulación del Estado.

Por eso, todos los planteamientos que tienden a soluciones cosméticas a las que se denomina *reformas* no tienen la capacidad de explicar suficientemente ni de resolver las vicisitudes de nuestro sistema de atención para producir avances sustantivos en la salud de nuestra población. Para llevar adelante una reforma efectiva del cuidado de la salud, no queda, entonces, sino mirar más allá de temas específicos y analizar el sistema de protección social que expresa la organización y el financiamiento de la atención de la salud en el Perú.

1. EL MODELO DE PROTECCIÓN SOCIAL EN SALUD: LOS “REGÍMENES DE BIENESTAR” EN LOS PAÍSES QUE NO TIENEN UN ESTADO DE BIENESTAR

Esping-Andersen⁸ clasificó los regímenes de bienestar social de los países desarrollados en tres modelos: el modelo residual, representado por Estados Unidos; el modelo institucional público de los países nórdicos de Europa; y el modelo familiar conservador, ubicado en la zona continental y mediterránea de Europa, representado por Alemania y sobre todo por España. En el primero prima el mercado en las áreas sociales, en el segundo el Estado, y en el tercero, la familia tiene un peso importante. El modelo familiar fue la versión demócrata-cristiana del Estado de Bienestar y combina la intervención pública con la de las familias. Se puede decir que en el Perú —y en buena parte de América Latina— se observa este último modelo.

⁸ Esping-Andersen, Gosta. *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Princeton, Nueva Jersey, Princeton University Press, 1998.

Esta clasificación tiene una enorme importancia para comprender el modelo de protección social peruano, basado en una combinación particular de trabajo no remunerado y atención profesional.

Cada país tiene un “régimen de bienestar social” específico, que articula las diferentes fuentes productoras de bienestar. Dado que hay varias fuentes de financiamiento de la protección social —salarios o ingresos, inversión estatal y aportes no remunerados de la familia y la comunidad—, en cada país estas fuentes actúan siempre manteniendo una proporción y guardando un equilibrio durante períodos de tiempo. Cuando una de estas fuentes falla, las otras deben reemplazarla. Hay, según esta clasificación, cuatro tipos de países:

- a) *Países de ingresos altos e inversión social estatal baja.* Éstos son los países de mercado, en los que se supone que las políticas públicas cuidan el empleo y los ingresos; la inversión estatal en el campo social es débil y los salarios deben, entonces, cubrir lo que las políticas sociales no hacen. En estos casos el trabajo no remunerado doméstico no es muy alto, por tercerización o compra de servicios.
- b) *Países de ingresos altos e inversión social estatal alta.* Éstos son los países europeos socialdemócratas, en los cuales la inversión social del Estado es alta y funciona a manera de un salario diferido o sueldo social. En estos casos el trabajo no remunerado doméstico no es muy alto.
- c) *Países de ingresos bajos e inversión social estatal alta.* Del tipo de Cuba, en que los salarios son magros pero el gasto público intenta compensar esta situación con servicios estatales gratuitos. En estos casos el trabajo no remunerado doméstico es alto.
- d) *Países de ingresos bajos e inversión social estatal baja.* Entre éstos se encuentran, lamentablemente, el Perú y muchos países latinoamericanos, pues los sueldos son bajos y el gasto social también. En estos casos el trabajo no remunerado doméstico y la respuesta no institucional son altos. En el campo de la salud, la autorreceta, el cuidado familiar, la consulta en farmacias y la atención no profesional deben cubrir la tenue presencia de un sistema de protección.

Las estadísticas sobre financiamiento en salud en el Perú, en el que el aporte de los hogares es el mayor, ratifican este diagnóstico. El Estado

aporta sólo 25% del financiamiento del sector; 36,9% lo ponen los hogares y 33,5% los empleadores y trabajadores, vía descuentos por planillas para el Seguro Social. En términos monetarios, en el año 2000 los hogares desembolsaron más de 3.400 millones de nuevos soles, principalmente para la compra directa en farmacias (49,1%) y para atenciones efectuadas en establecimientos de prestadores privados de salud (32,3%). Los empleadores y trabajadores financiaron 3.100 millones de nuevos soles en salud, en gran parte dirigidos a los aportes obligatorios a EsSalud (81,8%). Por su parte, el financiamiento del Tesoro Público (2.311 millones de nuevos soles) estuvo centrado fundamentalmente en el MINSA (86,4%). En síntesis, el financiamiento de la atención de la salud en el Perú es en su mayor parte privado, si bien la presencia del Estado en la prestación se ha incrementado durante la última década.

La fórmula peruana que resume la respuesta institucional en salud es, así, equívoca: el Estado aparece como el protagonista porque aporta una buena parte de la prestación, la consulta, pero quien financia centralmente al sector por detrás es la población, vía gasto de bolsillo —el gasto de los hogares— y sus aportes al seguro social.

De ahí que los planteamientos de reforma basados únicamente en modernizar la gestión, aspecto necesario pero insuficiente, olvidan este tema fundamental. En realidad se necesita un mayor volumen de recursos para invertir en salud y una mejor gestión de éstos, pero además y sobre todo, una reforma integral de la protección social en salud, que debe comprender estos dos elementos ordenándolos en función de una nueva agenda sanitaria y un nuevo modelo de atención; es decir, de otra forma de hacer salud.

2. ECONOMÍA DOMÉSTICA Y RESPUESTA NO INSTITUCIONAL EN SALUD EN EL PERÚ

Junto con la respuesta institucionalizada —que es la que dan el MINSA, EsSalud y el sector privado—, existe la respuesta no institucionalizada, que integra el cuidado doméstico o trabajo no remunerado en salud y la atención no profesional.

El mundo del cuidado doméstico y comunitario en salud es mucho más grande que la respuesta institucionalizada, y en él se cura, previene, promueve y rehabilita. Este mundo aparece, sin embargo, invisible, al

punto que se ha venido reclamando a la población que no exija sólo derechos sino que cumpla sus deberes. Si bien en términos generales esta exigencia es correcta, se olvida que aquí ya buena parte del edificio sanitario está sostenido por el cuidado doméstico y comunitario.

Una reforma sanitaria integral y comprensiva, centrada en la prevención y promoción de la salud, deberá superar los enfoques de oferta de la década pasada y tomar en cuenta ambas respuestas a la problemática de la salud, la institucional y la no institucional.

2.1 LAS READECUACIONES DEL MODELO FAMILIAR Y LAS OPCIONES DEMOGRÁFICAS ANTE LA DEBILIDAD DEL ESTADO

Una de las consecuencias de la debilidad de la protección social pública-estatal en salud es que ha obligado a la población a procesar cambios en el modelo de familia, de hogar, así como en las opciones de fecundidad, y ha generado la reconstrucción de redes sociales de protección.

El ingreso masivo de la mujer al trabajo, el aumento de la familia extendida, el incremento de las jefaturas de hogar femeninas, el establecimiento del doble ingreso por hogar como una situación normal e incluso la extensión de la fórmula de convivencia son readecuaciones populares ante un sistema de protección que se muestra débil para enfrentar los riesgos que supone la supervivencia moderna. Los cambios en la fecundidad y la mortalidad anunciados por la transición demográfica no se han originado, entonces, sólo por un proceso de “modernización cultural” sino por necesidad. Y tienen profundas repercusiones sobre la salud, su cuidado y su atención.

Efectivamente, si bien desde 1950 hasta el año 2002 el número de habitantes ha crecido de 7.600.000 a 26.000.700,⁹ la velocidad del crecimiento promedio anual aminoró de 2,4% durante 1950-1960 a 1,3% en 1990-2000.¹⁰ La tasa global de fecundidad, que era de 4,3 hijos por mujer en 1986, disminuyó a 2,9 en el año 2000. Ello se ha reflejado en nuestra pirámide etaria, en la cual el porcentaje de niños y jóvenes menores de 15 años disminuyó en 10,8 puntos porcentuales entre 1972 y el

⁹ Instituto Cuánto. *Perú en números 2003*. Lima, Cuánto, p. 213.

¹⁰ INEI-UNFPA. *Estado de la población peruana 2002*. Lima, INEI, 2002.

año 2003, mientras que el porcentaje de la población de entre 15 y 64 años de edad se amplió en 9,6%. En el mismo sentido, aunque a menor ritmo, la población de adultos mayores se ha incrementado de 3,9% a 5%.

La población ha reajustado así su propia fecundidad, consciente de que ya los hijos no venían “con su pan bajo el brazo”, como se decía antaño. Sin embargo, hay que anotar que el reajuste de la fecundidad no ha sido homogéneo: hay una combinación entre el incremento del embarazo adolescente y la postergación del primer hijo en la mujer adulta. Según la ENDES 2000,¹¹ las mujeres comienzan a tener hijos a edades tempranas, antes de los 18 años, pero las mujeres adultas jóvenes (menores de 30 años) tienden a tener a su primer hijo más tardíamente. Ello ha afectado el tamaño promedio de las familias peruanas, que han mostrado una tendencia ligeramente decreciente: de un promedio de 5,3 miembros por hogar en 1991-1992 a 4,5 en el año 2000.¹²

Por otro lado, la dureza de la vida ha obligado a una parte de la población a superar el patrón familiar patriarcal clásico, reivindicado por el conservadurismo, que determinaba la reclusión de la mujer como ama de casa. Uno de los grandes fenómenos sociales de las últimas décadas ha sido el ingreso de la mujer al trabajo remunerado. La tasa de actividad económica por cada 100 hombres no varió mayormente entre 1981 y 2001 —alrededor de 79-80%—, como sí lo hizo en forma importante la tasa de actividad de las mujeres, que en ese lapso subió de 25,5% a 57,3%. Hoy en día los hogares peruanos tienen en promedio dos miembros con ingresos, promedio que es de 1,7 en el nivel rural y 2,2 en el nivel urbano.

Esto ha tenido implicancias sobre el cuidado de la salud, pues dentro de sus labores hogareñas la mujer ama de casa siempre cumplió el papel de “enfermera doméstica”. Ahora que ha ingresado como trabajadora remunerada, ello no la ha eximido del cuidado de los niños y sigue siendo la principal gestora del hogar en las actividades que suponen el cuidado de la salud familiar. Una proporción de 47,7% de las mujeres en edad reproductiva que trabajan se encargan del cuidado de los menores de 6 años en casa, cifra que contrasta mucho con la proporción de hombres que asumen esa labor (3%). Las decisiones sobre el cuidado de la salud dentro del hogar las toma sobre todo la mujer (59,6%); en menor medida,

¹¹ INEI. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) 2000, p. 53.

¹² INEI. ENDES 1991-92 y 2000.

Cuadro 1
PERÚ: CUIDADO DE LOS NIÑOS MIENTRAS LA MUJER
EN EDAD REPRODUCTIVA TRABAJA, 1996

Indicador	Total	Lugar de residencia	
		Urbana	Rural
MENORES DE 6 AÑOS EN CASA			
Ningún niño en casa	60,3	66,0	44,8
Uno o más niños en casa	39,7	34,0	55,2
Total	100,0	100,0	100,0
QUIÉN CUIDA A LOS NIÑOS MIENTRAS LA MUJER TRABAJA			
Ella misma	47,7	38,1	63,8
Esposo/compañero	3,0	3,9	1,5
Otro familiar	20,3	26,2	10,3
Vecina/amiga	0,7	0,8	0,5
Empleada	4,4	6,3	1,0
Institución/escuela	3,4	4,2	2,0
Otras hijas	11,3	9,9	13,6
Otros hijos	2,8	2,5	3,1
Otras personas	4,9	5,9	3,1
Sin información	1,7	2,1	1,0
Total	100,0	100,0	100,0

Fuente: INEI, ENDES 1996.

las decisiones son compartidas con la pareja (22,8%) o son tomadas solamente por el hombre (15,7%).¹³

Esta moderna sobrecarga ha motivado que los hogares de doble ingreso busquen la ayuda de un familiar (20,3%) o se apoyen en otras hijas (11,3%) o hijos (3,1%) para asumir esta tarea. Algunas funciones que antes correspondían exclusivamente a la madre-ama de casa han debido redistribuirse.

¹³ INEI, ENDES 2000.

En otras palabras, la crisis estructural del empleo y la debilidad de las políticas sociales han promovido la modificación de algunos patrones familiares. Entre los años 1991-1992 y 2000, el porcentaje de mujeres que son jefas de hogar se ha elevado de 15,2% a 19,5%.¹⁴ La presencia del tipo de familia extendida, aquella en que se acoge a los parientes, se ha consolidado y constituye 25% del total de las familias. Han venido creciendo, además, los hogares unipersonales (8% el año 2001) y disminuyendo el porcentaje de familias nucleares (58,3% ese año). Entre 1981 y 1998 ha aumentado la población de 12 años y más que está constituida por convivientes (de 12% a 17,3%), se ha incrementado el número de solteros (de 40,2% a 46,4%) y ha disminuido el de casados (de 38,4% a 33,2%).¹⁵ Entre 1986 y el año 2000 el número de mujeres en edad reproductiva que están casadas ha disminuido de 40,1% a 31,3%, mientras que el de convivientes ha aumentado de 17,9% a 24,8%.¹⁶ Entre 1996 y el año 2000 la proporción de mujeres que nunca han estado en unión pasó de 11,5 % a 14,1%.¹⁷ Definitivamente, la sociedad peruana viene creando nuevas formas de unión, reordenando los roles para afrontar, de la forma más diversa, la relativa desprotección social.

Se hace evidente, así, que hemos vivido y estamos viviendo una revolución demográfica y familiar, y que quienes modelaron nuestro sistema de salud segmentado pensaron en una respuesta institucional liviana, suponiendo que iba a existir más empleo —que iba a ser cubierto por el seguro social bismarckiano—, menos informalidad y pobreza y un sistema de enfermería doméstica basado en mujeres exclusivamente amas de casa. Hoy estamos en otra situación marcada por el escaso empleo, la mucha informalidad, la pobreza masiva y diversas fórmulas de soporte familiar, con tendencia al cuidado múltiple de los hijos y una jornada más extensa e intensa de la mujer, a la vez ama de casa, trabajadora, promotora social y encima enfermera.

¹⁴ INEI. ENDES 1991-92 y 2000.

¹⁵ INEI. Censo Nacional de Población y Vivienda 1981 y ENAHO 1998-II.

¹⁶ INEI. ENDES 1986 y 2000.

¹⁷ INEI. ENDES 1996 y 2000.

2.2 PESO Y DINÁMICA DE LA ECONOMÍA DOMÉSTICA EN LA SALUD

La población peruana viene soportando una enorme “carga de morbilidad”. Como veremos, los enfermos que están en casa, las personas con enfermedades crónicas o con alguna discapacidad, los pacientes terminales, las personas con problemas de salud mental, los hospitalizados, constituyen una franja importante de la población total, que requiere una inversión familiar de tiempo no remunerado. Este peso de la enfermedad no es muy visible en la agenda pública, y ello tampoco permite visibilizar el peso de la economía doméstica y la respuesta no institucional en salud.

En adelante será necesario promover que las encuestas oficiales desagreguen sus cuestionarios de tal forma que emerja esta “dimensión invisible” de la enfermedad. Y convendrá, además, no tratar secuencialmente las dos respuestas —la no institucional y la institucional—, pues ambas caminan superpuestas y en interacción. El esquema clásico de necesidad y demanda en salud deberá ser reformulado, pues la economía doméstica en salud y la respuesta no profesional corren en paralelo y se cruzan en cada momento con la atención profesional.

a) *Las personas con síntomas: necesidad o demanda potencial*

El punto de partida de los dos circuitos, el institucional y el no institucional, está constituido por todas las personas que durante las cuatro últimas semanas manifestaron haber tenido síntomas de enfermedad, sufrido un accidente o incurrido en algún gasto en salud. Este universo, conforme a ENNIV 2000, abarcaba a 25,2% de la población; esto es, a 6.448.382 personas.¹⁸ En otras palabras, *una cuarta parte de la población peruana está “ocupada” —por lo menos parcialmente— en sus problemas de salud*, lo que a su vez ocupa a las personas que comparten el hogar.

b) *La enfermedad ambulatoria y la enfermedad inmovilizante*

Según la ENNIV 2000, del conjunto de personas que reportaron enfermedad o accidente (25,2% del total), no efectuaron consulta institucional

¹⁸ Instituto Cuánto. *Anuario Estadístico Perú 2003*, p. 342.

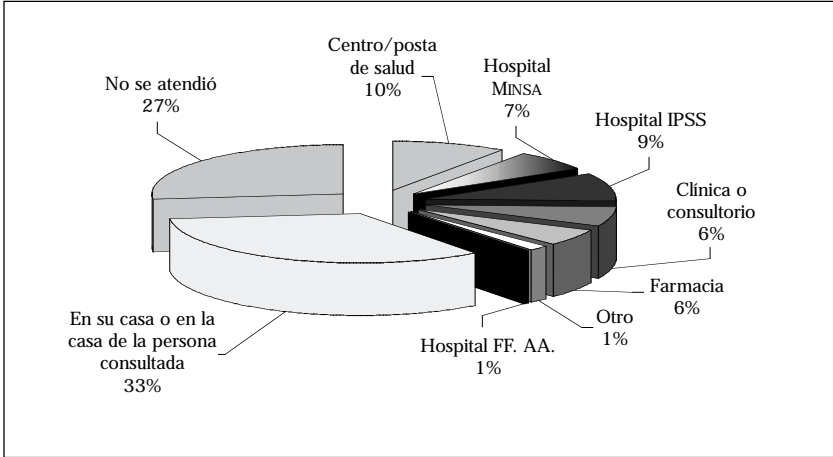
44,1%. En años anteriores, este porcentaje de no consultantes era mayor: 60,7% en 1994 y 50,9% en 1997. Evidentemente, los no consultantes se automedicaron, no se trataron o se trataron en la economía doméstica o en la atención no institucional. La Encuesta Nacional de Hogares 2001 reveló que 18,4% de las personas se automedicaron y 22,5% no consultaron, porcentajes que, sumados, se acercan a 44,1% de no consultantes en las ENNIV.

Evidentemente, no todas las personas que conforman el 25,2% que manifestaron enfermedad o accidente habría requerido consulta profesional. La misma encuesta revela, sin embargo, que *32,4% de este total estuvieron impedidos de realizar sus actividades cotidianas durante un promedio de 4,9 días*, lo que de alguna manera refleja un tipo de daño o dolencia mayor. Podemos deducir que, en general, el otro 67,6% sufrió una enfermedad o accidente leve, ya que el evento no le ocasionó impedimento para realizar sus actividades normales. *Quienes debieron interrumpir sus labores por una dolencia mayor fueron, entonces, 2.089.275 personas*, que necesariamente debieron generar algún nivel de dependencia respecto a algún apoyo familiar, amical o comunitario. Esto significa que las enfermedades que ocasionan inmovilidad habitualmente afectan la rutina de una franja masiva de la población, integrada por los enfermos impedidos de realizar actividades normales y los parientes y amigos que se ocupan en el cuidado de su salud.

Por otro lado, es revelador del peso de la respuesta no institucional el porcentaje de personas que declaran haber sido atendidas en sus casas. La Encuesta Nacional de Demanda de Salud (ENDESA) de 1995¹⁹ reportó que la casa —sea la de la persona enferma o de la que fue consultada por ésta (generalmente un familiar, amigo o curandero)— fue el lugar de atención de *la tercera parte de personas que padecieron enfermedad (33%)*. El 9,7% se atendió, entonces, en un centro o posta de salud del MINSa, 9% en algún hospital del IPSS, 6,8% en un hospital del MINSa, 6,3% en consultorios o clínicas particulares y 5,8% en farmacias, mientras que 26,6% no se atendió. En las encuestas oficiales no aparece la casa del enfermo, mientras que la respuesta no institucional está muy minimizada.

¹⁹ Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico. Encuesta Nacional de Demanda de Salud-ENDESA, 1995. Encuesta aplicada a 1.290 hogares a nivel nacional entre noviembre de 1995 y enero de 1996, que contó con el auspicio de USAID.

Gráfico 1
PERÚ: CONSULTA EN SALUD SEGÚN LUGAR DE ATENCIÓN, 1995



Fuente: Universidad del Pacífico. Encuesta Nacional de Demanda de Salud (ENDESA) 1995.

c) *El cuidado domestico de la enfermedad crónica, personas con discapacidad y hospitalizados*

Según la ENNIV 2000, el porcentaje de personas que padecía alguna enfermedad crónica ese año fue de 12,1%.²⁰ Evidentemente, la presencia de enfermos crónicos en la unidad familiar representa un alto costo en tiempo y gastos para la familia, por lo extendido del tratamiento. Las neoplasias, por ejemplo —que están entre las enfermedades que demandan mayor gasto en salud debido a los elevados precios de los medicamentos y los tratamientos, y al tiempo empleado en traslados y cuidados—, representaron en el año 2000 17,5% del total de causas de muertes registradas en el MINSA. Si bien este registro de mortalidad no es enteramente confiable, grafica de alguna manera la franja a veces invisible de personas en tránsito a la fase terminal que representan sobretrabajo femenino y familiar.

²⁰ Instituto Cuánto. *Anuario Estadístico Perú en Números 2003*, p. 342.

Otro caso es el de las *personas con discapacidad*. El estudio *Prevalencia de la deficiencia, discapacidad y minusvalía*, realizado por el Instituto Nacional de Rehabilitación (INR) en 1993²¹ concluyó, de manera sorprendente, sobre la base de la visita a 630 viviendas y la evaluación profesional de 2.791 personas, que 45,4% de la población es afectada por algún tipo de deficiencia: 31,28% tiene alguna discapacidad y 13,08% alguna minusvalía. Las causas principales de discapacidad eran las enfermedades que originan deficiencias en las funciones neuro-músculo-esqueléticas relacionadas con el movimiento (74%), entre las cuales destacan las enfermedades reumáticas (36%) y las del sistema nervioso (14%); en segundo lugar, estaban las enfermedades que ocasionan deficiencias en las funciones mentales superiores; y en tercer lugar, las enfermedades que ocasionaban deficiencias de la comunicación. Además, se encontró en este estudio que las discapacidades leves y moderadas constituían 84% de todas las discapacidades, mientras que las graves representaban 16%.

En la demanda atendida del INR el año 2001, 58,37% de las atenciones correspondieron a discapacidades de locomoción, 15,1% a discapacidades en el desarrollo psicomotor, 13,6% a discapacidades de comunicación, 7,2% a discapacidades de aprendizaje (cognitivas) y 5,4% a discapacidades mentales y de adaptación social.

Los *problemas de salud mental*, que merecen también atención continua y casi siempre exigen apoyo del entorno familiar, están muy extendidos en el país. Según el Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental del 2002, 33,8% de la población limeña ha percibido algún problema de salud mental en el transcurso de su vida. Evidentemente, el abanico de problemas de salud mental es muy amplio y diverso, pero su demanda es baja: el mismo estudio reveló que si bien 17,5% de la población manifestó la necesidad de acudir a los servicios de salud mental en los últimos seis meses, sólo 24,3% de este total se atendió en alguno —7,8% en el MINSa, 7,4% en EsSalud, 3,7% en un centro privado, 1,9% en la Sanidad de las Fuerzas Armadas y en la Sanidad de las Fuerzas Policiales, y el restante 3,8%, en otros—.

Por último, *los pacientes hospitalizados* requieren siempre una atención especial de los familiares. En el año 2002 hubo 588.131 egresos

²¹ Estudio realizado por el INR en convenio con la Organización Panamericana de la Salud y con la asesoría técnica del INEI.

hospitalarios en el MINSA y 388.972 en EsSalud. En suma, 977.173 personas tuvieron estancias hospitalarias en alguno de los dos sistemas de atención masiva existentes en el país. Casi un millón de personas necesitaron ingresar a nosocomios para curarse, lo que evidentemente significó un cambio en su rutina cotidiana y en la de su entorno cercano.

2.3 EL CUIDADO EXTRADOMÉSTICO NO INSTITUCIONAL DE LA ENFERMEDAD

Conforme a las estadísticas existentes, la cobertura de la oferta no institucional es baja. Según la ENNIV, la consulta no institucional atendió, el año 2000, al 15,3% del total de personas que manifestaron síntomas de enfermedad o sufrieron un accidente. En la ENAHO-IV del año 2001 este porcentaje fue de 15,2%, pero en realidad la consulta no institucional es mayor. La diferencia entre lo que se declara y lo que en verdad sucede probablemente se explique por las opciones dicotómicas que presentan las encuestas, que obligan a optar por uno u otro proveedor de atención y a descartar de la respuesta otras alternativas.

a) Consulta en farmacias y boticas

La ENNIV registró, para el año 2000, sólo 4,5% de consulta en farmacias, a diferencia de la ENAHO-IV 2001, que señaló un promedio nacional de 11,7% de atención en farmacias y boticas, porcentaje que a nivel urbano fue de 14,1% y a nivel rural de 5,7%. Las ENAHO han venido registrando leves incrementos en este proveedor real, no sólo en términos de medicamentos sino también de consultas: en 1998, 6% de la población pobre se atendía en farmacias o boticas, en tanto que en el año 2000 este porcentaje se incrementó en 3%; para el caso de la población no pobre, el porcentaje de personas que se atendieron en farmacias fue algo menor: 5,7% en 1998 y 7% en el año 2000.²²

²² INEI-MECOVI. Condiciones de vida en el Perú: evolución 1997- 2000. Encuesta Nacional de Hogares. Lima, INEI, 2002.

b) Curanderos y medicina tradicional

Según la ENNIV, las consultas con curanderos representaron 2,3% en el año 2000, cifra que coincide con el 2,4% revelado por la ENAHO 2000. Datos del INEI señalan que 3,5% de las personas que manifestaron estar enfermas o haber sufrido un accidente se atendieron en la casa de un agente comunitario de salud —curandero, huesero u otros—, y que los hogares más pobres han optado en mayor medida por acudir a un especialista en medicina tradicional que los hogares no pobres. En 1998 y 2000, los porcentajes de personas provenientes de hogares pobres que acudieron donde un curandero, huesero o chamán fueron de 7,8% y 6% respectivamente, frente a 4,9% y 3,8% de personas provenientes de hogares no pobres que lo hicieron en el mismo período.

Las razones por las cuales la población urbana acudió a un especialista en medicina tradicional fueron principalmente las siguientes: que la consulta es más barata (33,5%), la costumbre (30,8%), la mayor confianza en estos agentes (24,7%) y la creencia en que la medicina tradicional curará sus males (10,8%). El fracaso del tratamiento médico también fue una causa importante para no acudir a la medicina institucional (10%).

La visión medicalizada estigmatiza la respuesta no institucional como si ella no se originara en buena medida por los límites de la respuesta institucional. Según la ENAHO-IV 2000, las principales razones para que la población no acuda a la consulta institucional, pese a reportar enfermedad o

Cuadro 2
PERÚ: RAZONES PARA LA NO CONSULTA INSTITUCIONAL
DE LA POBLACIÓN ENFERMA O ACCIDENTADA, 2000

Razones de la no consulta institucional	Total	Área	
		Urbana	Rural
Dificultades económicas	53,0	55,8	50,1
Falta de credibilidad en la medicina ^a	38,3	32,4	44,6
No consultó porque no fue necesario	10,7	14,4	6,7
No existe servicio de salud cercano	4,9	0,7	9,5
Otros motivos	7,0	11,0	2,7

^a Comprende preferencia por remedios caseros y falta de confianza en la medicina moderna.
Fuente: INEI, ENAHO-IV 2000.

malestar, están relacionadas con dificultades económicas (53%) y factores socioculturales (38,3%) —la preferencia por el tratamiento casero para combatir la enfermedad y la desconfianza en la medicina moderna—. Este último porcentaje a nivel nacional resulta ser mayor en las zonas rurales (44,6%) que en el ámbito urbano (32,4%) por las distintas maneras de entender y tratar el tema de la salud y la enfermedad que existen sobre todo en la zona andina y en la amazónica. Otros factores que incidieron en la no consulta institucional, aunque en menor proporción, fueron el considerar irrelevante la enfermedad (10,7%) y la lejanía de los establecimientos de salud (4,7%).

Por otro lado, existe una experiencia no siempre grata en la relación con los servicios de salud, que se expresa en *los niveles de demanda insatisfecha*. Un estudio reciente de la demanda de servicios de salud²³ da cuenta de que en el año 2002 8,8% de los usuarios de los servicios de salud estuvieron totalmente insatisfechos con la atención que les brindó el proveedor de salud habitual, en tanto que 13,4% expresaron muy bajos niveles de satisfacción. La suma de ambos porcentajes (22,2%) constituye la demanda de usuarios insatisfechos con la prestación de los servicios de salud a nivel nacional. Los niveles más altos de insatisfacción hacia los proveedores recaen en EsSalud (40%) y el MINSA (32%), mientras que el sector privado tiene los mayores niveles de aceptabilidad (73%).

Cuadro 3
DISTRIBUCIÓN DE LOS USUARIOS POR ESCALA DE SATISFACCIÓN Y PROVEEDOR (%)

Escala de satisfacción	Total	MINSA	EsSalud	FF. AA.	Privados	Otros
0%	8,8	13,0	16,0	7,0	3,0	5,0
al 25%	13,4	19,0	24,0	10,0	5,0	9,0
al 50%	23,4	27,0	28,0	22,0	20,0	20,0
al 75%	32,4	27,0	25,0	45,0	41,0	24,0
al 100%	22,2	14,0	7,0	16,0	32,0	42,0
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	101,0	100,0

Fuente: Madueño, Miguel. *Perú: estudio de demanda de servicios de salud*. Lima, PHRplus, 2002, p. 52.

²³ Madueño Dávila, Miguel. *Perú: Estudio de demanda de servicios de salud*. Lima, PHRplus, 2002.

En síntesis, el esquema de reproducción social de daños existente y el limitado modelo de protección social vigente incrementan la “carga de morbilidad” que soporta nuestra población: 25,2% de ella —6.448.382 personas— tienen regularmente algún problema de salud; 32,4% de este total —2.089.275 personas— están impedidos de realizar sus actividades cotidianas durante un promedio de 4,9 días; 12,1% de personas tienen enfermedades crónicas; 31,28% sufren alguna discapacidad; y finalmente, 17,5% expresaron que en los últimos seis meses sintieron la necesidad de acudir a los servicios de salud mental pero sólo la cuarta parte lograron hacerlo.

Esto muestra que la labor de los 121.000 trabajadores y profesionales de salud del sistema formal es insuficiente. A este esfuerzo se suma el que realizan en forma invisible por lo menos tres millones de cuidadores no remunerados, que con su tiempo y sus gastos cubren los vacíos del modelo de protección social por el cual se optó en décadas pasadas, resumido en una fórmula con amplios niveles de desprotección por estar basada en bajos niveles salariales y baja inversión pública social, además de una forma de organizar la atención profesional de escaso rendimiento y efectividad. Es sobre esta forma institucional que trataremos a continuación.

CAPÍTULO 4

La respuesta institucional en salud en el Perú

Como hemos venido argumentando, el modelo general de protección social está basado en un fuerte componente de respuesta no institucional a los problemas sociales. A ello se añade un modelo de organización de la atención profesional en salud caracterizado por el bajo rendimiento y la escasa efectividad.

Por eso, en el campo de la salud pública nadie defiende la afirmación de que el sistema de atención institucional es bueno u óptimo. Está técnicamente fundamentado que en términos de indicadores de equidad, eficacia, efectividad, eficiencia, calidad, universalidad y solidaridad, el sistema institucional es objetivamente deficiente. La sociedad civil pide, por eso, no sólo que mejore el desempeño del actual sistema —con cambios en los niveles micro y meso— y que se realice una mejor gestión, sino que nos propongamos dar un salto en el desempeño global del sistema, cambiando la forma obsoleta en que está organizada la respuesta institucional en salud.

Los problemas se originan, por tanto, en la falta de recursos y la inadecuada gestión, pero también en una “formulación” deficiente. En términos más claros: existe un notorio desfase entre el diseño sectorial y las necesidades actuales. Hirschman²⁴ enseñó que toda forma organizacional tiene un techo de *performance*, y que los gerentes o conductores activos pueden mejorar un tanto el desempeño dentro del límite de ese techo, pero si el umbral es bajo —como en este caso—, si la estructura origina necesaria-

²⁴ Hirschman, Albert. *Salida, voz y lealtad. Respuestas al deterioro de empresas, organizaciones y Estados*. México, Fondo de Cultura Económica, 1977.

mente desempeños regulares o deficientes, ya no bastan los esfuerzos basados sólo en la buena disposición del personal o en extensiones masivas de las jornadas —en general, los esfuerzos voluntaristas—.

En la década de 1980, en el Perú se resaltó mucho que un problema medular era la escasez de recursos, bandera que en los noventa se esfumó tras el énfasis tecnocrático en que sólo se debía gerenciar mejor la escasez. En razón de ello, durante la última década la mirada de los problemas de salud se volvió intrasectorial, y el resultado general fue una suma de intentos de mejorar los procesos y realizar cambios menores dentro de las viejas estructuras heredadas del pasado. La confianza excesiva en la gestión como clave acabó dominando el panorama.

No se han producido cambios sustantivos en el campo de la salud en buena medida porque el modelo trisegmentado le otorga a la respuesta institucional un techo de desempeño limitado. Cuando los gobiernos disponen recursos para el sector —en particular, para el MINSA— y ponen empeño en las actividades que forman parte de la gestión pública en salud, se eleva la producción de servicios y se amplían las coberturas, pero a la vez se multiplican los problemas propios del modelo, con lo cual se incrementan las filtraciones, los subsidios cruzados, las inequidades y la falta de efectividad. Los peores períodos del sistema son los que combinan bajos recursos con mala gestión —como el vivido recientemente entre los años 2001 y 2003—, pero incluso cuando se amplía el gasto público en salud —como pasó con el fujimorismo antes de cada elección—, el sistema potencia sus beneficios, pero también los problemas que arrastra. Las brechas siempre abiertas de inequidad, exclusión, ineficiencia, baja calidad e ineffectividad son consustanciales al diseño segmentado.

1. LA POBREZA PRESUPUESTAL: EL DESCUIDO DE LA SALUD COMO POLÍTICA DE ESTADO EFECTIVA

El gasto del sector Salud representaba, entre 1980 y 1983, 4,5% del PBI, proporción que disminuyó hasta 3,1% en 1990. En 1995 esta cifra subió a 3,9%, y en 1996, a 4,0% del PBI. Las cifras de 1998 revelan que la sociedad peruana destina alrededor de 4,4% de su Producto Bruto Interno al sector Salud. Para el año 2000, se estimó entre 4,7 y 5,0% del PBI. Esto representaba un volumen de recursos financieros de 2.652 millones de dólares en 1998 y un gasto per cápita en salud de 97 dólares en

1998. En los años 2001-2004 el presupuesto público y el gasto per cápita sectorial han vuelto a bajar.

Así, el Perú ocupa, junto con Ecuador y México, uno de los tres últimos lugares de América Latina en cuanto a gasto en salud respecto al PBI, entre países de PBI per cápita similares. El promedio latinoamericano del gasto en salud era, en 1997-1998, 7,67% del PBI. Respecto al gasto per cápita en salud, los países latinoamericanos con similares PBI per cápita —esto es, en el rango entre 2.000 y 3.000 dólares— tenían un gasto per cápita en salud de 177 dólares.

El hecho de que el Perú ocupe uno de los últimos lugares en el financiamiento de la salud respecto al PBI expresa que en la sociedad peruana este tema no es prioritario. Estamos, así, ante una combinación de grandes problemas de salud con escasa asignación de recursos para atenderlos, lo que implica un alto nivel de tolerancia social, cultural y política a la discapacidad y a la morbilidad evitable, como hemos visto.

Se añade a esto el hecho de que la principal fuente de financiamiento de la salud son los hogares, a los que les siguen las empresas, cuyo aporte se destina, en buena medida, al Seguro Social. El modelo de financiamiento de la salud en el Perú es, así, más privado que público. Además, los denominados “recursos directamente recaudados” (recursos propios) se han convertido en una fuente de financiamiento relativamente importante para los establecimientos del MINSA, en donde pasaron de 6,2% en 1990 a 15,9% en 1999 y 15,4% en el año 2000.²⁵

Cuadro 4
FUENTES DE FINANCIAMIENTO EN SALUD. PERÚ, 1992-2000

Fuentes	1992*	1993*	1994*	1995**	1998**	2000***
Hogares	43,9	46,7	46,1	43,3	38,5	36,9
Empresas	30,1	27,7	28,3	27,7	34,1	33,5
Gobierno	25,4	24,9	24,4	24,8	24,8	25
Externas	0,6	0,7	1,2	1,5	2,6	1,1
Subtotal	100,0	100,0	100,0	100,0	100,00	100,0

Fuentes: * MINSA. *Proyecto 2000. Análisis del financiamiento del sector Salud.*

** OPS. *Perfil del sistema de servicios de salud de Perú, 2001.*

*** OPS. *Proyecciones de financiamiento de la atención de salud. Perú 2002-2006.* Lima, 2002.

²⁵ Dirección General de Planificación y Presupuesto. *El gasto en salud en los 90.* Lima, 1999.

Analizando el destino del financiamiento de los hogares, se observa que 18,1% del gasto de éstos se destina a la compra de medicamentos en farmacias, 11,9% a pagos a los prestadores privados y 4,1% a gastos en los establecimientos del MINSA. Se deduce de esto que las farmacias mueven un volumen bastante importante del financiamiento sectorial. En la medida en que no sólo venden medicamentos sino que los prescriben, se han convertido de hecho en un subsector prestador informal en el Perú.

Estas cifras sobre el financiamiento en salud revelan que durante los últimos treinta años se ha construido un *esquema regresivo de atención institucional*: los insumos farmacéuticos los coloca el mercado; la prestación, centralmente el Estado; y el financiamiento, mayoritariamente los hogares y las empresas.

Cuadro 5

PERÚ 2000: DESTINO DE GASTO DEL FINANCIAMIENTO DE LOS HOGARES

<i>Destino del dinero de los hogares</i>	<i>%</i>
Gasto directo en farmacias	18,1
Prestadores privados (atenciones, servicios intermedios y medicamentos)	11,9
MINSA (atenciones, servicios intermedios y compra de medicamentos dentro de establecimientos)	4,1
Pagos a EPS	1,2
Compra de seguros privados	0,8
Sanidad de las Fuerzas Policiales, de las Fuerzas Armadas y otros	0,4
Compra de seguros independientes a EsSalud	0,4
Total	36,9

Fuente: OPS. Proyecciones de financiamiento de la atención de salud 2002-2006.

2. LA SEGMENTACIÓN: EL DISPENDIO PESE A LA ESCASEZ Y LA BAJA RECTORÍA

El sistema de salud peruano está organizado conforme a un modelo segmentado en el sentido de que cada institución proveedora tiene como responsabilidad la atención de determinados grupos sociales, con funciones competitivas y facultades para formular su propia política. Cada una depende, además, de sectores estatales diferentes: la Sanidad de las Fuer-

zas Policiales, del Ministerio del Interior; la Sanidad de las Fuerzas Armadas, del Ministerio de Defensa; los servicios públicos, del MINSa; y la Seguridad Social, del Ministerio de Trabajo. En este escenario, cada institución sigue la política del sector al que pertenece y mantiene su autonomía sobre la base de los dispositivos legales de creación.

Este sistema segmentado no ha sido creado en un momento, sino que se ha ido conformando por agregaciones realizadas en diferentes etapas. Es el resultado de múltiples transiciones inconclusas, pues se han ido superponiendo diversos subsistemas creados a lo largo del tiempo: la medicina privada ejercida desde la Colonia, la Beneficencia Pública del siglo XIX, el MINSa en 1935, el Seguro Social Obrero en 1936, el Seguro Social del Empleado en 1948, la Sanidad de las Fuerzas Armadas desde el siglo XIX, la Sanidad de las Fuerzas Policiales en el siglo XX. La organización del sector no ha obedecido a una respuesta a las necesidades de salud de la población.^{26,27}

La baja rectoría del MINSa y el dispendio de recursos son características propias de la segmentación. La incoherencia y la desarticulación dentro del sector Salud han generado múltiples y graves problemas en la formación de personal, en la administración de los recursos, en la creación de infraestructura y en la producción de insumos para la salud. Esta situación no sólo se ha mantenido durante las últimas tres décadas, sino que se ha agravado. Ésta es una de las razones por las cuales postulamos que existe un desfase no sólo de la agenda de problemas sanitarios sino también de la agenda sanitaria institucional. El sistema segmentado implica una baja rectoría y, por consiguiente, una gobernanza estructuralmente limitada en su desempeño.

Una de las más graves consecuencias de ello es la duplicidad e irracionalidad en la construcción de la infraestructura de salud, más visible en el caso de los hospitales. Por ello, el promedio de grado de uso de las camas hospitalarias es bastante bajo en el país, alrededor de 50%.²⁸ Aun-

²⁶ Ministerio de Salud. "Situación de salud del Perú", exposición del teniente general Humberto Campodónico, ministro de Salud, en el Centro de Altos Estudios Militares. Lima, abril de 1977, documento no publicado.

²⁷ Brito, P. "Salud, nutrición y población en el Perú". En *Población y políticas de desarrollo en el Perú*. Lima, Instituto Andino de Estudios en Población y Desarrollo, 1983.

²⁸ Madueño, M.; Alarcón, J. y Sanabria, C. "Análisis de la brecha entre oferta y demanda de servicios de salud para la programación de la inversión sectorial de mediano plazo". *Partners for Health Reformplus*. Lima, noviembre de 2003.

que la cifra es muy alta en los institutos especializados ubicados en Lima —alrededor de 90%—,²⁹ los hospitales de la mayoría de capitales de los departamentos y las provincias del interior del país muestran valores entre 20 y 50%.³⁰ Así, es muy frecuente observar que en estas ciudades existen hospitales subutilizados, tanto del MINSa como de EsSalud, lo que ocurre en veinte capitales de departamento. Hay casos anecdóticos de hospitales completamente sobredimensionados, en los cuales varios pabellones se encuentran cerrados.³¹

La baja rectoría y gobernanza se refleja también en el desorden en la provisión de servicios, en el que los hospitales compiten con los centros y las postas de salud como puerta de ingreso al sistema. A pesar del crecimiento experimentado en los servicios primarios del MINSa, en 1999 un importante 42,2% de la atención ambulatoria existente en el país fue brindada en hospitales del sector.³² Como consecuencia de ello, se producen mayores costos y se dificulta el seguimiento de la atención.

Otra consecuencia de ello es la generalización de filtraciones, subcoberturas y subsidios cruzados. Al final, el tesoro público termina financiando a capas sociales pudientes. Durante los últimos 15 años, los quintiles más ricos han aumentado su grado de utilización de los servicios públicos del MINSa, mientras disminuía su utilización de los establecimientos privados de salud y de EsSalud. En 1994, 22,6% de los consultantes del quintil V, el de mejores ingresos, acudían al MINSa, mientras que en el año 2000 lo hicieron 40,4%. A la inversa, en el transcurso de la década de 1990 este mismo segmento utilizó cada vez menos los servicios privados: en 1994 lo hizo en 25,7%, en 1997 en 25,4% y en el año 2000 en 18,5%. Igual disminución se produjo durante la misma década respecto a los servicios del Seguro Social: los enfermos consultantes del quintil V fueron a EsSalud en 26,6% en 1994, en 24,4% en 1997 y en 21,2% en el año 2000. Se puede decir que la recesión condujo a este quintil a los servicios del Estado entre 1997 y el año 2000, y quebró los diques com-

²⁹ Casos del Hospital Rebagliati, el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, el Instituto Materno Perinatal y el Hospital de Emergencias Casimiro Ulloa.

³⁰ Ministerio de Salud-Programa de Fortalecimiento de Servicios de Salud. *Marco para la reforma del subsector público de salud*. Documento de trabajo. Lima, MINSa, 1998.

³¹ En las ciudades de Chota en Cajamarca y Tarma en Junín, por ejemplo.

³² Ministerio de Salud. *III Censo de Infraestructura Sanitaria y Recursos del Sector Salud, 1999*. Lima, MINSa, 1999.

partimentados del modelo trisegmentado clásico. Con esto, el subsidio público se fue reorientando hacia arriba.

Respecto al sector privado en salud, todos los quintiles disminuyeron sensiblemente su utilización, en particular el quintil más pudiente (V). Los enfermos consultantes del quintil más pobre (I) prácticamente desaparecieron como demandantes de servicios privados, al pasar de 4,5% en 1994 a 1,2% en el año 2000. Esto significa que los sectores pobres dependen ahora centralmente del MINSA y de la consulta no institucional.

Cuadro 6
PORCENTAJE DE PERSONAS QUE TUVIERON CONSULTA EN SALUD SEGÚN
SUBSECTOR UTILIZADO Y POR QUINTILES DE POBREZA,
AÑOS 1994-1997-2000

Año	Quintil de pobreza					Total
	Quintil I (pobreza extrema)	Quintil II	Quintil III	Quintil IV	Quintil V (no pobre)	
1994						
MINSA	61,4	56,5	44,1	39,5	22,7	44,8
EsSalud	5,3	9,5	19,7	23,5	26,6	16,9
FF. AA.-FF. PP.	0,8	0,6	1,5	2,3	3,9	1,8
Privado	4,5	7,6	8,4	14,9	25,7	12,2
No institucionalizado	28,0	25,7	26,2	19,8	21,1	24,1
1997						
MINSA	73,4	55	52,6	42,5	27,3	50,1
EsSalud	3,0	12,7	15,7	21,3	24,4	15,4
FF. AA.-FF. PP.	0,2	1	0,4	3,4	2,4	1,4
Privado	5,2	8,2	8,6	13,4	25,4	12,1
No institucionalizado	18,1	23	22,7	19,4	20,5	20,7
2000						
MINSA	74,4	58,4	62,4	49,6	42,1	57,3
EsSalud	11,1	14,9	16,6	19,6	21,2	16,6
FF. AA.-FF. PP.	0,7	0	1,3	1,5	1,6	1,0
Privado	1,2	8,9	5,2	14,3	18,5	9,6
No institucionalizado	12,6	17,8	14,5	15	16,6	15,3

Fuente: ENNIV 1994, 1997 y 2000.

Respecto al Seguro Social, los quintiles I y II —los más pobres— aumentaron su utilización, mientras que los quintiles III, IV y V la disminuyeron. Los consultantes del quintil I aumentaron su utilización de servicios del Seguro de 5,3% en 1994 a 11,1% en el año 2000; igual lo hizo el quintil II, de 9,5 a 14,9%. El quintil III bajó de 19,7% a 16,6%; el quintil IV de 23,0% a 19,6%; y el V de 16,9% a 16,6%. Esto implica que en la década de 1990 se produjeron dos procesos de diferenciación de la demanda de atención entre los públicos del MINSa y EsSalud: mientras el primero “asciende” en términos relativos —MINSa y sobre todo sus hospitales—, el otro se pauperiza.

3. LA LÓGICA ASISTENCIAL: LA ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS PARA LA ATENCIÓN POR EPISODIOS

La atención institucional de la salud es entendida por el sistema como atención de la morbilidad, en una lógica asistencial y no previsional ni de seguridad social. Los servicios están organizados en todos los subsectores, con mayor o menor énfasis, principalmente para brindar atención a la demanda por morbilidad, sin considerar a las poblaciones de mayor pobreza y exclusión, que no se atienden.

Este tipo de atención, enfocada en la morbilidad que es motivo de consulta, es despersonalizada, compartimentada e incompleta; tiene un sesgo recuperativo, que se concentra en la esfera biológica, fragmentando la curación de la prevención y la promoción. *El modelo de atención se basa en una fórmula fuertemente inefectiva*: casi no hay promoción de la salud, sí algo de prevención, la curación es episódica y la rehabilitación muy marginal. Están soslayados la vigilancia de condicionantes y determinantes, el control de riesgos, el cambio de prácticas de la población y las intervenciones públicas de carácter intersectorial.

Por otro lado, la lógica asistencial implica una atención discontinua porque está centrada en los episodios de enfermedad, sin que haya un seguimiento del estado de salud del individuo durante el lapso entre las diversas atenciones. Por otra parte, los establecimientos de salud actúan de manera desarticulada: cada uno funciona aisladamente, sin complementarse con otros de la red de servicios, y sus sistemas de referencia y contrarreferencia son débiles y disfuncionales; la red está pobremente relacionada con los sistemas domésticos, comunitarios y no institucionales de cuidado y atención de la salud.

Al ubicar el centro en la curación de enfermedades descontextualizadas, los intentos de atención primaria de carácter “preventivo” pierden efectividad, tanto en la forma organizativa basada en programas verticales por daños³³ como en la nueva fórmula que busca integrar las atenciones, ganando eficiencia, pero sin cambiar otros aspectos del modelo de atención.

4. LAS EXCLUSIONES E INEQUIDADES CONSENTIDAS: CIUDADANÍAS TRUNCAS Y DIFERENCIADAS

El modelo segmentado representó, en los años sesenta y setenta, la contrapropuesta al planteamiento de construir un Servicio Nacional de Salud, que era entonces la propuesta más avanzada en términos del derecho a la salud. Fue, por tanto, la opción por un “sistema de semiprotección liviano”, que habitualmente mantiene a una franja sin acceso permanente y que brinda atención episódica a otra franja en situación de pobreza, la cual accede a la consulta pero no necesariamente al tratamiento. El sistema público salva su responsabilidad dando cuenta en su estadística de productos y actividades, pero no necesariamente de resultados.

El modelo segmentado expresa, por tanto, una situación de “ciudadanía de baja intensidad”, que, como ha definido O’Donnell,³⁴ es “un Estado de Derecho truncado”, en el que los derechos políticos, civiles y sociales se viven en forma incompleta. Aplicado a nuestro país, esto significa que los derechos políticos se ejercen quinquenalmente, los derechos civiles se negocian permanentemente entre la legalidad teórica y la “legalidad realmente existente”, y los derechos sociales se ejercen a medias.³⁵ El tipo de respuesta institucional a los problemas de salud es parte de esta *construcción inconclusa de un sistema de garantías ante los riesgos sociales*.

³³ Ministerio de Salud-Dirección General de Salud de las Personas. *Plan de implementación del Programa Mujer-Niño*. Lima, Ministerio de Salud, 1999.

³⁴ “La irrenunciabilidad del Estado de Derecho”. *Instituciones y Desarrollo* 8-9, mayo del 2001, Barcelona, Institut Internacional de Governabilitat de Catalunya, pp. 43-82.

³⁵ Arroyo, Juan. “Democratización y racionalización: viejos y nuevos problemas para la acción colectiva en salud”. En Arroyo, J. (ed.). *La salud peruana en el siglo XXI. Retos y propuestas de política*. Lima, CIES-DFID, Policy Project, 2002, pp. 15-39.

Esto explica la existencia regular de una franja excluida y otra semiexcluida. Pero, además, el modelo opera sobre el supuesto de que existen ciudadanía diferenciadas, de primera, segunda y tercera categoría.³⁶ La distribución del gasto en salud según institución prestadora expresa el valor diferenciado de la salud: el MINSa gasta 27,9% para 65% de la población; EsSalud, 25,1% para 27%; y el sector privado, 18,6% para 6% de la demanda atendida.³⁷

Por otro lado, el acceso es muy diferenciado según se trate de ámbitos rurales o urbanos, o atención simple o compleja. Recién en la década de los noventa la cobertura de atención primaria en los ámbitos rurales ha crecido lentamente,³⁸ con limitaciones, a pesar de la importante expansión de infraestructura que se ha producido.³⁹ Pero la falta de acceso de la población rural ha sido aún mayor para los servicios hospitalarios.⁴⁰ El acceso a los hospitales del MINSa es abiertamente regresivo: se incrementa de acuerdo con el nivel de ingreso, mientras que disminuye para la atención primaria.⁴¹ En la práctica existen dos modelos de atención: uno basado en la atención primaria para los más pobres y otro hospitalario —de mayor gasto y que concentra la mayor parte del subsidio público— para la población de ingresos medios y altos. Así, 75% del subsidio al quintil de mayores ingresos de las zonas urbanas es para atención hospitalaria, y resulta mayor que el otorgado a

³⁶ Planas, Pedro. "La difícil integración de las ciudadanía en el Perú". En *Repensando la política en el Perú*. Lima: Red Para el Desarrollo de las Ciencias Sociales, 1999.

³⁷ Petrerá, Margarita. "Financiamiento en salud". En Arroyo, J. (ed.). *La salud peruana en el siglo XXI*. Lima, CIES-DFID, Policy Project, 2002, pp. 87-139.

³⁸ Si bien ha habido un incremento importante de la cobertura de inmunizaciones, la de control prenatal por profesional sólo ha tenido un aumento discreto (de 49% en 1975-1978 a 71% en 1996-2000), mientras que la de atención del parto no ha variado significativamente (de 48% en 1975-1978 a 55% en 1996-2000), a pesar de que el número de nacimientos anuales se mantuvo igual durante ese período (ENDES, 2000).

³⁹ En el año 2000, en zonas rurales, sólo 21,5% de los partos fueron atendidos por un profesional de salud; la cobertura de cesárea fue de 3,7%, la de vacunación completa de niños de 18 a 29 meses fue de 59% y sólo 46,3% de los niños menores de 5 años que tuvieron fiebre accedieron a los servicios (ENDES 2000).

⁴⁰ Ministerio de Salud. *II Censo de Infraestructura Sanitaria y Recursos del Sector Salud, 1996*. Lima, Ministerio de Salud, 1996.

⁴¹ Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Análisis y tendencias en la utilización de servicios de salud. Perú, 1985-2002*. Lima, OPS, 2003.

las zonas rurales.⁴² La exclusión también se repite en el acceso a la seguridad social en salud, pues sólo la cuarta parte de la población tiene un seguro de salud (20,1% en EsSalud, 2% en seguros privados y 1,3% en la sanidad militar o policial) y los beneficios del SIS vienen siendo intermitentes y recortados. Se añade a esto que sólo 59,3% de los asegurados en EsSalud usan sus servicios de atención ambulatoria cuando realizan una consulta.⁴³

Esta insuficiente institución del derecho a la salud, a la atención de salud y a la seguridad social para todos los ciudadanos y ciudadanas ha colaborado en el debilitamiento del régimen político democrático durante toda nuestra historia republicana.⁴⁴ Esta marginación es compartida con otras áreas como educación, justicia y demás derechos de carácter social y político. La constitución vigente ya no garantiza el derecho a la salud en sentido lato sino sólo el libre acceso a los servicios,⁴⁵ lo que determina, a su vez, que la seguridad social es universal pero al mismo tiempo progresiva,⁴⁶ y posterga por un plazo indeterminado la ciudadanía plena.

Una verdadera reforma sanitaria deberá, entonces, reestructurar el modelo de protección social, porque la opción por el modelo segmentado formó parte de un paquete completo de opciones —que hoy ya se agotó— en los terrenos del empleo y los ingresos, el gasto social, la cesantía y la responsabilidad familiar y comunitaria. En nuestro caso, el de la salud, queda claro que no hay forma de universalizar la atención y la seguridad en salud sin transformar el sistema segmentado: *la universalización en salud no consiste en el repotenciamiento del sistema fragmentado actual*, porque éste reproduce la ineficiencia, la exclusión, la inefectividad, la baja rectoría intrasectorial y el desgobierno del ambiente.

⁴² Ministerio de Salud-Oficina General de Planificación-Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud-OPS. *Equidad en la atención de salud, Perú 1997*. Lima, Ministerio de Salud-OPS-SEPS, 1999.

⁴³ OPS. *Análisis y tendencias en la utilización de servicios de salud, Perú 1985-2002*. Lima, OPS, 2003.

⁴⁴ Dammert, Manuel. *La democracia territorial. Hacia la refundación nacional descentralista*. Lima, Rinades, 2001.

⁴⁵ Constitución Política del Perú, 1993, artículo 11: “El Estado garantiza el libre acceso a prestaciones de salud y a pensiones, a través de entidades públicas, privadas o mixtas”.

⁴⁶ Constitución Política del Perú, 1993, artículo 10: “El Estado reconoce el derecho universal y progresivo de toda persona a la seguridad social para su protección frente a las contingencias que precise la ley y para la elevación de su calidad de vida”.

Esta nueva agenda institucional es importante porque, siendo antigua la exclusión en el Perú, hoy amenaza con aumentar debido al recrudescimiento de la crisis estructural del empleo. Esta crisis remueve las bases sobre las cuales, cuarenta años atrás, se pensaron las políticas sociales, pues hay —y en los próximos años seguirá habiendo— reproducción social sin empleo y sin ingresos adecuados. Esto repercute directamente en las políticas sociales, pues el universo de necesidades es mayor ante la imposibilidad de los ingresos de cubrirlas como le habría correspondido al Perú si su evolución hubiera sido otra durante las últimas cuatro décadas. Éste es el nudo gordiano de las políticas sociales y de salud: más necesidades y menos recursos individuales. ¿Podremos pensar ahora en soluciones solidarias, realistas y modernas?

5. SALUD SIN INTERSECTORIALIDAD NI RECTORÍA: EL ENSIMISMAMIENTO SECTORIAL, LA DESREGULACIÓN Y EL SILENCIO SOBRE LAS CAUSALIDADES

Las políticas de salud hasta ahora han venido adecuándose a una concepción fragmentada del desarrollo y de las políticas sociales. Las políticas de salud “sectorizadas” responden a un enfoque incorrecto en el que se separan las políticas económicas de las políticas sociales y las políticas sociales se restringen al alivio o la compensación de la pobreza. Como consecuencia de ello, en el Perú es muy marcada la compartimentación en el Estado, en especial desde inicios de la década del noventa, cuando el Gobierno dejó la planificación como un elemento central de la política nacional y desactivó el Instituto Nacional de Planificación,⁴⁷ lo que produjo un accionar fragmentado del Estado y de las instituciones que realizan intervenciones de desarrollo social.

De esta forma, no existen políticas sociales integradas. Este problema ocurre en los ámbitos nacional, regional y local. Como consecuencia de ello, se carece de metas que articulen las políticas y metas sectoriales a las particulares necesidades locales y regionales. Hay dispersión de programas entre diversos sectores, e incluso dentro de un mismo sector la

⁴⁷ Bardález, C. “Salud de la población”. En *Políticas de salud 2001-2006*. Lima, CIES, 2001.

atención está segmentada en compartimentos estancos, con lo cual se duplica el trabajo, se dilapidan los recursos y se confunden los objetivos. Por otro lado, la organización vertical y centralista de los programas e intervenciones limita el fortalecimiento de las capacidades locales —sustento del desarrollo— y convierte a los actores locales en meros operadores de políticas, planes y programas dirigidos con criterios centralistas.

Con la mirada puesta casi exclusivamente en su aparato de provisión de servicios, el Estado no ha mostrado vocación de regular los mercados de salud e intervenir sobre los condicionantes sociales de la situación de salud —salud ambiental, salud ocupacional, seguridad personal, etcétera—. Esta marcada debilidad de la rectoría en salud durante la última década se ha agravado debido a la implantación de políticas de gobierno enmarcadas en el ajuste estructural, dirigidas a restringir la capacidad de regulación estatal en los diversos mercados. La segmentación ya afectaba la rectoría, pero a ello se añadió la desregulación explícita, con lo cual se acrecentó el desorden en los servicios de salud públicos y privados, en el mercado de medicamentos y en la formación de recursos humanos en salud, así como la falta de control de los factores de riesgo ambientales, ocupacionales y de seguridad de las personas.

La Ley General de Salud, promulgada en julio de 1997,⁴⁸ anuló la potestad del sector Salud para otorgar las licencias de funcionamiento (*habilitación*) de los *servicios de salud públicos y privados*, indispensable mecanismo de regulación orientado a garantizar estándares mínimos de calidad de la atención de salud como *bien público*. A partir de entonces, cualquier servicio de salud podía comenzar a funcionar con tan sólo cumplir algunos requisitos administrativos ante las municipalidades, independientemente de acatar estándares de salud. Ésta es una de las causas del actual desorden en la proliferación de servicios de salud públicos y privados de baja calidad, mientras que el sector Salud carece de facultades para clausurar los servicios que no reúnan condiciones mínimas de funcionamiento o que cometan negligencias sistemáticas al atender a la población.

Igualmente, en la última década hubo un marcado debilitamiento de la capacidad de regulación del mercado de medicamentos. A partir de 1990, se eliminó la regulación estatal de los precios, que estaba basada

⁴⁸ Congreso de la República. Ley General de Salud (Ley 26842). Lima, julio de 1997.

en los costos de los insumos importados, lo que trajo como consecuencia un incremento promedio de cinco veces en los precios de los medicamentos, al existir un mercado predominantemente monopolístico y oligopólico. Es evidente que, por sobre la salud de la población, se dio prioridad a la libertad de este mercado imperfecto. Por otro lado, también se eliminaron muchos requisitos para el registro de los medicamentos, mediante el Decreto Legislativo 25596, que permitió la inscripción de cualquier producto farmacéutico con supuestos fines medicinales, sin importar que no exista eficacia terapéutica comprobada ni seguridad, o que contenga combinaciones irracionales.⁴⁹ A ello se agrega que sólo 7 de 338 laboratorios habían sido certificados en buenas prácticas de farmacia, además de la apertura de establecimientos farmacéuticos sin previa evaluación técnica, el limitado control de calidad de DIGEMID, el incremento de la comercialización informal y la falsificación de productos.⁵⁰ Ello produjo una ampliación notable del número de productos registrados, pero en modo alguno una mejoría en el acceso de la población a los medicamentos, tal como lo evidenció la Encuesta Nacional de Niveles de Vida de 1997, en la cual se encontró que *sólo 50% de las personas que estuvieron enfermas pudieron comprar los medicamentos prescritos*.⁵¹

Al igual que en los anteriores ámbitos de competencia, el sector Salud ha renunciado a ejercer un papel de regulación y planeamiento estratégico en la *formación de recursos humanos en salud*, siguiendo los lineamientos de política educativa y laboral de los gobiernos, conducentes a la liberalización de los mercados de trabajo.⁵² Como consecuencia de ello, existe una grave inadecuación entre las necesidades del país y la formación de profesionales y técnicos en salud, puesto que hay un crecimiento desproporcionado del número de egresados con respecto a las necesidades del mercado laboral, así como una incongruencia

⁴⁹ Vargas, Manuel. "Acceso y uso racional de medicamentos en el Perú". En Juan Arroyo. *La salud peruana en el siglo XXI. Retos y propuestas de política*. Lima, CIES-DFID, Policy Project., 2002, pp. 141-184.

⁵⁰ MINSa. *Lineamientos de política sectorial para el período 2002-2012 y principios fundamentales para el plan estratégico sectorial, agosto 2001-julio 2006*. Lima, MINSa, 2001.

⁵¹ Vargas, Manuel, ob. cit., p. 147.

⁵² Bardález, Carlos. *Sistematización de los modelos de gestión de recursos humanos desarrollados en redes básicas de servicios de salud*. Lima, OPS, 2002.

entre el tipo de personal formado y el requerido. Al respecto, la cantidad de médicos, enfermeras y odontólogos se ha incrementado en forma sostenida, al haber crecido desde 19.635, 14.709 y 5.023 respectivamente en 1986 hasta 27.375, 28.063 y 9.640 en 1997. Este aumento se ha debido a la pobre regulación en la formación profesional y al crecimiento desordenado de las facultades de Medicina. Así, en 1980 existían 8 universidades con programas de Medicina, 12 en 1985 y 24 en el año 2000,⁵³ mientras que para 1997 ya existían 32 facultades de enfermería.⁵⁴ Este crecimiento fue facilitado por la ley de promoción de la inversión en la educación de 1996, que otorgó facilidades para la creación de universidades. Esta proliferación de facultades ha generado el incremento de postulantes y estudiantes de medicina: en 1988 ingresaron 1.190 postulantes, mientras que entre 1994 y 1996 el promedio fue de 1.637, y en 1996 el total de estudiantes de medicina fue 12.345. Por otro lado, la formación de médicos especialistas tampoco concuerda con las necesidades y la demanda laboral; así, sólo 0,6% de los médicos colegiados registran como especialidad la administración y gestión en salud y 0,2% la medicina integral familiar; predominan las especialidades clínicas.⁵⁵ Incluso en estas últimas, en 1996 la formación de las cuatro especialidades básicas y de anestesiología era de 30% de los médicos, bastante menor que para las subespecialidades, que era de 44%; además, las cuatro especialidades básicas y anestesiología tuvieron una curva de crecimiento exponencial, mientras que la de medicina interna fue lineal.⁵⁶ Similar situación se ha presentado con las otras carreras de salud, que entre 1985 y 1993 mostraron un crecimiento promedio de 26% en el número de estudiantes en cuatro profesiones

⁵³ Arroyo, Juan. "Situación y desafíos de los recursos humanos en salud en el área andina". En OPS-Universidad de Guadalajara. *I Reunión Internacional "El presente y futuro en la formación, la práctica y regulación del ejercicio profesional en ciencias de la salud"*. Guadalajara, OPS-Universidad de Guadalajara, 22-25 de noviembre del 2000.

⁵⁴ Escalante, Giovanni. *Bases para la formulación de los lineamientos de política para el desarrollo de los recursos humanos en salud*. Lima, Proyecto de Generación de Capacidades-DFID, 1998.

⁵⁵ Arroyo, Juan. Ob. cit.

⁵⁶ Escalante, Giovanni. "Los recursos humanos en salud". En *Políticas de salud 2001-2006*. Lima, CIES, 2001.

—obstetricia, odontología, enfermería y medicina—, con un crecimiento asimétrico —31%, 67%, 20% y 13%, respectivamente—. ⁵⁷

Por otro lado, comparados con el perfil epidemiológico del país, los currículos de las facultades de Medicina no se adecúan a las necesidades de atención de las poblaciones más pobres del país. Así, un estudio auspiciado por la Escuela de Administración de Negocios para Graduados (ESAN) sobre los médicos que iniciaban su SERUMS mostró que únicamente 21% del total respondieron en forma correcta más de la mitad de las preguntas, que sólo dos facultades lograron la aprobación de cerca de 40% de sus titulados y que existían facultades con 100% de desaprobados. ⁵⁸ Esto evidencia la pobre calidad en la formación de los recursos en salud, como consecuencia del descuido del sector Salud en garantizar este bien público.

De manera similar a como actúa en otros ámbitos, en el terreno de la salud ambiental el sector Salud también ha perdido capacidad de rectoría. Se emitieron dispositivos legales que otorgaban la función fiscalizadora de aspectos de salud ambiental a instancias pertenecientes a sectores estatales de la producción, generalmente más preocupados por incrementar la producción de su sector que por garantizar un ambiente saludable. Al Ministerio de Salud sólo se le conferían funciones normativas de establecimiento de estándares.

Así, durante la década de los noventa el MINSa no ejerció el necesario liderazgo intersectorial en la salud ambiental, al ir perdiendo de manera progresiva la capacidad, que previamente tenía, de aplicar sanciones en esta materia. ^{59,60} Un ambiente saludable es uno de los determinantes esenciales de la salud de las personas; por este motivo, el Estado

⁵⁷ Escalante, Giovanni. *Bases para la formulación de los lineamientos de política para el desarrollo de los recursos humanos en salud*. Lima, Proyecto de Generación de Capacidades-DFID, 1998.

⁵⁸ Lip, C.; Vargas, A.; Zevallos, W.; Longa, J. y Hurtado, J. "Situación del profesional médico cirujano a ocho años de iniciada la reforma de la salud y la seguridad social". *Anales de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos*, vol. 61, n. ° 2, 2000.

⁵⁹ Congreso de la República. Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud. Decreto Legislativo 584. Lima, abril de 1990.

⁶⁰ MINSa. Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud. Decreto Supremo 002-92-SA. Lima, agosto de 1992.

tiene la obligación de garantizarlo, ya que se trata de un derecho ciudadano. Sin embargo, en nuestro país está muy lejos de producirse esta situación, en la medida en que individuos y empresas contaminan el ambiente para abaratar sus costos de producción, que se trasladan a la población indefensa.

Mediante la Ley 26410 se creó el Consejo Nacional del Medio Ambiente (CONAM), órgano dependiente de la Presidencia del Consejo de Ministros, de carácter intersectorial, encargado de la formulación concertada de las políticas vinculadas al medio ambiente.⁶¹ Sin embargo, en su interior existen relaciones asimétricas de poder entre los sectores productivos y los responsables de proteger las condiciones ambientales,⁶² lo que se agrava por el ordenamiento legal referido a la salud ambiental. El Decreto Legislativo 757 distribuye funciones y competencias ambientales en los sectores Salud, Industrias, Pesquería, Energía y Minas y Transportes y Agricultura, y el Código del Medio Ambiente y de los Recursos Naturales restringe el papel rector del sector Salud a la salubridad urbana.⁶³

La anterior situación institucional del Estado, aunada a la urbanización e industrialización desordenadas, ha ido generando un gradual deterioro de las condiciones ambientales, con el incremento de los riesgos para la salud de la población. Por ello, una carga importante de la morbilidad en el país se debe a enfermedades infecciosas y respiratorias favorecidas por las malas condiciones de saneamiento. En las zonas urbanizadas los riesgos provienen de la acumulación de residuos sólidos peligrosos, de la contaminación del aire por emisiones industriales y de vehículos, así como de la contaminación de los recursos hídricos por las industrias y las aguas residuales y el uso indebido de las sustancias químicas y radiactivas. En las poblaciones urbano-marginales se agregan a estos factores el insuficiente acceso a servicios de agua potable, alcantarillado y recolección de basura, la contaminación de los alimentos, las condiciones inadecuadas de la vivienda y la

⁶¹ Gaillour, Álvaro; Alfageme, José; Frisancho, Ariel y Bardález, Carlos. *Línea de base de la reforma y modernización del sector Salud de Perú y su aplicación en el ámbito de intervención del Proyecto AMARES*. Informe final de consultoría. Lima, AMARES, 2003.

⁶² Vergara, C. *Diagnóstico y propuesta de políticas de salud ambiental*. Documento de trabajo preparado para el Diagnóstico situacional del sistema de salud y propuesta de desarrollo del sector 2001-2006. Lima, Ministerio de Salud, 2001.

⁶³ Gaillour, Álvaro; Alfageme, José; Frisancho, Ariel y Bardález, Carlos, ob. cit.

presencia de vectores. Finalmente, en las áreas rurales los riesgos son principalmente los últimos que se acaban de mencionar, además de la contaminación por plaguicidas y por residuos mineros.^{64,65}

Respecto a la contaminación por residuos sólidos, un estudio de 1998 evidenció que la cobertura de la recolección fue de 75% en algunas ciudades del país.⁶⁶ Sin embargo, la disposición final es uno de los aspectos menos atendidos, pues predominan los botaderos controlados o simplemente los botaderos a cielo abierto, con excepción de las ciudades de Lima y Cajamarca.⁶⁷ La Dirección General de Salud Ambiental (DIGESA) es responsable del registro de empresas prestadoras de servicios de recolección de residuos sólidos. La Ley de Fomento y Desarrollo del Sector Saneamiento⁶⁸ otorgó a la Dirección General de Saneamiento del Ministerio de la Presidencia —y recientemente al Ministerio de Vivienda— la rectoría de las políticas sobre servicios de agua y saneamiento. Se creó la Superintendencia Nacional de Servicios de Saneamiento (SUNASS), como ente encargado de regular y fiscalizar la prestación de servicios de saneamiento en el ámbito nacional, mientras que las municipalidades provinciales eran responsables de asegurar la prestación de los servicios y les correspondía contratar a empresas prestadoras de servicios (EPS). El papel que cumple el MINSa, a través de DIGESA, es vigilar la calidad del agua de consumo humano y aprobar los proyectos de construcción de los sistemas de agua potable. Asimismo, para verter aguas residuales en las cuencas hidrográficas, se requiere el permiso de la autoridad de salud. DIGESA posee las competencias técnicas sanitarias, mientras que la construcción y el funcionamiento de nuevas obras de agua potable dependen del Vice-ministerio de Construcción y Saneamiento, perteneciente al Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento.⁶⁹

En relación con la seguridad y la calidad de los alimentos, en los últimos años ha proliferado la venta callejera de alimentos sin las condi-

⁶⁴ MINSa. *Por un país saludable: Propuesta de políticas para la salud*. Lima, MINSa, 2001.

⁶⁵ Vergara, C., ob. cit.

⁶⁶ *Estudio sectorial sobre residuos sólidos* (1998), citado en Vergara, ob. cit.

⁶⁷ Vergara, C., ob. cit.

⁶⁸ Congreso de la República. Ley de Fomento y Desarrollo del Sector Saneamiento. Decreto Legislativo 908. Lima, 2000.

⁶⁹ Gaillour, Álvaro; Alfageme, José; Frisancho, Ariel y Bardález, Carlos, ob. cit.

ciones sanitarias adecuadas, con el consiguiente riesgo de transmisión de enfermedades. Cada sector —Agricultura, Pesquería y Salud— tiene normas sobre protección de alimentos que no siempre son compatibles. Según el Reglamento de Higiene y Calidad Sanitaria de Alimentos, DIGESA es el organismo responsable de las autorizaciones sanitarias para la importación y exportación de alimentos.⁷⁰

Igualmente, se ha agravado la contaminación del aire en algunas zonas del país —como Lima, Chimbote, La Oroya, Arequipa e Ilo— y, como consecuencia de ello, ha aumentado notablemente la incidencia de asma bronquial y otras enfermedades respiratorias. Esta situación es producto del incremento, la falta de mantenimiento y el envejecimiento del parque automotor, así como del desarrollo industrial carente de medidas para controlar la contaminación.⁷¹ Al respecto, DIGESA ha desarrollado estándares y ha configurado una red de vigilancia en Lima y Arequipa, lo cual le ha permitido reportar los casos de contaminación ubicados por encima de los límites máximos permisibles técnicamente normados; no obstante, no ha existido una acción fiscalizadora concreta por parte del Ministerio de Transporte y Comunicaciones, responsable del control del parque automotor. Acerca de ello, resulta anecdótico que en el pasado se hayan realizado operativos de vigilancia del humo emitido por vehículos, en los cuales los infractores eran sancionados únicamente con multas “simbólicas”.

Del mismo modo, podemos mencionar la pérdida de la calidad del agua por contaminación industrial de los efluentes —especialmente en algunas regiones con alta actividad minero-metalúrgica— por desechos agroquímicos, por residuos sólidos domésticos y por aguas residuales no tratadas en las ciudades.⁷² Uno de los problemas es la dispersión legal de las responsabilidades con respecto a la vigilancia de las sustancias químicas desde su generación hasta su disposición final, ya que no existe un organismo encargado de esta función y las obligaciones están distribuidas en diversos órganos de gobierno.

La salud ocupacional es otro de los ámbitos de competencia del sector Salud que han sufrido un retroceso enorme, puesto que la precarización del empleo y la informalidad no tienen un contrapeso. La desregula-

⁷⁰ Congreso de la República, doc. cit.

⁷¹ Vergara, C., ob. cit.

⁷² Vergara C., ob. cit.

ción del mercado laboral promovió que los trabajadores de empresas industriales, mineras y de servicios fueran contratados en “*services*” que muchas veces no son capaces de ofrecer condiciones de trabajo salubres y seguras. Se debilitó el derecho a la indemnización y se restringió la atención por accidentes de trabajo, al mismo tiempo que el Estado reducía su función de fiscalizar y de ofrecer servicios de salud ocupacional. Mención aparte merece el incremento de las formas proscritas de trabajo infantil, pese a que el Perú es signatario del Convenio de la OIT sobre eliminación de las peores formas del trabajo infantil, que constituyen actividades riesgosas para su salud.⁷³ Un estudio de la OIT señala que existen 18.910 adolescentes que trabajan en minería artesanal, mientras que otras investigaciones estiman que 15.000 niños y adolescentes realizan otras actividades de riesgo.⁷⁴ Las condiciones laborales parecieran haber retrocedido a las épocas de sobreexplotación de los trabajadores durante la Revolución Industrial.

Finalmente, también es notable el deterioro de las *condiciones de seguridad del transporte* debido al debilitamiento en su regulación, lo que ha causado el incremento notable de los accidentes de tránsito y el consiguiente aumento de la morbilidad y la mortalidad por esta causa. En este aspecto, es evidente la indignante lenidad de las autoridades encargadas del control, quienes permiten que personas carentes de licencia o que manejan en estado de ebriedad conduzcan vehículos de transporte público y sean sancionadas únicamente con leves medidas de carácter administrativo.

⁷³ Lavaderos de oro, minería, acopio de desechos en rellenos sanitarios, canteras, ladrillerías, prostitución, producción de fuegos artificiales, cargadores en mercados, etcétera.

⁷⁴ Ministerio de Promoción de la Mujer y del Desarrollo Humano. Plan Nacional de Acción por la Infancia y Adolescencia 2001-2010. Documento en borrador. Lima, 2002.

CAPÍTULO 5

Principios rectores y visión de la reforma sanitaria

Las dinámicas de la salud requieren ser ubicadas como parte de un proceso global. Dos son los procesos que han impactado con fuerza en América Latina: la globalización y el ajuste estructural que impuso el modelo neoliberal. Los procesos de ajuste han aumentado en forma dramática la exclusión y la pobreza en todo el mundo, especialmente en los países de medianos y bajos ingresos. La globalización ha producido la reducción y fragmentación del Estado, el traspaso de sus obligaciones al ámbito privado o doméstico —en cuyo centro están las mujeres—, así como una creciente falta de autonomía para tomar decisiones políticas y, especialmente, económicas. También ha alimentado el surgimiento de nuevos estilos de organización de los movimientos sociales, cuyas formas de existencia y de articulación han variado. Un ejemplo de ello es ForoSalud.⁷⁵

ForoSalud asume una visión crítica del proceso económico de la globalización. La creencia de que el crecimiento económico, por sí solo, puede ser motor del desarrollo es obsoleta. Son numerosos los países de América Latina —Argentina, Chile, Brasil, Perú, entre otros— que durante buena parte de los años noventa experimentaron altas y sostenidas tasas de crecimiento de su PBI y en los que, sin embargo, se ha notado un simultáneo incremento de las tasas de desempleo, así como una ampliación tanto de la brecha entre ricos y pobres como de las asimetrías regionales, sociales, de género y étnicas.

⁷⁵ Gúezmes García, Ana. *Reforma del Sector Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos*. Washington, D. C., Organización Panamericana de la Salud/Paltext, 2004.

Durante las últimas dos décadas América Latina ha experimentado profundas reformas institucionales. La mayoría de los regímenes vigentes han sido elegidos democráticamente, pero no siempre gozan de legitimidad popular, como lo demuestra el actual Gobierno del Perú. Sin embargo, la promesa de la democracia no se ha traducido en el progreso económico y político esperado, y los y las ciudadanas demandamos soluciones a los problemas de desempleo, corrupción y pobreza, así como a las deficiencias en los campos de la educación y la salud.

En el año 2002 el número de latinoamericanos que viven en la pobreza alcanzó los 220 millones, de los cuales 95 millones son indigentes; esto representa 43,4% y 18,8% de la población, respectivamente.*

¿Podrán los sistemas públicos de salud atender a estas personas bajo criterios de equidad y universalidad? La respuesta a esta interrogante es central para el futuro de las reformas en la región.

* Comisión Económica Para América Latina (CEPAL). *Panorama social de América Latina 2002-2003*. Santiago, 2004.

1. NUESTRA VISIÓN

Trabajamos con creatividad y compromiso para que el Perú sea una sociedad plural e incluyente, en la cual los ciudadanos y las ciudadanas convivamos, solidaria y respetuosamente, en la diversidad. Ciudadanos y ciudadanas que somos responsables de nuestros actos y estamos comprometidos con el bienestar individual y colectivo. Ciudadanas y ciudadanos que nos organizamos en redes como ForoSalud y otras instancias comprometidas con la promoción del ejercicio pleno de la ciudadanía.

Trabajamos para estar dotados de un Gobierno democrático y descentralizado, que garantice los derechos humanos a través de instituciones sólidas y abiertas a la participación social. El Estado y la sociedad contribuimos, así, al desarrollo del país sostenible y con justicia social.

Trabajamos por tener un Sistema Público Nacional de Salud integrado, de carácter descentralizado, que involucre a los diferentes niveles de

gobierno —nacional, regional y local—, que sea participativo e intersectorial y que actúe bajo la rectoría del Ministerio de Salud.

Por tanto, consideramos que la *transición política en salud* exige reformas profundas tanto en las instituciones como en la gestión de las políticas sociales. Igualmente, requiere transformaciones importantes en la estructura y la política sectorial de salud. Consideramos, así, que es necesario retomar la desatendida *reforma sanitaria*, que parta de un Acuerdo Nacional en Salud, el cual debe abordar el nuevo marco legal en salud, el apoyo a la descentralización en salud como parte de un proceso integral de descentralización de las políticas sociales, así como las políticas específicas de aseguramiento universal, seguridad ambiental, recursos humanos de salud y medicamentos, entre otras.

Afirmamos que el fortalecimiento de la institucionalidad democrática es el camino más adecuado para realizar los profundos cambios sociales que el país y el sector Salud requieren con el fin de lograr la equidad y la igualdad de oportunidades para todos los y las ciudadanas.

2. SALUD Y DEMOCRACIA

Una visión política, económica y ética del desarrollo del sistema sanitario del Perú y del desarrollo social de su población se basa en la dignidad humana, los derechos humanos, la igualdad de oportunidades, la justicia social, el respeto, la paz, la democracia y el pleno reconocimiento de las diversidades en el país. Otorgamos la máxima prioridad a la promoción y garantía del derecho a la salud —integrado al conjunto de los derechos humanos e interdependiente con éstos—, y al mejoramiento de las condiciones y la calidad de vida, sobre la base de la plena participación de todos los ciudadanos y ciudadanas.

ForoSalud promueve el incremento del diálogo, la interacción y la búsqueda de consensos entre quienes toman las decisiones, los profesionales, los investigadores, las organizaciones de la sociedad civil y la comunidad de donantes. Estos esfuerzos están contribuyendo a *un cambio en el pensamiento y la práctica* entre los actores clave, de modo que los desafíos de la política y de la gobernabilidad, los derechos humanos, las preocupaciones sobre equidad y las cuestiones técnicas y de políticas en materia de salud se consideren, cada vez más, como temas relacionados integralmente.

3. EL DERECHO A LA SALUD EN LA BASE DE LOS PRINCIPIOS SANITARIOS

La propia Constitución de la OMS⁷⁶ establece lo siguiente:

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de infecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los *derechos fundamentales* de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.

La Declaración Universal de Derechos Humanos,⁷⁷ en su artículo 25, señala:

1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar y, en especial, la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene, asimismo, derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos, como pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad. 2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

El Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales reconoce el “derecho a disfrutar del nivel más alto posible de salud física y mental” (artículo 12) y desarrolla una serie de disposiciones jurídicamente vinculantes que se aplican a todas las personas en los 146 Estados que lo han ratificado. El derecho a la salud se refleja también en la Con-

⁷⁶ La Constitución fue adoptada en Nueva York, el 22 de julio de 1946, por la Conferencia Institucional de la Salud. Fue firmada por los representantes de 61 Estados y entró en vigor el 7 de abril de 1948. Las reformas adoptadas por la 26.^a, 29.^a y 39.^a Asambleas Mundiales de la Salud se han incorporado al presente texto. Estos principios fueron reafirmados en la Declaración de Alma-Ata (Conferencia Internacional sobre Atención de Salud Primaria) en 1978.

⁷⁷ Adoptada y proclamada por la Asamblea General en su Resolución 217 A (III), del 10 de diciembre de 1948.

vención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW), la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial (ICERD) y la Convención sobre los Derechos del Niño.

La salud es considerada, además, como uno de los determinantes fundamentales del desarrollo. Junto con la educación y el ingreso, es uno de los tres componentes del Índice de Desarrollo Humano de las Naciones Unidas, y ha ganado una amplia aceptación como un marcador de desarrollo, en comparación con los indicadores puramente económicos, como el ingreso per cápita. De hecho, “la salud es el derecho humano que en la práctica marca más visiblemente las diferencias de raza o de condición económica y social”.⁷⁸

Paul Hunt, relator especial del Derecho a la Salud del Sistema de Naciones Unidas (2003), desarrolla algunas observaciones iniciales sobre el contenido jurisprudencial del derecho a la salud:⁷⁹

La atención sanitaria y los determinantes básicos de la salud. El derecho a la salud es un derecho inclusivo que no sólo abarca la atención de salud oportuna y apropiada sino también los principales factores determinantes básicos de la salud, como el acceso al agua limpia y potable y a condiciones sanitarias adecuadas, condiciones sanas en el trabajo y el medio ambiente y acceso a la educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud, incluida la salud sexual y reproductiva.

Libertades y derechos. El derecho a la salud entraña libertades y derechos. Entre las libertades figura el derecho a controlar su salud, en particular el derecho a no ser sometido a tratamientos y experimentos médicos no consensuales. Entre los derechos figura el relativo a un sistema de protección de la salud (esto es, atención sanitaria y los determinantes básicos de la salud) que brinde a las personas oportunidades iguales para disfrutar del más alto nivel posible de salud.

⁷⁸ Booker y Minter. “Global Apartheid”. *The Nation*, Nueva York, 9 de julio de 2001.

⁷⁹ Comisión de Derechos Humanos. 59.º período de sesiones. Tema 10 del programa provisional: “Los derechos económicos, sociales y culturales. El derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”. Informe del Relator Especial, Sr. Paul Hunt. E/CN.4/2003/58. 13 de febrero de 2003.

Derechos más concretos. El derecho a la salud es un concepto amplio que puede desglosarse en derechos más concretos como los derechos a:

- la salud materna, infantil y reproductiva;
- la higiene del trabajo y del medio ambiente;
- la prevención y el tratamiento de enfermedades, incluido el acceso a los medicamentos básicos;
- el acceso al agua limpia y potable.

No discriminación e igualdad de trato. La no discriminación y la igualdad de trato son dos de los elementos más importantes del derecho a la salud. Por consiguiente, las normas internacionales de los derechos humanos proscriben toda discriminación en lo referente al acceso a la atención de salud y a los factores determinantes básicos de la salud por los motivos prohibidos internacionalmente, entre ellos el estado de salud, que tengan por objeto o por resultado el menoscabo del disfrute en condiciones de igualdad del derecho a la salud.

Obligaciones inmediatas. Aunque está supeditado a su paulatina realización y a limitaciones de recursos, el derecho a la salud impone diversas obligaciones de efecto inmediato. Entre estas obligaciones figuran las garantías de no discriminación e igualdad de trato, así como la obligación de tomar medidas deliberadas, concretas y encaminadas a la plena realización del derecho a la salud, como la preparación de una estrategia nacional y de un plan de acción en materia de salud pública. La realización paulatina significa que los Estados Partes tienen la obligación concreta y permanente de avanzar lo más rápida y efectivamente posible hacia la plena realización del derecho a la salud.

Asistencia y cooperación internacional. Los Estados tienen la obligación de tomar medidas, tanto a título individual como por medio de la asistencia y la cooperación internacional, para lograr la plena realización del derecho a la salud. Por ejemplo, los Estados Partes están obligados a respetar el disfrute del derecho a la salud en otras jurisdicciones, velar por que ningún acuerdo o política internacional menoscabe el derecho a la salud y que sus representantes en organizaciones internacionales tengan debidamente en cuenta este derecho, así como la obligación de asistencia en todos los asuntos de formulación normativa.

Asistencia humanitaria. Los Estados Partes tienen la obligación individual y solidaria de cooperar para proporcionar ayuda en caso de catás-

trofe y asistencia humanitaria, entre otras cosas ayuda médica y agua potable, en situaciones de emergencia, incluida la asistencia a los refugiados y los desplazados internos.

Responsabilidades de todos los agentes. Si bien los Estados son los principales responsables de la realización de los derechos humanos reconocidos internacionalmente, todos los agentes sociales —particulares, comunidades locales, organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales, profesionales de la salud, empresas privadas y otros agentes— tienen responsabilidades en lo tocante a la realización del derecho a la salud.

Interdependencia. El derecho a la salud está estrechamente vinculado con el ejercicio de otros derechos humanos y libertades fundamentales enunciadas en los principales tratados internacionales de derechos humanos, incluidos el derecho a la alimentación, a la vivienda, al trabajo, a la educación, a la no discriminación, a la igualdad, a no ser sometido a torturas, a la vida privada, a la participación, al acceso a la información y a las libertades de asociación, reunión y circulación.

Limitaciones. Los Estados suelen utilizar a veces cuestiones relacionadas con la salud pública para justificar la limitación del ejercicio de otros derechos fundamentales. Esas limitaciones deben estar en consonancia con el derecho, incluidas las normas internacionales de derechos humanos y que son estrictamente necesarias para la promoción del bienestar general en una sociedad democrática, proporcionales, sujetas a revisión y de duración limitada.

El derecho a la salud es un derecho humano, universal, integral e interdependiente del resto de los derechos humanos contenidos en la Declaración Universal de Derechos Humanos.

Los Estados tienen obligaciones concretas relacionadas con el respeto, la protección y la realización del derecho a la salud.

El análisis de la realización del derecho a la salud puede ordenarse en tres grandes áreas:*

El más alto nivel de salud alcanzable. Incluye el análisis de los avances en términos de resultados que se expresan en las colectividades: avances y problemas en relación con la mortalidad, la enfermedad y la discapacidad,





así como indicadores demográficos, de salud reproductiva, de estilos de vida, etcétera. De esta área se obtienen los resultados e indicadores que podrán dar cuenta de la situación de los grupos más vulnerables o de aquellos que sufren mayor discriminación.

La organización del Estado para atender sus obligaciones. Incluye la identificación de las acciones del Estado: qué hace —y cómo lo hace— para responder al ejercicio pleno de los derechos de sus ciudadanas y ciudadanos. Dentro de esta área se analiza el acceso a los sistemas de salud que ofrecen prevención, atención, rehabilitación y acompañamiento a las personas y comunidades con problemas de salud, la orientación de los recursos económicos sociales, así como el desarrollo y la aplicación de las políticas y los programas públicos.

La existencia de un entorno económico, social, ambiental y político saludable. Se refiere al conjunto de políticas gubernamentales que garantizan, finalmente, el ejercicio del derecho a la salud, dentro de la visión de integralidad e interdependencia. En el entorno se consideran las políticas económicas que favorecen el capital humano y social, las políticas intersectoriales, la existencia de regímenes democráticos y los modelos de desarrollo sostenible.

* Adaptado de Arroyo, J.; Cáceres, E.; Chávez, S. y Ríos, M. *Vinculos entre salud pública y derechos humanos en la investigación en Perú*. Lima, CIES-Aprodeh, Universidad Peruana Cayetano Heredia-Flora Tristán, 2004.

4. REFORMULANDO LOS PRINCIPIOS SANITARIOS

4.1 UNIVERSALIDAD E INTERCULTURALIDAD EN SALUD

La universalidad en salud ha sido expresada bajo el principio de “salud para todos”, concretado en el acceso a los servicios de salud. *En este sentido, es importante avanzar en el aseguramiento universal de los y las ciudadanas, bajo criterios de solidaridad y justicia distributiva.* Para lograr el bienestar común y la salud colectiva, todas las personas y sectores tenemos que contribuir al funcionamiento del sistema de acuerdo con nuestras capacidades, y ser beneficiados también de acuerdo con nuestras necesidades actuales y futuras. Sin embargo, se requiere como punto

de partida un Estado que centre sus prioridades en la calidad de vida y el bienestar de su población, y por tanto invierta en la salud.

La universalidad en salud no se refiere únicamente al goce de una atención de carácter recuperativo sino al acceso a un conjunto de bienes públicos en salud que incluyen, además de la atención integral de la salud, medicamentos y principios terapéuticos de alto valor social como los anticonceptivos, el saneamiento básico, la protección del medio ambiente, la prevención de riesgos y daños y la educación en salud, entre otros, con el fin de lograr que las personas y las comunidades se mantengan saludables.

Junto con el principio de universalidad, se debe considerar el principio de *interculturalidad* y la urgencia de realizar los esfuerzos necesarios para definir mecanismos que permitan la construcción de una sociedad basada en relaciones de diálogo intercultural, conocimiento y valoración mutua, así como procesos de inclusión y no discriminación en el contexto de un Estado democrático y participativo. Para ejecutar y evaluar las políticas generales, se requieren expresiones y modos de intervención plurales, y que estén en permanente diálogo con los y las representantes de las comunidades, así como de los grupos indígenas y étnicos.

4.2 EQUIDAD E INCLUSIÓN

En la actualidad, una gran parte de la población está excluida de la protección social en salud. Este sector no puede acceder a las condiciones que le permitirían cubrir sus necesidades básicas de salud, educación, vivienda y otros aspectos fundamentales de una vida con calidad. Esto constituye una injusticia y un obstáculo para el desarrollo socioeconómico del Perú. Es difícil estimar la magnitud del problema porque la exclusión no es un estado preciso que se identifique fácilmente, sino que adopta múltiples formas. La OIT expresa que “los sistemas nacionales de seguridad social cubren al 10% de la población de los países, mientras que la mayoría de la población (60% en promedio) trabaja en los sectores no formales”. En la mayor parte de los países, la gente pobre de las áreas urbanas, la mayor parte de la población rural, los desempleados, los desplazados y los migrantes están excluidos de los sistemas de protección social. Y gran parte de ellos son mujeres y niños. La inclusión en los sistemas de protección social es, así, una tarea pendiente.

La *exclusión social* no está inscrita de manera fatalista en el destino de ninguna sociedad. Al contrario, es posible abordarla desde la acción colectiva, desde el tejido social y desde las políticas públicas. ¿Por qué es importante hacer hincapié en este punto? Porque a menudo se impone cierta perspectiva que considera que la exclusión es inherente a América Latina. Para ForoSalud es importante romper esta visión fatalista y contribuir a la capacidad de autoorganización y expresión pública de los colectivos “sin voz”.

En concreto, algunos de los ejes o ámbitos en los que se concreta el fenómeno en cuestión son los siguientes: a) pobreza, en el sentido de escasez de recursos económicos; b) dificultad en la integración laboral; c) problemas de acceso a la educación y los mínimos educativos; d) inexistencia de una vivienda digna; e) carencia de salud, de capacidad psicofísica o de asistencia sanitaria; f) ausencia o insuficiencia de apoyo familiar o social; g) ámbitos de marginación social; h) dificultad en el acceso a la justicia e i) problemas para acceder a las nuevas tecnologías o para aprender a utilizarlas.

La equidad es un concepto ético asociado a los principios de derechos humanos y justicia social. Algunas perspectivas identifican la equidad sólo como disminución de brechas o disparidades, objetivo en sí mismo importante en nuestra región. En otros casos, se asocia la equidad con el logro de un nivel mínimo de salud o con la provisión de un paquete básico de atenciones en salud. Éstas son las nociones más frecuentes en los supuestos de las reformas de la salud.

Desde la perspectiva de los derechos humanos, se agrega a este concepto una línea normativa de valores asociada a la justicia social, que atribuye responsabilidad al sufrimiento innecesario. Así, la OMS define la equidad como “el logro por parte de todas las personas del bienestar más alto alcanzable en contextos específicos”.⁸⁰

Al hablar de equidad en salud, conviene distinguir entre estado de salud, cuidado de la salud y obligaciones estatales. El estado de salud se refiere al bienestar físico, psíquico y social de las personas y comunidades, mientras que el cuidado de la salud —doméstico o institucional— es sólo uno de los múltiples determinantes del estado de salud; las obligacio-

⁸⁰ Braveman, Paula. *Monitoring Equity in Health: A Policy-Oriented Approach in Low and Middle-Income Countries*. Ginebra, OMS, 1998.

nes estatales incluyen las responsabilidades del Estado —como primer responsable— y de los demás actores sociales para promover, proteger y garantizar el derecho a la salud.

Para abordar la equidad es importante:⁸¹

- a) Partir de las necesidades colectivas y específicas de las poblaciones, las comunidades y las personas. Es importante destacar que la noción de necesidades está en la base del concepto de equidad distributiva. Tal noción apunta hacia una distribución de recursos, no de tipo igualitario o de cuotas idénticas entre individuos o grupos sino de asignación diferencial de acuerdo con los requerimientos particulares de esos grupos e individuos.⁸² En este sentido, resulta adecuada una focalización sanitaria que se oriente por principios estructurales de justicia distributiva y respuesta a la vulnerabilidad social y a la exclusión. Los instrumentos de derechos humanos, junto con el *principio de igualdad* y no discriminación, consideran la importancia del *principio de relevancia*. Este principio aplicado, por ejemplo, en términos de género, implica tener en cuenta las diferencias y desventajas que afectan a todas las mujeres o a grupos determinados de mujeres o de hombres, que al no ser consideradas en una política de salud, contribuyen a mantener las desigualdades o propician daños y riesgos particulares.
- b) Considerar la multidimensionalidad de la exclusión. Las reformas del sector Salud se han centrado en el análisis de la exclusión socioeconómica. Pero si bien la pobreza es una de las principales limitaciones para el desarrollo, no es suficiente para explicar la exclusión de las mujeres, de los y las adolescentes y de los pueblos indígenas de los sistemas de salud. Se requiere abordar de manera simultánea todos los macrodeterminantes de la salud y sus relaciones, asegurando que los ciudadanos y ciudadanas y los grupos en estado de vulnerabilidad o excluidos por razones de situación socioeconómica, género, sexo, etnia, raza, ubicación

⁸¹ Adaptado de Gúezmes García, Ana. *Reforma del Sector Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos*. Washington, D. C., Organización Panamericana de la Salud/Paltex, 2004.

⁸² Gómez, Elsa. *Equidad de género y políticas de reforma del sector Salud*. OPS, Programa Mujer, Salud y Desarrollo, 1999.

geográfica, idioma, edad, discapacidad, orientación sexual u opinión política o de otra índole vean satisfechas sus necesidades específicas de salud y cuenten con mecanismos de participación plena en el sistema de salud.

- c) El derecho a la salud implica un progreso adecuado, continuo y deliberado de las políticas públicas, así como de los presupuestos destinados y de su impacto efectivo en la salud de las colectividades. Sin embargo, los Estados tienen obligaciones inmediatas que pueden ser exigidas por sus ciudadanos y ciudadanas en los canales nacionales o internacionales de exigibilidad de derechos. Estas obligaciones inmediatas incluyen las garantías de no discriminación e igualdad en el trato.

La *equidad en salud* exige considerar:⁸³

- *En el estado de salud y sus determinantes:* la eliminación de diferencias injustas y evitables en las oportunidades de disfrutar de la salud, así como en las probabilidades de enfermar, quedar discapacitado o morir por causas que se pueden prevenir.

- *El acceso y la utilización de los servicios de salud* de acuerdo con las diferentes necesidades de atención, los distintos riesgos, las divergencias en las percepciones sobre la enfermedad, las distintas prácticas que condicionan las conductas de búsqueda de atención, las desigualdades en el grado de acceso a los recursos básicos, así como las diferencias en el acceso a los servicios básicos.

- *El financiamiento de la atención* de acuerdo con la capacidad económica, y no en relación con las necesidades o los riesgos. Implica, por ejemplo, que las mujeres no tengan que contribuir más que los hombres por razones ligadas a la biología de la reproducción, a la mayor morbilidad y a la mayor esperanza de vida; que las poblaciones rurales no tengan que asumir los costos de los traslados a los centros de salud; que las personas en situación de pobreza no tengan que pagar más por tener menor nivel de salud.

- *El balance en la distribución de la carga de responsabilidades y poder en el cuidado de la salud.* Que se reconozca, facilite y valore

⁸³ Adaptado de Gómez, Elsa, ob. cit.

apropiadamente el trabajo de atención de la salud, ya sea remunerado o gratuito, y que mujeres y hombres participen en pie de igualdad en los procesos de toma de decisiones dentro de las esferas micro y macro del sistema de salud.

4.3 DEMOCRACIA PARTICIPATIVA Y DESCENTRALIZACIÓN

El Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU definió la *participación ciudadana* como un aspecto importante de la implementación del derecho a la salud.⁸⁴

En la Cumbre de las Américas de Santiago de Chile (1998), los jefes de Estado destacaron que “la fuerza y sentido de la democracia representativa residen en la participación activa de los individuos en todos los niveles de la vida ciudadana”. También asumieron el compromiso de profundizar la educación para la democracia y promover “las acciones necesarias para que las instituciones de gobiernos se conviertan en estructuras más participativas”.⁸⁵ Posteriormente, en diciembre de 1999, tras un amplio proceso de consulta en el hemisferio y en respuesta a los mandatos conferidos en las cumbres, la OEA adoptó la Estrategia Interamericana para la Promoción de la Participación Pública en la Toma de Decisiones sobre Desarrollo Sostenible. En la Cumbre de las Américas de Quebec, en el año 2001, los jefes de Estado y de Gobierno del hemisferio reafirmaron su voluntad de trabajar “con todos los sectores de la sociedad civil y las organizaciones internacionales para asegurar que las actividades económicas contribuyan al desarrollo sostenible de nuestras sociedades”.

En el campo de la salud, este propósito implica que los Estados generen mecanismos y procedimientos, y orienten sus recursos para promover, proteger y garantizar el derecho de la ciudadanía a participar en la toma de decisiones —en los planos nacional, regional y comunitario— respecto a la promoción de la salud y la prestación de servicios médicos

⁸⁴ Artículo 17 de la Observación general 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, 22.º periodo de sesiones, 2000, UN Doc. E/C.12/2000/4.

⁸⁵ Declaración de Santiago, Segunda Cumbre de las Américas, OEA, Documentos Oficiales, p. 44.

preventivos y curativos, así como en la organización del sector Salud, lo que incluye la participación en las políticas públicas y en los presupuestos. Integra la transparencia y la rendición de cuentas; el desarrollo de mecanismos sectoriales de participación y exigibilidad de derechos; la remoción de barreras para la participación; la construcción de capacidades y la ampliación de oportunidades para que se produzca una participación inclusiva, plural e intercultural.

- El *control social* es el derecho y la capacidad de la sociedad civil para intervenir en la gestión pública orientando las acciones y los gastos estatales y públicos —no estatales—, como es el caso de la salud, de acuerdo con los intereses de la colectividad. Los mecanismos de control social son, al mismo tiempo, resultado del proceso de democratización del país y requisito para la consolidación de la democracia del sector Salud.

- La *rendición de cuentas* se refiere a la responsabilidad de los Estados por su propio desempeño y por el resultado de sus decisiones u omisiones, así como el derecho de la ciudadanía a acceder a información pública de buena calidad y a reivindicar sus derechos en caso de que sean vulnerados.

- *Transparencia en la gestión pública.* Relevamos la importancia del buen gobierno y de la administración transparente y responsable de todas las instituciones públicas y privadas, que genere información y evidencias tendentes a facilitar la toma de decisiones en salud y el control social.

- *Corrupción cero.* Exigimos que el Gobierno, el sistema de justicia, los partidos, los funcionarios estatales y la sociedad se comprometan a consolidar una cultura de cuidado de nuestros bienes públicos y lucha frontal contra la corrupción.

Reconocemos que el Estado peruano es el principal responsable de promover, controlar y garantizar estos principios y orientaciones en el cuidado de la salud. La comunidad internacional, las instituciones financieras internacionales, la ONU, las organizaciones nacionales, regionales y locales del país, así como todos los integrantes de la sociedad civil, deben contribuir positivamente, con sus propios esfuerzos y recursos, para que estos principios se plasmen de manera integral en las políticas, los programas y las actividades de salud.

CAPÍTULO 6

Reforma democrática y descentralista en salud

1. DEMOCRATIZACIÓN DE LA GESTIÓN PÚBLICA EN SALUD

ForoSalud plantea que hay que avanzar en poner en práctica dos tipos de democratización de la salud:

- a) El primer tipo atañe a la salud como derecho social y, en este caso, democratizarla significa ponerla al alcance de todos. Ésta es la democratización de la que se habla más a menudo, pues está en el fondo de todos los debates sobre cómo mejorar el sistema de salud.
- b) Pero también hay otro tipo de democratización de la salud, que está relacionado con los derechos políticos en este campo y con la posibilidad de decidir democráticamente qué política de salud se va a seguir; en una palabra, se refiere a la democratización de la gestión pública en salud.

El derecho a la salud, identificado tradicionalmente como un derecho social, adquiere nuevos bríos con la doctrina de la indivisibilidad e integralidad de los derechos humanos, que lo reconoce como un derecho complejo, con componentes políticos, económicos y culturales. En este marco, las exigencias de participación ciudadana en salud forman parte del componente político del derecho a la salud, pues su finalidad es incidir en el proceso de toma de decisiones, además de tener un rol contralor.

1.1 FUNDAMENTOS DE UN NUEVO RÉGIMEN INSTITUCIONAL DEMOCRÁTICO EN SALUD

Tradicionalmente, se consideran dos regímenes democráticos básicos: el de democracia directa o pura y el de democracia representativa o indirecta. En el primero, la soberanía, que reside en el pueblo, es ejercida inmediatamente por éste, sin necesidad de elegir a representantes que lo gobiernen. En el segundo régimen, el pueblo es gobernado por medio de representantes elegidos por él mismo. La mayoría de países democráticos intenta hoy consolidar y mejorar la democracia representativa y su expresión, el voto, integrando elementos de la democracia participativa como el referéndum, el plebiscito, la iniciativa popular y la revocatoria.

En el campo de la salud, la sociedad civil plantea marchar juntos, sociedad y Estado, hacia la construcción de una democracia sanitaria avanzada, creando para ello diversos mecanismos de participación social que pueden clasificarse en alguna de las tres siguientes formas:

- a) Una forma directa de gestión; esto es, asumir un rol en la elaboración de las decisiones más importantes y la formulación de las políticas.
- b) Una forma indirecta, a través de mecanismos de control social o vigilancia ciudadana.
- c) Una forma directa de decisiones normativas, a través de la proposición de leyes de alcance nacional, regional o local.

Fundamentamos nuestro accionar como sociedad civil dialogante, vigilante y propositiva en la noción de “segunda ciudadanía”. Esta noción ha surgido ante la creciente complejidad de las sociedades y la dificultad de los individuos para incidir y ejercer control sobre las decisiones que los afectan. Alude a la capacidad ciudadana que se ejerce a través de grupos de personas organizadas. Usualmente, la participación ciudadana en salud se ejerce mediante organizaciones de la sociedad civil, que abarcan a un conjunto complejo y heterogéneo de organizaciones que comparten dos características: son no gubernamentales y no tienen fines de lucro.

Deseamos argumentar a favor de una democracia sanitaria que se plasme en un régimen institucional participativo, que vaya más allá de la tradicional “participación social” en los bordes del sistema de atención:

- a) La participación ciudadana es un derecho humano fundamental, y es también un valor, por cuanto se considera base y principio de

todo sistema democrático. No hay democracia que no haya asumido algún tipo de mecanismo que permita a los ciudadanos participar de manera directa o indirecta en la toma de decisiones sobre asuntos de carácter público.

La participación ciudadana ha sido definida como el derecho que tenemos todas y todos los ciudadanos de formar parte de la vida social y política de nuestra comunidad y del país en general. También se la ha considerado como un proceso de comunicación de dos direcciones entre el Gobierno y los ciudadanos, con la meta global de lograr mejores decisiones, respaldadas por el público y que promuevan un aumento del bienestar de la población.

Actualmente, la participación ciudadana se encuentra en el centro del debate y de las acciones de los pueblos y los gobiernos, al punto que los organismos internacionales la han ido adoptando como una estrategia de acción en sus declaraciones y proyectos, e incluso en diversos casos están institucionalizándola como política oficial. El Banco Mundial, el BID y, en general, el Sistema de las Naciones Unidas, han incluido la promoción de la participación como un eje de sus programas de cooperación técnica en el campo económico y social. Asimismo, los informes de la ONU sobre desarrollo humano señalan que la participación es una estrategia imprescindible en este terreno. El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD 1993) destaca que “la participación es un elemento esencial del desarrollo humano” y que la ciudadanía “desea avances permanentes hacia una participación total”.

b) A contracorriente de esta tendencia general, la institucionalidad del MINSA sigue intacta en este aspecto desde hace varias décadas. En este lapso han habido cambios de régimen nacional, pues se ha pasado de dictaduras a democracias y, sin embargo, ello no ha implicado un cambio fundamental en la estructura y los procesos de decisión, ejecución y operación en el MINSA. Los últimos cambios en el organigrama del nivel central han formado parte de los intentos de realizar una reforma administrativa, pero no una reforma del Estado en el campo de la salud que modifique la relación Estado-sociedad en este terreno.

En el actual régimen institucional sectorial, los gobiernos ministeriales concentran la formulación de políticas en un núcleo de confianza, y desconcentran luego la ejecución hacia el nivel subnacional, hacia las direcciones regionales. Este esquema jerarquizado, taylorista, que divide a los “planificadores” de los “ejecutores”, se basa en una concepción

restringida de la democracia representativa, pues se basa en el supuesto de que los ministerios del Ejecutivo sólo deben operar y no concertar, y que sólo el Congreso —y en particular su Comisión de Salud— tiene la función de concertar las voluntades ciudadanas sobre salud. Por eso se acepta la participación social abajo, pero no arriba. Esta división tajante entre la formulación y la ejecución no existe en la realidad; bajo este enfoque, el ministerio atiende la administración de sus servicios, pero no la dimensión amplia de la formación de voluntades colectivas plasmadas en políticas.

c) De esta forma se genera una contradicción, pues el Estado se propone financiar y/o proveer de servicios que democratizen el acceso a la atención, pero deja en segundo plano el otro tipo de democratización. El supuesto que está detrás de ello es que se puede “dar” la salud a “receptores” pasivos; que, al igual que se hace con otros bienes, se puede transferir la salud desde la oferta hacia los usuarios, como si se tratara de un bien más. No se capta la especificidad del cuidado y la atención de la salud.

A lo más se suele aceptar un tipo de participación social que en la tradición de la salud pública ha sido denominada “participación colaborativa”, porque en ella se convoca a la población a ejecutar los planes ya decididos; no a planificar, evaluar ni cogestionar sino sólo a apoyar. Incluso cuando existen CLAS, en muchos casos se propende a reducir la participación. La experiencia demuestra, por el contrario, que los avances sanitarios son débiles si no hay un compromiso de los usuarios; y que resulta difícil —si no imposible— motivar, sensibilizar y “ganar” a la población para que asuma mejores prácticas en torno a la salud si no se incrementa el ejercicio de la ciudadanía.

d) Las ciencias políticas y de la administración han demostrado que la conducción gubernamental y la macrogestión pueden obtener *performances* óptimas si saben dominar el arte de la gobernabilidad democrática. Por eso, en la administración se han revalorado las tesis que desde antaño propugnaran Elton Mayo y Douglas McGregor sobre una gerencia motivacional —ahora denominada *gerencia del liderazgo o aprendizaje organizacional*—, en la que se considera que las instituciones son personas y que, si no se cuenta con su voluntad y experiencia, no se puede avanzar en concretar las mejores misiones o visiones.

e) En el caso del Perú, debido a las dificultades para arribar a esos momentos sinérgicos que denominamos “buen gobierno”, es aún más

necesario abrir el Estado, que tiene una fuerte tradición burocrática y patrimonialista (o clientelar). Una condición necesaria para desarrollar una buena gestión es que exista una institucionalidad abierta y participativa, capaz de promover que se escuchen las opiniones de todos y se obtengan, así, el compromiso y la movilización de una franja cada vez más amplia de la ciudadanía.

En el actual régimen institucional del sector la tendencia ha sido al revés: el énfasis se ha colocado no en la apertura sino en la “gente de confianza”, lo que ha destruido las líneas de carrera y volatilizado la experiencia acumulada en el personal. Lo que se ha vivido durante los últimos años demuestra que este esquema no permite buenas *performances*, pues los equipos ministeriales se forman sobre la marcha, y con frecuencia no cuentan con una experiencia previa de trabajo conjunto ni necesariamente con ideas comunes; esto determina que cada administración realice una fuerte inversión de tiempo “hacia dentro”.⁸⁶ Sólo por temporadas el Estado abandona su dinámica autorreferida, pero incluso estas etapas resultan afectadas por la alta rotación de autoridades y funcionarios. Se necesita oxigenar este régimen institucional y la mejor forma de hacerlo es abriéndolo de manera transparente a la ciudadanía.

Por otro lado, la vigilancia social tiene que desempeñar un rol importante en este punto y contribuir a consolidar las instituciones públicas. La vigilancia ciudadana forma parte del derecho a la participación, y es concebida como la capacidad y el derecho que tenemos, de acuerdo con la Constitución Política, para fiscalizar, controlar y mejorar la gestión pública en lo que afecta directamente a la vida en sociedad. Esto no significa que la sociedad civil deba agotarse en el control, pues, como se ha señalado, aporta también propuestas de solución.

f) Los enfoques de atención primaria y de promoción de la salud, cuya importancia en la gestión sanitaria peruana se viene renovando, se diferencian precisamente de los enfoques curativos y hospitalarios en que colocan el centro de sus preocupaciones en la movilización de la propia población por su salud, por lo que una apertura hacia estos enfoques implica, con mayor razón, abrir canales para una práctica de ciudadanía política en salud.

⁸⁶ Arroyo, J. “2003: A medio quinquenio en salud”. En *Pobreza y desarrollo en el Perú. Informe anual 2003-2004*. Lima, OXFAM, 2004, pp. 47-53.

No se puede cambiar el “modelo de atención” sin modificar en paralelo el régimen institucional. Si el discurso sanitario habla de la necesidad de un cambio de prácticas no saludables, y se desea que este cambio sea efectivo y sostenido, se tienen que facilitar las condiciones para que el sujeto de la salud —es decir, la población— se ponga en acción.

g) Por último, no toda participación social es una participación ciudadana. El tipo de participación subordinada, que tutela a la población y le dice qué hacer y qué decir, la participación desinformada y sin voz, no propicia el crecimiento de las personas ni su autonomía, y se basa en el desarrollo de relaciones de dependencia.

La autonomía en el ejercicio de la participación política y social es una característica clave del sistema democrático, pues lo diferencia de los sistemas totalitarios, que suelen apostar por una participación tutelada. Una democracia sanitaria es un espacio de reencuentro entre el Estado y la sociedad, entre un Estado que democratiza su accionar y una población que asume como suya la cosa pública.

La democratización del Estado implica el entrelazamiento de dos reformas fundamentales: la apertura del Estado y el fortalecimiento y crecimiento en capacidades de la sociedad civil. Debemos pasar de un Estado vertical y cerrado a un Estado abierto y dialogante, y la sociedad civil debe fortalecerse como organización autónoma. Éste es un reto difícil, toda vez que venimos de una relación en la que el Estado asume principalmente un rol proveedor y actúa entendiendo que la salud es sólo sinónimo de “consulta” o “atención”; su contraparte son personas con ciudadanía restringidas y con escasos niveles de organización y empoderamiento.

1.2 POR UNA REFORMA DEMOCRÁTICA EN SALUD

La sociedad civil organizada plantea *construir una nueva institucionalidad democrática en salud*. No sólo necesitamos una renovación de la agenda sanitaria, una reforma del modelo de atención para una gestión sanitaria territorializada, un Seguro Público Unificado y una alianza de los millones de cuidadores no remunerados con los trabajadores y los profesionales de la salud sino un nuevo modelo institucional, esto es, una reforma democrática en salud.

ForoSalud ha formulado un Anteproyecto de Ley de Democratización de la Gestión Pública en Salud, si bien reconoce que la participación ciuda-

dana es un proceso cultural que no se logra sólo con leyes o decretos. La acción legislativa no es más que una herramienta que debe enriquecerse con los procesos sociales y con la evolución de los valores, sin pretender crear una realidad que no tenga bases. En ese sentido, el Anteproyecto de Ley de Democratización de la Gestión Pública en Salud expresa el desarrollo de la asociatividad y las capacidades técnicas y profesionales adquiridas durante las últimas décadas en el sector Salud, que deben canalizarse para mejorar la gestión. De ahí que se regule con particular énfasis, entre otras dimensiones, la forma en que contribuye la participación tanto a la formulación de políticas como al control de la gestión.

Las innovaciones que se proponen deberán reformar de manera radical los actuales mecanismos de participación en la gestión de salud en nuestro país.

La democratización de la gestión pública incluye procesos de naturaleza muy distinta, que van desde meros encuentros casuísticos entre ciudadanos y autoridades, hasta sistemas institucionalizados de consulta y decisión sobre políticas públicas. Lo que se plantea es marchar hacia esto último.

Existe un conjunto de mecanismos y modelos de participación que incluyen espacios de concertación, diálogo nacional y regional, veedurías ciudadanas, formas de participación comunitaria, vigilancia y control ciudadano, auditoría social, etcétera. Cada uno tiene instrumentos diferentes, pero sus enfoques prácticos son similares y están interrelacionados. Todos buscan una mayor participación social de los ciudadanos en las decisiones que gobiernan el proceso de desarrollo.

Las ideas más importantes para esta democratización de la institucionalidad son las siguientes:

i. Crear un Consejo Nacional de Salud representativo y centrado en la formulación concertada de políticas y el control de la gestión pública

a) Una composición amplia del Consejo Nacional de Salud

Uno de los primeros cambios propuestos es que se modifique la actual composición del Consejo Nacional de Salud (CNS). En ese sentido, a diferencia de la Ley 27813, Ley del Sistema Nacional Coordinado y

Descentralizado de Salud (SNCD) —que dispone una participación minoritaria y absolutamente asimétrica para el componente sociedad civil—, la propuesta que viene impulsando la sociedad civil organizada promueve una participación mucho más amplia de todos los sectores involucrados.

Se plantea replantear la composición del SNCD integrando los siguientes elementos:

1. Representación en el CNS de los consejos regionales de salud, elemento no considerado en la Ley 27813.
2. Representación de las organizaciones sociales de base, elemento que tampoco está considerado en la citada ley.
3. Representación de las asociaciones de pacientes, elemento ausente en la Ley del SNCD.
4. Representación de las profesiones de salud no médicas, elemento también ausente en la legislación vigente.
5. Representación más amplia de las municipalidades, elemento recortado en la ley del SNCD a un solo representante de la Asociación de Municipalidades del Perú.
6. Representación directa de las facultades de Ciencias de la Salud, que en la Ley 27813 están representadas por la Asamblea Nacional de Rectores.
7. Representación de los ministerios importantes para el campo de la salud, como el de la Mujer y del Desarrollo Social y el de Educación, entidades no consideradas en la actual legislación.

Evidentemente, tras esta composición, la sociedad civil está proponiendo que el CNS no siga siendo una instancia marginal que se reúne una vez al mes por unas cuantas horas para contemplar una agenda determinada por el despacho que ha llegado sino que se convierta en un nuevo CNS que tenga sesiones de trabajo más amplias, una agenda proactiva, un Ejecutivo permanente y una Secretaría Técnica fortalecida.

b) Naturaleza del Consejo Nacional de Salud

El modelo creado por la Ley 7813 otorga al CNS y a los consejos regionales y provinciales la naturaleza de *órganos consultivos* de la autoridad sanitaria; por tanto, no se fija plazos ni tiene el deber de tomar en cuenta

—e incluso ni siquiera observar— sus acuerdos. El anteproyecto de la sociedad civil plantea plazos para el refrendo ministerial de los acuerdos del consejo. Si éstos fueran observados, deben ser devueltos al consejo para que los vuelva a someter al debate. De mantenerse las diferencias en segundo término, luego de la segunda devolución, el consejo podrá remitir el texto como iniciativa legislativa al Congreso de la República, a la Comisión de Salud o a aquella especializada en el tema.

Así, la propuesta define que el CNS es una instancia colegiada, de naturaleza deliberativa y permanente, cuyo objeto es discutir, concertar, proponer y participar en la formulación y el control de la ejecución de la política nacional de salud. Esta definición supera dos visiones sobre los consejos de salud: por un lado, la de quienes plantean que son órganos consultivos o de asesoría al gobernante; por otro, la de quienes les dan a sus acuerdos carácter vinculante, con mandato imperativo sobre las autoridades.

La función de “coordinación” de la prestación, que ahora también se le atribuye al CNS, debería estar diferenciada aparte en una instancia de coordinación interinstitucional entre proveedores de servicios, que sea convocada por el MINSA.

c) Acuerdos que puede emitir el Consejo Nacional de Salud

El actual diseño asimétrico y vertical ha generado un CNS cuya participación en la gestión es básicamente formalista, pues no se preocupa de definir el alcance de sus acuerdos. La actual iniciativa propone que el CNS tenga facultad para emitir:

- a) Resoluciones sobre aspectos de su responsabilidad directa, que deben ser refrendadas por el MINSA.
- b) Recomendaciones, en caso de que su posición sobre un tema o asunto específico sea relevante y/o necesaria.
- c) Mociones que expresen su reconocimiento, apoyo, crítica u oposición respecto a situaciones o actos relacionados con el sector.

d) Vinculación entre consejos de salud y elección de abajo hacia arriba

La Ley 27813 estipula la existencia de consejos a nivel nacional, regional y provincial, que no tienen relación orgánica ni normativa. La sociedad

civil plantea la presencia de representantes de los consejos provinciales en los consejos regionales, y de los regionales en el CNS. Se deben plantear, igualmente, la posibilidad y las condiciones para que los acuerdos de los consejos de nivel inferior sean sometidos a debate en los consejos de nivel superior.

ii. *Institucionalizar las convocatorias a las conferencias nacionales de salud*

El CNS debería convocar periódicamente a conferencias nacionales de salud. Previamente, deben realizarse conferencias preparatorias locales, provinciales y departamentales de base amplia, con el objetivo de discutir y llegar a consensos sobre políticas prioritarias en el campo de la salud. Los representantes de cada conferencia provincial o departamental deberían participar en el nivel superior y así hasta la conferencia nacional.

La periodicidad de estas conferencias nacionales de salud es un tema por debatir. Es conveniente convocar a una conferencia al inicio de cada gobierno. Los acuerdos de estas conferencias deben tener carácter vinculante y estar enmarcados en el terreno de la formulación de las políticas de Estado referentes a la salud, así como a la evaluación de la forma en que éstas son gestionadas.

iii. *Establecer el compromiso de gestión de la alta dirección y sus mecanismos de rendición de cuentas*

Proponemos que, luego de su designación y a través de *su mensaje al sector y a la ciudadanía* ante el CNS, los ministros presenten al país su *compromiso de gestión*. Además, a manera de rendición de cuentas ante el país y el sector, la alta dirección presentará en esta instancia, anualmente o al salir del cargo su *memoria de gestión*. De esta forma se institucionaliza un procedimiento de evaluación que promueve la responsabilidad y el profesionalismo en la gestión y establece el reconocimiento al mérito.

De igual forma, estos procedimientos deben ser implementados en las direcciones generales y regionales de salud.

iv. Transparencia y castigo a la negligencia y la corrupción

Planteamos ampliar los alcances de la Ley 27806 —Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública—, de tal forma que, además de que se brinde información a quien la pida, todos los datos generados en la gestión pública en salud estén disponibles para la ciudadanía.

Si bien los procedimientos actuales para acceder a la información al amparo de la Ley 27806 constituyen un avance evidente, también dificultan que se aplique el espíritu de la norma, pues exigen tiempo y capacidades técnicas especializadas. Esta situación debe mejorarse, pero sobre todo es necesario que se genere un sistema de gestión transparente, con una agenda pública, una página web sin restricciones, un sistema de información del HIS-MIS accesible, informes de consultoría siempre disponibles para todos y todas e información pública sobre contrataciones, entre otras innovaciones.

Por último, debemos señalar que no existe una cultura de cuidado de nuestros bienes públicos. Pese a que actualmente hay muchas quejas fundadas sobre las malas prácticas en la atención, la lucha contra la corrupción y la negligencia en el MINSa, hasta ahora no es un tema relevante en la agenda sectorial. No se debe esperar a que se produzcan situaciones escandalosas para recién tomar medidas sino tener una línea de trabajo sistemática, que restaure la ética en la función pública y proponga compartir y desarrollar valores.

2. DESCENTRALIZACIÓN EN SALUD: CONSTRUIR UN CAMINO HACIA LA DEMOCRATIZACIÓN SANITARIA

Con la elección y funcionamiento de los gobiernos regionales en el ámbito departamental, desde enero del año 2003, actualmente está en curso una nueva experiencia de descentralización política, económica y administrativa. La puesta en marcha de los gobiernos regionales fue posible gracias al consenso de las organizaciones políticas y religiosas, la sociedad civil y el Gobierno, que suscribieron el Acuerdo Nacional; en este documento se señalaba que ésta era una tarea prioritaria de la transición democrática abierta con la caída de la dictadura.

El Acuerdo Nacional estableció como uno de sus grandes objetivos lograr un Estado eficiente, transparente y descentralizado. Este objetivo

se concretó en la octava política de Estado, en la que se señalaba el compromiso de poner en marcha la descentralización política, económica y administrativa para propiciar el desarrollo integral, armónico y sostenido del país.

Luego de que se establecieran la reforma constitucional y el Acuerdo Nacional, el Congreso de la República aprobó las leyes básicas para poner en marcha el proceso. Así, se promulgaron la Ley de Bases de la Descentralización, La Ley de Gobiernos Regionales y la Ley Orgánica de Municipalidades.

Con la elección de los gobiernos regionales y locales en noviembre de 2002, y su instalación y funcionamiento a partir de enero de 2003, se ha iniciado una nueva experiencia que, año y medio después, ha mostrado tanto las oportunidades de establecer una nueva relación entre el Estado y la sociedad —en la que se busque promover el desarrollo y la participación— como grandes limitaciones y problemas, que se manifiestan en el cuestionamiento de muchos gobiernos regionales y municipales, atrapados por la carencia de recursos y también por la falta de transparencia y eficiencia. Alimenta esta situación la ausencia de una clara voluntad política de parte del Gobierno nacional para impulsar el proceso.

Paralelamente a la descentralización política del país, en el sector Salud también se está implementando un proceso de descentralización, normado por la Ley 27813, que creó el SNCD de Salud. Se ha constituido el CNS, veinte consejos regionales y muy pocos consejos provinciales. En la agenda está pendiente la discusión de un anteproyecto de ley que contempla el aseguramiento universal en salud y otras iniciativas. Sin embargo, el CNS no ha mostrado iniciativa ni se ha convertido en el centro de debate de los principales problemas del sector. Su carácter ambiguo de organismo consultivo y a la vez de concertación no le otorga la independencia necesaria. Son muy pocos los consejos regionales que tienen planes de trabajo y han desarrollado algunas actividades de capacitación. La presencia de la sociedad civil en estas instancias es muy reducida; no sólo no se ha promovido su participación sino que la sociedad civil ha sido hostilizada por los ministros de Salud del primer tramo de este Gobierno. En la nueva conducción ministerial hay señales de cambio de actitud, lo cual sería beneficioso para lograr una auténtica concertación que busque encarar los problemas sanitarios y proponer soluciones tendentes a la reforma por el derecho a la salud.

2.1 EL ENFOQUE DE LA SOCIEDAD CIVIL ACERCA DE LA DESCENTRALIZACIÓN: COMPETITIVIDAD, GOBERNABILIDAD Y DESARROLLO HUMANO

La descentralización parece ser un concepto que goza de la aceptación de diferentes corrientes. Sin embargo, es importante remarcar que la sociedad civil no sólo enfatiza los ejes administrativo y económico de la descentralización —como suelen hacer los enfoques excluyentemente técnicos—, sino que considera que ésta también representa una oportunidad de democratización y participación popular. Un proyecto de descentralización democratizador debe alcanzar, así, tres desafíos: competitividad, gobernabilidad y un desarrollo humano sostenible.

Es desde la perspectiva del desarrollo humano sostenible que se determina qué tipo de competitividad y de gobernabilidad se propugna. La gobernabilidad no es vista como la capacidad del Estado de ejercer una manipulación simbólica o clientelar para legitimar el sistema sino como una profundización de la democracia, como el desarrollo de la autonomía de las mayorías respecto del poder de los grupos económicos y de la clase política, combinando sistemas de representación no alienantes con una importante autogestión. Se busca una competitividad auténtica, basada no en la degradación del trabajo o en la explotación desmedida de los recursos naturales sino en el desarrollo de una sociedad integrada, en la que todos cuenten con la oportunidad de realizar sus capacidades. Este esquema, en el que la principal inversión es el capital humano, está basado en la calidad del conocimiento y la información de las personas, así como en el desarrollo generalizado y la efectiva utilización de las capacidades de iniciativa en todas las esferas de la vida.

El reto desde la sociedad civil es convertir el proceso de descentralización del país —y en particular la descentralización en salud— en un proyecto democratizador.

2.2 EL NUEVO ORDENAMIENTO LEGAL QUE RELANZÓ EL PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN EN EL PERÚ

El Congreso de la República ha aprobado el marco legal básico contenido en la reforma del capítulo XIV del título IV de la Constitución Política del Estado sobre Descentralización, la Ley de Bases de los Gobiernos Regio-

nales y la Ley Orgánica de Municipalidades, que han permitido la elección ciudadana de los nuevos gobiernos regionales y locales en noviembre de 2002, y su instalación y puesta en marcha en enero de 2003.

a) *Ley de Bases de la Descentralización (Ley 27783)*

Esta ley establece la estructura y organización del Estado en forma democrática, descentralizada y desconcentrada por niveles: Gobierno nacional, gobiernos regionales y gobiernos locales. Determina los principios generales del proceso: su carácter permanente, dinámico, irreversible, democrático, integral, subsidiario y gradual. Señala la obligación de los gobiernos regionales de promover la participación ciudadana en la formulación, el debate y la concertación de sus planes de desarrollo y presupuestos, así como en la gestión pública.

Por otro lado, constituye y conforma el Consejo Nacional de Descentralización (CND) como organismo que conduce el proceso, coordina, capacita, monitorea y canaliza el financiamiento. El CND está adscrito a la Presidencia del Consejo de Ministros (PCM). Es dirigido por un representante del presidente de la República y está integrado por dos representantes de la PCM, dos del Ministerio de Economía y Finanzas, dos de los gobiernos regionales, uno de los municipios provinciales y uno de los distritales.

La ley establece las competencias exclusivas y compartidas en los diferentes niveles del Estado: las que corresponden al Gobierno nacional y las que son exclusivas de los gobiernos regionales, los gobiernos locales y las municipalidades.

COMPETENCIAS DE LAS DISTINTAS INSTANCIAS DE GOBIERNO EN EL PERÚ

Competencias exclusivas del gobierno nacional: a) diseñar las políticas nacionales y sectoriales; b) establecer los lineamientos de defensa, seguridad nacional y Fuerzas Armadas; c) definir la política de relaciones exteriores; d) encargarse del orden interno, la Policía nacional, el cuidado de las fronteras y la prevención de los delitos; e) impartir justicia; f) tomar las decisiones correspondientes a la moneda, la banca y los seguros; g) hacerse cargo de la tributación y el endeudamiento público nacional; h) establecer el régimen de comercio y aranceles; i) regular y gestionar el funcionamiento de la marina mercante y la aviación comercial; j) regular los servicios públicos de su responsabilidad; k) regular y gestionar la infraestructura pública de carácter y alcance nacional; l) otras que señale la ley, conforme con la Constitución Política del Estado.

Competencias exclusivas de los gobiernos regionales: a) planificar el desarrollo integral de su región y ejecutar los programas socioeconómicos correspondientes; b) formular y aprobar el plan de desarrollo regional concertado con las municipalidades y la sociedad civil de su región; c) aprobar su plan de organización interna y su presupuesto institucional conforme a la Ley de Gestión Presupuestaria del Estado y las Leyes Anuales de Presupuestos; d) promover y ejecutar las inversiones públicas de ámbito regional en proyectos de infraestructura vial, energética, de comunicaciones y de servicios básicos de ámbito regional, con estrategias de sostenibilidad, competitividad, oportunidades de inversión privada, dinamización de mercados y rentabilización de actividades; e) diseño y ejecución de programas regionales de cuencas, corredores económicos y ciudades intermedias; f) promover la formación de empresas y unidades económicas regionales para concertar sistemas productivos y de servicios; g) facilitar los procesos orientados a los mercados internacionales para la agricultura, la agroindustria, la artesanía, la actividad forestal y otros sectores productivos, de acuerdo con sus potencialidades; h) desarrollar circuitos turísticos que pueden convertirse en ejes de desarrollo; i) concretar alianzas y acuerdos con otras regiones para el fomento del desarrollo económico, social y ambiental; j) administrar y adjudicar los terrenos urbanos y eriazos de propiedad del Estado en su jurisdicción, con excepción de los terrenos de propiedad municipal; k) organizar y aprobar los expedientes técnicos sobre acciones de demarcación territorial en su jurisdicción, conforme con ley de la materia; l) promover la modernización de la pequeña y mediana empresa regional, articulada con las tareas de educación y empleo, así como con la actualización e innovación tecnológica; m) dictar las normas sobre los asuntos y las materias de su responsabilidad, y proponer las iniciativas legislativas correspondientes; n) promover el uso sostenible de los recursos forestales y de la biodiversidad; o) otras que se señalen por ley expresa.

Competencias compartidas de los gobiernos regionales con el Gobierno nacional o los gobiernos locales: a) educación: gestión de los servicios educativos de nivel inicial, primaria, secundaria y superior no universitaria, con criterios de interculturalidad orientados a potenciar la formación para el desarrollo; b) salud pública; c) promoción, gestión y regulación de actividades económicas y productivas en su ámbito y nivel, correspondientes a los sectores agricultura, pesquería, industria, comercio, turismo, energía, hidrocarburos, minas, transportes, comunicaciones y medio ambiente; d) gestión sostenible de los recursos naturales y mejoramiento de la calidad ambiental; e) preservación y administración de las reservas y áreas naturales protegidas regionales; f) difusión de la cultura y potenciación de todas las instituciones artísticas y culturales regionales; g) competitividad regional y promoción de empleo productivo en todos los niveles, concertando los recursos públicos y privados; h) participación ciudadana, alentando la concertación entre los intereses públicos y privados en todos los niveles; i) otras que se les deleguen o asignen conforme con la ley.

Competencias exclusivas de las municipalidades: a) planificar y promover el desarrollo urbano y rural de su circunscripción, y ejecutar los planes correspondientes; b) normar la zonificación, el urbanismo, el acondicionamiento territorial y los asentamientos humanos; c) administrar y reglamentar los servicios públicos destinados a satisfacer las necesidades colectivas de carácter local; d) aprobar su organización interna y su presupuesto institucional conforme con la Ley de Gestión Presupuestaria del Estado y las Leyes Anuales de Presupuestos; e) formular y aprobar el plan de desarrollo local concertado con su comunidad; f) efectuar y supervisar la obra pública de carácter local; g) aprobar y facilitar los mecanismos y espacios de participación, concertación y fiscalización de la comunidad en la gestión municipal; h) dictar las normas sobre los asuntos y las materias de su responsabilidad, y proponer las iniciativas legislativas correspondientes; i) otras que se deriven de sus atribuciones y funciones propias, y las que señale la ley.

b) Ley de los Gobiernos Regionales (Ley 27867)

Esta ley define y norma la estructura, organización, competencias y funciones de los gobiernos regionales, las cuales emanan de la voluntad popular. Les asigna la finalidad esencial de fomentar el desarrollo regional integral sostenible, promoviendo la inversión pública y privada y el empleo, así como garantizando el ejercicio pleno de los derechos y la igualdad de oportunidades. Establece los principios rectores de las políticas y la gestión regional, como son la participación, la transparencia, la gestión moderna y la rendición de cuentas, la inclusión, la eficacia, la eficiencia, la equidad, la sostenibilidad, la imparcialidad y neutralidad, la subsidiaridad, la especialización, la competitividad y la integración. Asimismo, señala sus competencias constitucionales, exclusivas y compartidas.

Los gobiernos regionales tienen definida la siguiente estructura organizativa:

- a) El Consejo Regional, como órgano normativo y fiscalizador.
- b) La Presidencia Regional, como órgano ejecutivo y administrador.
- c) El Consejo de Coordinación Regional, como órgano consultivo y de concertación entre el gobierno regional, los gobiernos locales y la sociedad civil.

Las funciones del Consejo de Coordinación Regional (CCR) son elaborar el plan anual y el presupuesto participativo anual, el plan de desarrollo regional concertado —así como la visión general y los lineamientos estratégicos de los programas que lo componen—, además de otras funciones que le encargue o le solicite el Consejo Regional. El CCR está compuesto por el presidente regional, el vicepresidente regional, los alcaldes provinciales de la región (todos ellos forman el 60%) y los representantes de las organizaciones de la sociedad civil (40%). Los representantes de la sociedad civil son elegidos democráticamente —por dos años— por los delegados acreditados de las organizaciones de nivel regional y provincial. Las sesiones se realizan ordinariamente dos veces al año y, en forma extraordinaria, cuando las convoque el presidente regional.

2.3 PROCESO DE TRANSFERENCIA A LAS REGIONES

La Ley de Bases de la Regionalización define que este proceso se realizará en forma gradual y por etapas. Primero se deben organizar y consoli-

dar los gobiernos regionales para, a partir del año 2003, iniciar la transferencia de programas sociales —Fondo Nacional de Compensación y Desarrollo Social (FONCODES), Programa Nacional de Manejo de Cuenca Hidrográficas y de Conservación de Suelos (PRONAMACHCS) y Programa Nacional de Asistencia Alimentaria (PRONAA)— y la recepción de competencias regionales, y luego empezar la transferencia de sectores, en particular Educación y Salud.

Se supone que cada ministerio organiza comisiones de transferencia de competencias y define un plan anual, que luego el CND consolida y presenta al Ejecutivo, para que, en marzo de cada año, éste acuerde las transferencias. Sin embargo, estas etapas, originalmente definidas en la Ley de Bases, han sufrido modificaciones como producto de la pugna entre los gobiernos regionales —que plantean acelerar las transferencias— y el Gobierno nacional y los correspondientes ministerios, que se resisten a realizarlas sin las debidas condiciones de acreditación de competencias para asumirlas.

La ley dispone que el CND evaluará las competencias de los gobiernos regionales que garanticen capacidades para recibir y gestionar los sectores que se les transfieran. El Congreso viene debatiendo un proyecto de ley que norma este proceso, y el CND ha emitido un reglamento provisorio para poder transferir competencias y activos durante el primer año del proceso. Éste sigue siendo, sin embargo, un espinoso tema de debate entre los gobiernos regionales y el Gobierno nacional.

2.4 BALANCE DEL PRIMER AÑO Y MEDIO DE DESCENTRALIZACIÓN

A un año y medio de relanzado el proceso de descentralización, se puede realizar un balance preliminar que marca las dificultades que se deben superar.

a) Ausencia de un Proyecto Nacional de Desarrollo que oriente el proceso

Entre las limitaciones más importantes de esta nueva experiencia descentralista está la de no contar con una propuesta de Proyecto Nacional de Desarrollo descentralizado y sostenible, que no debe entenderse como un objetivo en sí mismo ni limitarse a un proceso burocrático de transferencia de recursos y competencias para seguir haciendo más de lo mismo.

b) Falta de voluntad política del Gobierno central para promover la descentralización

El CND ha mostrado limitaciones para conducir el proceso y ha expresado que no existe la necesaria voluntad política para promoverlo. La sociedad civil no está representada en el CND; para cumplir sus importantes funciones, éste necesita ser reestructurado. Hay un retraso en la promulgación de leyes que favorezcan el desarrollo del proceso —la Ley de Descentralización Fiscal, la Ley de Participación de la Sociedad Civil y la Ley de Canon y Regalías de las empresas que explotan los recursos de las regiones—. Es necesario que cuanto antes, previo debate nacional descentralizado, se aprueben el Plan Nacional de Capacitación y la Ley del Sistema de Acreditación para el desarrollo de competencias en las regiones y la transferencia de los sectores a los gobiernos regionales.

c) Poca legitimidad de los nuevos gobiernos regionales

Los gobiernos regionales, en su mayor parte (64%), fueron elegidos con un respaldo ciudadano menor de 30% de los votos. Solamente en La Libertad, Loreto y Lima se logró más de un tercio de votos. En 16 gobiernos —que representan dos tercios— la diferencia con la lista que terminó en segundo lugar fue menor de 5%. El debate electoral fue limitado y no estuvo centrado en propuestas de desarrollo regional. Todos estos factores expresan la escasa legitimidad de los nuevos gobiernos regionales y la continuación de la crisis del sistema de partidos políticos. El APRA fue el que obtuvo los mejores resultados y se convirtió en la fuerza política ganadora, mientras que el partido de gobierno sólo obtuvo la victoria en un gobierno regional (Callao).

A un año de haber iniciado sus funciones, ninguno de los gobiernos regionales supera el 50% de respaldo de sus ciudadanos: este apoyo fluctúa entre 49% del gobierno regional de Lambayeque y 9,7% del gobierno regional de Puno (CPI, marzo de 2004).

d) Restringida participación de la sociedad civil

Si bien el proceso resalta la participación de la sociedad civil y establece espacios para que ésta intervenga en los consejos de coordinación regional (CCR) y los consejos de coordinación local (CCL) —con funciones de plani-

ficación concertada y discusión de presupuestos participativos—, la participación sólo tiene carácter consultivo y de concertación y no vinculante; es decir, los gobiernos regionales no están obligados a cumplir las recomendaciones concertadas en los CCL y CCR. Esta forma de participación es un retroceso respecto a la experiencia de regionalización y descentralización de la etapa 1989-1992, en la que los representantes de la sociedad civil conformaban los dos tercios de la Asamblea Regional, que elegía al presidente y a su equipo central; además, tenían facultades para revocarlos y aprobar los planes de desarrollo y los presupuestos. Es más: los procesos de elección para los CCR han sido restrictivos y más de 50% de ellos se han reunido una sola vez, para su instalación. Esto expresa también la debilidad de las organizaciones de la sociedad civil en relación con su institucionalidad y su práctica de la democracia interna, así como su limitada capacidad propositiva.

e) Desencuentro entre las expectativas de la población y las posibilidades de los gobiernos regionales

Los gobiernos regionales se han instalado casi sin recursos y recibiendo sólo algunos proyectos sociales del Instituto Nacional de Desarrollo (INADE). Las expectativas de la población de las regiones los han rebasado, y en varios gobiernos regionales se ha evidenciado la escasez de los recursos transferidos, la limitada voluntad política descentralizadora de las autoridades centrales y los problemas de gestión.

f) Ineficacia, falta de transparencia y corrupción en varios gobiernos regionales

Problemas de ineficacia, falta de transparencia y corrupción han marcado el desempeño de muchos gobiernos regionales, lo que ha generado desilusión. Áncash, San Martín, Lima provincias, Cuzco, Puno y Madre de Dios están entre los casos más cuestionados.

2.5 EL LIMITADO PROCESO ACTUAL DE DESCENTRALIZACIÓN EN SALUD EN EL PERÚ

La actual descentralización en salud comprende dos procesos diferentes: uno que partió del MINSA cuando promovió el SNCD de Salud (Ley 27813)

y otro que tiene como punto de partida el proceso de descentralización nacional.

A casi dos años de la promulgación de la ley sobre el SNCDS, queda claro que se trata de un dispositivo legal que no aborda propiamente la descentralización ni tampoco la participación social y la concertación con la sociedad civil. Se trata, más bien, de una ley de coordinación intrasectorial promovida desde un enfoque sectorialista. Se requiere una reformulación global de esta norma si se desea que los consejos sean órganos de concertación; además, la ley debe insertarse en el marco del proceso de descentralización.

La composición del CNS fue establecida en forma muy restrictiva para las organizaciones de la sociedad civil. Está conformado por el ministro o ministra de Salud, quien lo preside, y por un representante de cada una de las siguientes instituciones y organizaciones: MINSA-Dirección General de Salud de las Personas, EsSalud, municipalidades, Viceministerio de Saneamiento, Sanidad de las Fuerzas Armadas, Sanidad de la Policía Nacional, sector privado, universidades, Colegio Médico del Perú, trabajadores del sector y organizaciones sociales de la comunidad. La ley definió sus funciones como órgano consultivo y concertador, funciones que no sólo no ha cumplido⁸⁷ sino que exigen ahora una concordancia con las funciones asignadas a los gobiernos regionales⁸⁸ y sus órganos

⁸⁷ Funciones del CNS: a) proponer la política nacional de salud y el Plan Nacional de Salud como parte de la política nacional de desarrollo; b) propiciar la concertación y la coordinación intra- e intersectorial en el ámbito de la salud; c) velar por el cumplimiento de la finalidad y las funciones del SNCDS; d) proponer las prioridades nacionales en salud, sobre la base del análisis de la situación de salud y las condiciones de vida de la población; e) proponer una distribución equitativa y racional de los recursos en el sector Salud, de acuerdo con las prioridades nacionales; f) proponer los niveles de atención de salud y complejidad de los servicios del SNCDS; g) aprobar la memoria anual, que será presentada por el presidente del consejo.

⁸⁸ Las funciones específicas en salud y ambiente de los gobiernos regionales (art. 49, Ley 27867) son: a) formular, aprobar, ejecutar, dirigir y evaluar las políticas de salud de la región en el marco de las políticas nacionales; b) formular y desarrollar concertadamente un Plan Regional de Salud; c) participar en el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud; d) desarrollar actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad; e) administrar las organizaciones de salud del Estado en la región; f) supervisar los establecimientos públicos y privados; g) supervisar y controlar la producción y comercialización de productos farmacéuticos; h) promover y preservar la salud ambiental; i) planificar las inversiones en salud; j) diseñar y ejecutar políticas sobre nutrición.

ejecutivos y de concertación regional, al igual que en el caso de los consejos provinciales propuestos.

Además, es poco lo avanzado en materia de descentralización en salud sobre la base de la Ley de Descentralización y la de regiones. El hecho de que no se priorice la salud en la agenda gubernamental, la disminución de los recursos destinados al sector, las tendencias conservadoras de los primeros ministros del actual gobierno en la conducción sectorial, su escasa voluntad política para promover la descentralización y su hostilidad hacia la participación de la sociedad civil determinan un balance negativo y dan la sensación de que se ha perdido tiempo en la tarea de realizar los cambios necesarios para transformar el sistema y crear las condiciones para que todas las personas accedan al derecho a la salud.

Analizando la propuesta gubernamental de descentralización en salud a la luz de nuestra experiencia y la de otros países latinoamericanos,⁸⁹ es posible sacar algunas lecciones críticas:

- a) La propuesta vuelve a implementarse después de 24 años, pero no recoge los avances desarrollados ni las lecciones aprendidas, y tampoco apuesta por la participación de los usuarios y la sociedad civil.
- b) Se mantiene el modelo segmentado y, como respuesta frente a la dispersión sectorial, se postula la coordinación, pero se abandona la necesaria integración progresiva de los subsistemas públicos como paso fundamental hacia el logro de la equidad.
- c) Se ha dejado de lado la propuesta de construcción social de la Política Nacional de Salud y se ha dado al SNCD un rol instrumental, que no considera la realización de convocatorias amplias para recoger iniciativas y concertar políticas duraderas.
- d) El CNS es un híbrido (consultivo-concertador) que no tiene la autonomía necesaria para cumplir una función propositiva ni amplitud para convertirse en un órgano de participación ciudadana y de vigilancia y control social. Además, es centralista y en él no participan las regiones.
- e) Existe discriminación en la participación de las y los usuarios, así como de las organizaciones sociales —centrales sindicales, jubilados, asociaciones de pacientes, comedores populares, comités del

⁸⁹ Thomas J. Bossert, Ph. D. *La descentralización de los sistemas de salud en Latinoamérica: un análisis comparativo de Chile, Colombia y Bolivia*. PHR, 2000.

Vaso de Leche, clubes de madres, colegios profesionales de la salud, comunidad científica, etcétera—.

- f) La representación intersectorial está prácticamente ausente (Educación, MIMDES, Alimentación).

2.6 NUESTRA PROPUESTA: LA DESCENTRALIZACIÓN EN SALUD COMO ESTRATEGIA DEMOCRATIZADORA Y ARTICULADA A LA DESCENTRALIZACIÓN DEL PAÍS

Entendemos la descentralización en salud como la transferencia permanente y no revocable de poder desde la alta dirección del Ministerio de Salud a los gobiernos regionales y locales —que gozan de las competencias, los recursos y la capacidad de decisión necesaria—, con el objetivo de ampliar la cobertura en salud como parte del desarrollo integral. La descentralización en salud es una estrategia hacia el logro de este objetivo y no es, por tanto, un fin en sí misma. Debe convertirse en una herramienta para lograr que el sector avance hacia la reforma sanitaria que promueve la realización del derecho a la salud.

Los objetivos de la descentralización en salud que proponemos son:

- Garantizar el derecho a la salud de la población, avanzando hacia la universalización de la seguridad social en salud.
- Promover la participación de los usuarios, en tanto ciudadanos, en la formulación, gestión y evaluación de las políticas y las estrategias en salud.
- Fortalecer los niveles de gobierno descentralizado, regional y local.
- Cambiar el modelo de atención mediante la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la organización de la atención por niveles y redes.
- Garantizar el financiamiento de la atención integral mediante recursos públicos del Gobierno central, regional y local, así como del aporte de las personas.
- Garantizar las acciones intersectoriales y transectoriales para mejorar las condiciones y la calidad de vida de la población.

a) *Asumir una conducta proactiva en la descentralización*

La sociedad civil plantea impulsar activamente la descentralización en salud. Para ello, es necesario que los problemas que inevitablemente vayan

surgiendo en el proceso sean debatidos —en términos técnicos y de manera concertada— entre los profesionales, la sociedad civil y los gobiernos regionales y locales. Hasta ahora se ha ido a remolque y se plantea revertir esta situación.

b) Delimitar y transferir competencias en salud a las regiones

Es importante delimitar claramente las funciones y competencias de los distintos niveles del Estado, con el propósito de obtener sinergias y evitar duplicidades y pérdida de eficiencia y eficacia en el sistema de atención.

El tema más complejo no son las funciones exclusivas sino las funciones concurrentes, pues implican la participación de más de un nivel del Estado. Éste es el caso de las funciones normativas, de planificación, de regulación, de financiamiento y de supervisión-monitoreo que corresponden a los niveles nacional y regional. En todos los casos, se busca precisar el tipo de competencias por nivel en estas funciones y normar con claridad sus procesos, para evitar desencuentros. Aclarar qué significa planificar en el ámbito nacional en un país descentralizado supone, por ejemplo, precisar qué significa planificar regionalmente en un país unitario y descentralizado, pues no es posible que se dé lo uno sin lo otro. Lo mismo pasa con la regulación y con la supervisión y monitoreo. Hay que tomar en cuenta, además, que en todas estas funciones tiene que existir una concertación entre la sociedad y el Estado.

Un aspecto que queda claro es que tanto en el nivel central como en el regional la función de gobierno está separada de la función prestacional. Al respecto, la solución del proceso de descentralización en Chile fue una de las más precisas: los municipios prestan servicios y las direcciones regionales supervisan, y sólo son prestadoras en el caso de los hospitales regionales.

3. DESCENTRALIZAR SALUD DEMOCRATIZANDO LA INSTITUCIONALIDAD EN TODOS LOS NIVELES

Hoy es impensable y poco eficaz intentar que se aplique un nuevo esquema descentralizado del sistema de salud sin un sistema de concertación sociedad-Estado en todos los niveles. El problema del sistema coor-

dinado es que los consejos que éste creó superponen tres funciones diferentes: la coordinación interinstitucional, la concertación sociedad-Estado y la función consultiva respecto a la alta dirección. La experiencia de descentralización boliviana enseñó a diferenciar nítidamente la función de coordinación (DILOS) de la función de concertación y control social (OTB).

Esto supone dotar al proceso de descentralización en salud de una nueva normatividad, que, además, prevea soluciones para los actuales *impasses* entre los órganos del SNCD y los gobiernos regionales y los municipios. Al respecto, proponemos:

- La creación de un Sistema Nacional de Salud Integrado, Descentralizado y Participatorio, tendente hacia la universalización de la seguridad social en salud para garantizar el derecho a la salud de todos y todas sobre la base de un Seguro Público Unificado.
- El establecimiento de un nuevo CNS como órgano de concertación entre la sociedad y el Estado, que esté encargado de la construcción social de la política nacional de salud, así como de la vigilancia y el control social. Este consejo, que tendrá autonomía para realizar sus funciones, debe estar integrado por representantes del Estado —Salud, Educación, MIMDES, Agricultura y Vivienda—, colegios profesionales —Colegio Médico del Perú, otros colegios profesionales— y trabajadores del sector, amplia representación de los usuarios y de la sociedad civil —asociaciones de pacientes con tuberculosis y diabetes, personas que viven con VIH-sida, otros—, jubilados y pensionistas, organizaciones de mujeres, centrales sindicales, comedores populares, comités del Vaso de Leche, clubes de madres, organizaciones académicas y científicas, organismos no gubernamentales, representantes de los gobiernos regionales y de las municipalidades.
- La creación de consejos regionales y locales de salud con una conformación similar en sus respectivos niveles, y que deben ser integrados en la institucionalidad de concertación de los gobiernos regionales (CRS reformados). Se propone que, en el nivel regional, el Consejo Regional de Salud formule y concerte las políticas regionales de salud, y el gobierno regional —Gerencia de Desarrollo Social— las apruebe y conduzca su ejecución, asumiendo los hospitales regionales.

4. ADECUAR LA DESCENTRALIZACIÓN SECTORIAL EN FUNCIÓN DE LA NUEVA ESTRUCTURA REGIONAL Y LOCAL

Avanzar desde la descentralización sectorial, actualmente restringida al ámbito político, hacia una descentralización sectorial completa —es decir, política, administrativa y económica— en el marco de la labor desarrollada por las gerencias de desarrollo social de los gobiernos regionales. Esto implica el paso real de las direcciones regionales de salud y de los establecimientos de salud de acuerdo con su nivel de complejidad —hospitales regionales, hospitales de apoyo y redes de atención—.

Esto debiera haber motivado ya el debate sobre cuál es, en las circunstancias actuales, el mejor esquema descentralizado de la prestación en sus distintos niveles. La descentralización implica, en todos los casos, que el nivel central se concentre en la función de gobierno, mientras que al mismo tiempo se distribuyan los niveles de atención —hospitalaria en sus diversas gradaciones, ambulatoria, de redes— a nivel regional, provincial y local, lo cual tiene múltiples posibilidades.

Lo que varía en unos países respecto a otros es la ubicación del *nivel hospitalario*, que en algunos casos se asigna al nivel departamental o regional. Pero parte de este gran tema nacional es la decisión sobre cómo prestar los servicios en el primer nivel de atención, que tendencialmente, en todos los procesos de descentralización, se asigna a las *municipalidades*. En la actual normatividad este tema no está resuelto con precisión, como tampoco lo está el de la forma en que se incorporan las *redes de servicios* en esta asignación provincial o distrital de la función de prestación, ya que los límites territoriales de los municipios y las redes no necesariamente coinciden.

El último punto se refiere a la asignación de la responsabilidad de las *intervenciones en salud pública*, pues los servicios prestacionales hospitalarios y ambulatorios suelen atender la demanda ya expresada, pero en el campo de la salud pública se necesita la proactividad del Estado en alguno o algunos de sus niveles. Las experiencias de descentralización aportan soluciones diversas a este problema: algunas se caracterizan por la mixtura de responsabilidades hacia arriba —que combina intervenciones nacionales y regionales—, y otras por la mixtura hacia abajo, que enfatiza intervenciones regionales y locales.

5. MANTENER LOS CLAS ADECUÁNDOLOS AL NUEVO ESQUEMA DESCENTRALIZADO A NIVEL REGIONAL Y LOCAL

En concordancia con la propuesta anterior, es necesario que los organismos descentralizados de nivel sectorial se integren a la estructura regional. Esto implica mantener los CLAS adecuándolos al nuevo esquema descentralizado a nivel regional y local.

En atención a la experiencia ganada, se propone que los CLAS se organicen a nivel de microrred, y que se orienten hacia aspectos sustantivos del gobierno de la salud local y los servicios; asimismo, se debe asegurar la elección democrática de los representantes populares y la participación de representantes municipales. Se plantea que representantes de los CLAS participen en los Consejos de Coordinación Local (CCL), donde se aprueban los planes locales de desarrollo y los presupuestos participativos. En el nivel de las redes se deben establecer directorios locales de salud con representación de los CLAS y los municipios de la red. Este nuevo modelo de CLAS debe extenderse a todos los distritos, centros y puestos de salud.

6. INICIAR LA DESCENTRALIZACIÓN EN SALUD EN LIMA-CALLAO

En los gobiernos regionales de Lima Metropolitana, Lima provincias y el Callao, el proceso de descentralización en salud se encuentra bloqueado. Los ministros de Salud de la primera etapa de este gobierno se opusieron a transferir las competencias, los recursos y la capacidad de decisión; los mantuvieron en el MINSAs arguyendo que la delimitación territorial actual de las DISAs de Lima no coincidía con la delimitación entre las regiones en Lima, interpretación que va contra lo dispuesto por la Constitución y la ley. Se requiere, por tanto, exigir al MINSAs el cumplimiento de las normas, trabajar el tema de la adecuación territorial y dejar sin efecto las disposiciones ministeriales centralistas sobre DISAs, hospitales y redes, además de revisar y adecuar la Ley General de Salud y la Ley del MINSAs a lo dispuesto para el proceso de descentralización. La concertación del MINSAs con los gobiernos regionales, los municipios y la sociedad civil es la estrategia indispensable para poner en marcha la descentralización en salud en Lima y Callao.

CAPÍTULO 7

La reforma programática y la necesidad de una metodología participativa para la estimación de las prioridades sanitarias

La estimación de las prioridades sanitarias es uno de los aspectos de mayor debate y desarrollo en la salud pública. Por un lado, hay debates relacionados con los métodos e instrumentos para el establecimiento de prioridades; por otro, debates más políticos alrededor de la necesidad misma de la priorización y su naturaleza, pues en la última década ésta estuvo muy emparentada con una lógica de eficiencia económica, que proviene de las reformas estructurales promovidas por la ola neoliberal de los años noventa.

Lo concreto es que, de una u otra manera, la realidad nos conduce a admitir que nuestra capacidad de respuesta frente a todos los problemas sanitarios es limitada y, por otro lado, las demandas de la población plantean diversas necesidades, que obligan a la sociedad a definir qué conjunto de problemas de salud requiere una intervención urgente respecto a otras necesidades.

En relación con lo metodológico, hay un conjunto de controversias —a veces muy encontradas— en torno a cómo establecer prioridades a partir de la presencia de la enfermedad, expresada en la magnitud de la discapacidad y la muerte en las poblaciones. La sociedad civil postula que el establecimiento de prioridades sanitarias no debe ser entendido como un asunto exclusivamente técnico, limitado a la agregación de datos estadísticos sobre enfermedades. Por esta razón se propuso que como parte de la preparación de la II Conferencia Nacional de Salud, se elaborara una Metodología Participativa para la Estimación de Prioridades, mediante un proceso nacional que se inició en marzo de 2004 con los Talleres Regionales de Diagnóstico y Formulación, y culminó

en julio de ese mismo año con los trabajos de las Conferencias Regionales y de las Mesas Temáticas, y en agosto, con la II Conferencia Nacional de Salud.

El punto de partida de esta metodología de priorización es un enfoque más abarcador, técnico, social y político. Identificar las alteraciones del bienestar que concentran la mayor magnitud de daños para la salud en un “espacio-población” —expresados en enfermedad y muerte— constituye, desde esta perspectiva, sólo la evidencia objetiva y el punto de partida para establecer una visión compartida, un consenso entre los diversos actores sociales. Este acuerdo se debe traducir en un contrato social; es decir, en un compromiso explícito del conjunto de la sociedad, a través del Estado, para resolver los problemas y mejorar el estado de salud y el bienestar de las personas.⁹⁰

Asumir esta perspectiva implica, evidentemente, superar el enfoque cientificista, que cree en una objetividad libre de valores e intereses, y que, como consecuencia de la hegemonía del pensamiento moderno de Occidente, se convirtió en la piedra angular de todo el desarrollo de la salud pública y la epidemiología en el siglo XIX. En sociedades como la nuestra, en las que en muchos sectores priman las conductas no cooperativas y es un desafío lograr acuerdos y convergencias en función de intereses generales,⁹¹ asumir esta perspectiva también implica superar las limitaciones para la “acción colectiva”.

La forma tradicional de determinar las prioridades sanitarias en el país ha seguido otro itinerario, pues ha buscado avanzar. Si bien esto es positivo, aún no se han logrado integrar las percepciones de las personas ni abarcar las causalidades mediatas y más directas de los daños en la gestión sanitaria. Es más, no tenemos aún una planificación estructurada, basada en un conjunto de herramientas técnicas, que permita establecer el enlace entre las prioridades sanitarias basadas en información epide-

⁹⁰ Espinoza, A. R.; Murillo J. P.; Seclén U. Y., Yari, Y. “Propuesta metodológica de estimación de prioridades sanitarias a partir de la carga de enfermedad”. *Anales de la Facultad de Medicina*, vol. 65, Lima, UNMSM (en prensa).

⁹¹ Arroyo, J. “Democratización y racionalización: viejos y nuevos problemas para la acción colectiva en salud”. En Juan Arroyo (ed.). *La salud peruana en el siglo XXI. Retos y propuesta de política*. Lima, CIES-DFID-Proyecto Policy, 2002.

miológica, la identificación de intervenciones sanitarias y la asignación presupuestal.⁹²

Ha habido, sin embargo, avances valiosos por ratificar. Uno de ellos fue el intento realizado en 1998 desde el Proyecto Salud y Nutrición Básica (PSNB) de diseñar una metodología para estimar prioridades. Este intento se realizó en el marco de los lineamientos de política sectorial 1995-2000 del MINSa, con el fin de establecer necesidades priorizadas, ordenar el desarrollo de intervenciones sanitarias y constituirse en una guía para la asignación de recursos y la oferta de servicios.⁹³

Otro aporte importante en el desarrollo de instrumentos de descripción epidemiológica lo constituye la metodología de integración de los componentes del Análisis de Situación de Salud.⁹⁴ Esta metodología viene mostrándose útil para el diseño de políticas sanitarias, si bien presenta limitaciones para aplicar la concepción sistémica que se propone, pues todavía no se ha establecido un puente entre los determinantes macropoblacionales señalados como “contexto” y los daños, y no existe, por tanto, un espacio de determinantes intermedios sobre los cuales operan las soluciones sociosanitarias. Al final, la descripción de enfermedades se vuelve equivalente a la estimación de prioridades.

Por todas estas razones afirmamos que la priorización es un proceso técnico, social y político, rescatando para la sociedad civil lo que nos enseñara Mario Testa, quien subrayó lo negativa que fue para el movimiento sanitario latinoamericano la separación artificial entre lo científico y lo político.⁹⁵ Esta metodología afirma, entonces, la necesidad de lograr un

⁹² Salinas, P. H.; Herrera, L. G. y Bustos, S. P. “Implementación de procesos de priorización en salud en Chile, Guatemala y Perú”. *Revista de Administración Sanitaria* 4 (16), octubre-diciembre de 2000, pp. 105-117.

⁹³ PSNB. *Metodología para la definición de las prioridades sanitarias*. Lima, PNSB-MINSa, 1998.

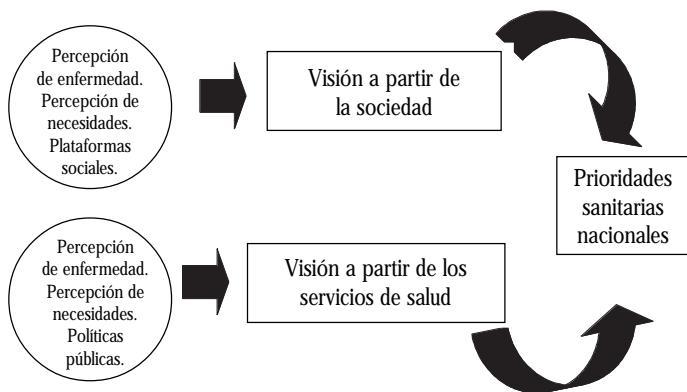
⁹⁴ Proyecto VIGIA-OGE-USAID. *Guía para la integración de componentes del ASIS*. Lima, VIGIA-OGE-USAID, 2002.

⁹⁵ “Cuando rechazábamos lo científico por tecnocrático nos volcamos a la política como una forma antagónica de aquello, sin darnos cuenta de que las fases anteriores nos estaban poniendo ante nuestros ojos: que lo científico y lo político son el anverso y el reverso de una inseparable misma moneda, cuya cara o ceca son sólo las formas de presentación que adquieren en distintas circunstancias y que no entenderlo así lleva a cometer errores en ambos terrenos...”. Testa, Mario. *Pensar en salud*. Managua, Lugar Editorial, 1989, p. 20.

consenso en torno a una evidencia objetiva; esto es, la necesidad de conciliar lo técnico con lo social, y la data estadística con las percepciones de la población. Además, es preciso elevar la descripción de daños al terreno de la comprensión del proceso de la salud y la enfermedad, con el fin de intervenir sobre ellas.

La metodología elaborada en el proceso de preparación de la II Conferencia formuló prioridades sanitarias tratando de aprovechar lo mejor del modelo de identificación de prioridades realizado desde la enfermedad —que, en buena medida, es una visión de ésta a partir de los servicios de salud—, y de la identificación de prioridades sanitarias a través de la forma en que las percibe la población —lo que revela una visión de la enfermedad a partir de la sociedad—. Consideramos que, inicialmente, este encuentro puede modelarse de la siguiente manera:

MODELO GENERAL DE CONSTRUCCIÓN DE LAS PRIORIDADES SANITARIAS NACIONALES



Si bien las entradas a ambas visiones —visión de la sociedad y visión de los servicios de salud— son semejantes, expresan aspectos cualitativamente diferentes. La forma en que la sociedad percibe la enfermedad se relaciona con los denominados “episodios de enfermedad no fatal”,⁹⁶ a

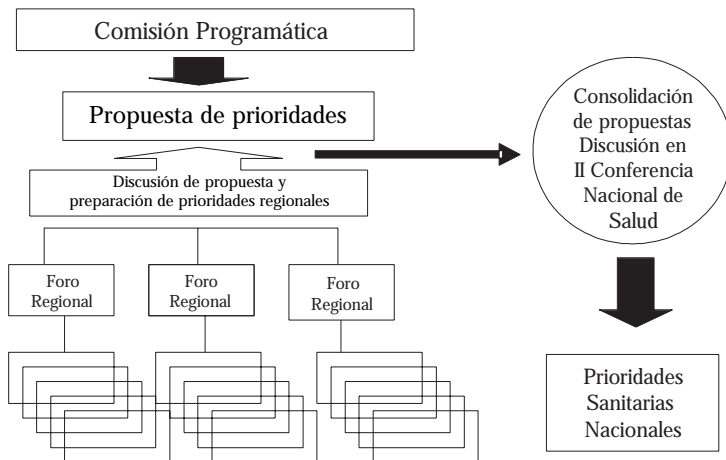
⁹⁶ Murria, C.; Salomón, J.; Mathers, C.; López, A. (eds.). *Summary Measures of Population Health*. Ginebra, OMS, 2002.

diferencia del análisis desde los servicios, que se realiza a partir de la enfermedad y muchas veces desde la muerte.

La percepción de necesidades es mucho más compleja. Desde el lado de la sociedad ingresan elementos como el valor social de la enfermedad —que, además, tiene un componente simbólico—, su impacto sobre la familia y la vulnerabilidad de ésta al percibir su oportunidad de acceso a redes familiares y sociales de servicios. En el caso de la percepción de necesidades desde los servicios de salud, está influenciada por el ya clásico y obsoleto análisis desde la oferta, y por las expectativas de los diferentes actores individuales y corporativos que operan desde el aparato del Estado. Esto explica las contradicciones entre las demandas sociales y el tipo de formulación de las políticas públicas, la ausencia de mecanismos de participación de la sociedad y su carácter no concurrente con los esfuerzos de la sociedad por alcanzar un mayor grado de democratización y ejercicio de los derechos ciudadanos.

Para lograr la confluencia de estas diferentes percepciones de los problemas de salud, se plantea el siguiente proceso de construcción de las prioridades sanitarias nacionales.

PROPUESTA DE LA SOCIEDAD CIVIL PARA LA ELABORACIÓN DE PRIORIDADES SANITARIAS



ONG, Organizaciones sociales

En ese sentido, la Comisión Programática estableció una propuesta tratando de darle una mayor profundidad analítica a la evidencia generada desde el campo de la enfermedad, y posteriormente consolidó los debates y resultados de las mesas y conferencias regionales en el marco de la II Conferencia Nacional de Salud. A continuación presentamos esta propuesta.

1. FORMULAR PRIORIDADES SANITARIAS DESDE LA VIDA Y LA SALUD

La salud tiene un carácter secundario en la agenda pública nacional, en contraste con la prioridad práctica de los temas relacionados con el crecimiento económico, la inserción internacional y los problemas sociales de emergencia. En este contexto, al sector Salud se le ha asignado la función social de ser el proveedor-garante de la satisfacción de algunas necesidades básicas, mientras el hipotético “efecto goteo” llega a todos los segmentos de la población y la mejora progresiva de los ingresos permite elevar el nivel de vida y, por consiguiente, la salud de la población. Desde este enfoque, las prioridades sanitarias se orientan a disminuir el impacto de las contingencias (epidemias) y a reducir los episodios de enfermedad entre los pobres, a través de medidas de bajo costo.

Como sociedad civil, más bien asumimos que el desarrollo del Perú se debe basar en un proceso de expansión de las capacidades humanas. Cuando Hipólito Unanue impulsó el desarrollo del Colegio de Medicina en 1792, lo hizo bajo supuestos similares; es decir, contemplando la necesidad de tener una población saludable, que pudiera sustentar un proyecto de desarrollo y modernización del Perú.⁹⁷ Esta visión confluye con las nuevas corrientes, en especial con los aportes de Amartya Sen, quien señala que el enriquecimiento de la vida humana no está sólo o exclusivamente ligado al aumento de la producción de bienes y servicios, sino que el proceso de desarrollo económico se debe concebir como la expansión de las capacidades de las personas. En esta concepción, la calidad de vida no se define por los niveles de ingreso o de consumo

⁹⁷ Unanue, H. *Decadencia y restauración del Perú*. Oración inaugural del Anfiteatro Anatómico, en la Real Universidad de San Marcos, 21 de noviembre de 1790.

sino por la “capacidad de funcionar o realizar algo”. Desde estas nuevas premisas, la educación y la salud son determinantes directos de la capacidad humana y, por ende, constituyen la primera prioridad para el funcionamiento de una sociedad, y la base fundamental de cualquier proceso de desarrollo.⁹⁸ En este enfoque, el desarrollo de las capacidades es una condición fundamental para el ejercicio de la libertad de los individuos.⁹⁹ Por todo ello, el regreso de las epidemias, la persistencia de la desnutrición y los inaceptables valores de mortalidad materna e infantil, más que problemas técnicos o de coyuntura nos dicen mucho acerca de la ausencia de determinadas libertades fundamentales para un número creciente de peruanos y peruanas.

Al entender la salud y la educación como elementos centrales para el despliegue de las capacidades de los hombres y mujeres de nuestro país, lo hacemos conscientes de que sólo éstas garantizan el ejercicio de la libertad de los individuos. Aspiramos a construir un país que brinde igualdad de oportunidades a cada uno de los nuevos peruanos y peruanas que nazcan, y que garantice que ellos y ellas tengan la libertad de elegir su propio destino. Como sociedad civil apostamos por el poder transformador de la vida, y ello supone pasar de ser un territorio poblado por individuos que resisten y sobreviven a convertirnos en un país en el que cada peruano sea capaz de construir sus sueños. Por ello hemos decidido establecer las prioridades sanitarias no desde la enfermedad y la muerte —lo que representa la lógica de los servicios o redes asistenciales— sino desde la vida; es decir, desde la sociedad, el espacio en el que cotidianamente la población construye y lucha no sólo por su salud sino por su libertad.

Esto implica plantear las prioridades sanitarias que comprometen la generación de capacidades y el desarrollo para las nuevas generaciones de peruanos y aquellas que representan problemas inconclusos de la “vieja agenda sanitaria”.

Es importante resaltar que cuando identificamos específicamente una prioridad sanitaria, estamos refiriéndonos a un conjunto de acciones que se desarrollan en forma sinérgica hacia el logro de un objetivo. Es impor-

⁹⁸ Sagasti, F.; Iguíñiz, J. y Schuldt, J. *Equidad, integración social y desarrollo: hacia un nuevo enfoque para la política social en América Latina*. Lima, Agenda Perú-Universidad del Pacífico, 1999.

⁹⁹ Sen, A. *Nuevo examen de la desigualdad*. Madrid, Alianza Editorial, 1992.

tante señalar, igualmente, que estamos partiendo de una visión sistémica de la salud y, por ende, apostamos al desarrollo de una respuesta social intersectorial.

2. PRIORIDADES SANITARIAS QUE COMPROMETEN LA GENERACIÓN DE CAPACIDADES Y DESARROLLO PARA LAS NUEVAS GENERACIONES DE PERUANOS

2.1 PRIMERA PRIORIDAD SANITARIA. MEJORA DE LAS CONDICIONES DE VIDA EN LA POBLACIÓN MATERNO-INFANTIL-ADOLESCENTE

Independientemente del modelo analítico de sociedad que se aplique, ninguno es sostenible si no garantiza la vida, la salud y el despliegue de las capacidades de las generaciones futuras. Por eso, la sociedad peruana debe asegurar condiciones adecuadas para los nuevos peruanos y peruanas, y ello implica establecer un programa de atención materna y de bienestar familiar que garantice lo siguiente:

La generación de capacidades y la disminución de vulnerabilidades de las mujeres de 15 a 45 años de edad

Es indispensable que la sociedad promueva el desarrollo de capacidades para el autocuidado y el acceso gratuito a servicios públicos y redes comunitarias. Esto incluye realizar un esfuerzo sostenido para mejorar el nivel educativo de las mujeres, sobre todo en las zonas de mayor exclusión; deben desarrollarse programas educativos orientados a generar consensos locales sobre derechos básicos y garantías sociales para la salud de las mujeres; asimismo, servicios de salud, accesibles y relacionados con el trabajo que realizan las redes comunitarias. Esta acción requiere tomar medidas radicales, dada la elevada vulnerabilidad de este segmento de la población. Estimaciones confiables revelan que en este grupo ocurren 352.000 abortos al año, lo que implica una elevada carga de morbilidad física y emocional.¹⁰⁰ En este marco, es importante garantizar reducciones significativas en la incidencia de embarazos de adolescentes.

¹⁰⁰ Ferrando, D. *El aborto clandestino en el Perú. Hechos y cifras*. Lima, Flora Tristán-Pathfinder International, 2002.

Garantizar un proceso de embarazo y nacimiento en condiciones adecuadas

Es importante establecer, como una garantía básica ofrecida por la sociedad, el acceso a servicios asistenciales y comunitarios que permitan que en las familias se generen capacidades en torno a un programa de bienestar familiar. Ello no solamente implica el acceso a una adecuada atención en todo el proceso de embarazo, parto y puerperio sino, además, garantizar un apoyo efectivo y sostenido a los hogares durante el primer año de vida del niño. Es necesario que se produzca una mejora sustancial de los contenidos técnicos del control prenatal, en los que se deben incorporar progresivamente los nuevos enfoques de salud fetal. Asimismo, es importante mejorar la capacidad resolutoria de las redes de servicios de salud, para que estén en condiciones de afrontar los daños que se presenten en el recién nacido durante el periodo perinatal. El elevado peso que tienen las muertes perinatales cuando se hacen las primeras evaluaciones de la carga de enfermedad evidencia serias deficiencias en ese sentido.¹⁰¹ La expansión sostenida de estos programas a las zonas rurales implica introducir cambios cualitativos en la forma de concebir el diseño de la oferta de servicios de salud y redes comunitarias en estos lugares, lo cual debe tener impactos significativos en la disminución de la mortalidad infantil.¹⁰²

Lograr niveles adecuados de crecimiento y nutrición infantil

A pesar de la disminución de la desnutrición crónica observada durante la década de 1990, todavía existen importantes inequidades. En el Perú, los pobres presentan 19 veces más casos de desnutrición infantil que el decil de población más favorecido.¹⁰³ El análisis de los indicadores de

¹⁰¹ Alarcón, V. J. "Perú: perfil epidemiológico en un contexto de demanda reprimida de servicios de salud". En Madueño et al. *Análisis de la brecha entre oferta y demanda de servicios de salud para la programación de la inversión sectorial de mediano plazo*. Lima, PHR-plus, 2003, pp.145-146.

¹⁰² Murillo, P. J. *Efecto de las intervenciones en salud en el perfil de determinantes intermedios y próximos de la mortalidad infantil para el periodo 1990-2000*. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2002.

¹⁰³ Valdivia, M. y Mesinas, J. *Evolución de la equidad en salud materno-infantil en el Perú. ENDES 1986, 1991-1992, 1996 y 2000*. Lima, DHS-Macro Internacional, 2002.

talla y peso muestra que en el periodo 1997-2000 las mejoras más importantes se produjeron en Lima Metropolitana, lo que significa que en el último periodo no se ha logrado avanzar significativamente en la reducción de las brechas entre los pobres y los no pobres. Esto es bastante grave en un contexto en el que dentro del presupuesto general de la República se ha reducido el porcentaje de recursos que el Estado destina a la nutrición infantil.¹⁰⁴

Esto implica la necesidad de reducir la desnutrición infantil en las poblaciones pobres, lo que requiere respuestas integrales y cualitativamente diferentes de la fragmentación y descoordinación de los múltiples programas existentes. Se necesita un gran Programa Nacional de Apoyo Alimentario que integre las intervenciones del Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social y los ministerios de Salud y Educación, y que se plantee como objetivos disminuciones significativas de la desnutrición infantil a través de la atención alimentaria y nutricional, estimulación temprana, generación de capacidades en los hogares y mejora de la accesibilidad de las familias pobres a alimentos nutritivos de bajo precio.

Disminuir las brechas de cobertura y la tasa de deserción escolar en los grupos más pobres

Son inaceptables las diferencias de cobertura y la tasa de deserción escolar que se establecen desde etapas tempranas entre los pobres y los no pobres. En el caso de los pobres extremos, 57% de los niños en edad escolar no asisten a la escuela. En las zonas rurales, dos de cada cinco adolescentes abandonan la secundaria, por lo general en etapas tempranas.

Se plantea la necesidad de implementar un programa de asistencia integral para los ámbitos rural y urbano que implique mecanismos de subsidio directo que permitan la sostenibilidad de la permanencia del niño y el adolescente en la escuela. Estos programas, a semejanza de algunas experiencias exitosas latinoamericanas, deberían estar cen-

¹⁰⁴ Vásquez, E. y Porras, J. *¿Los niños... primero? Volumen II. Cuánto invirtió el Estado peruano en los niños, niñas y adolescentes, 2001-2003*. Lima, Save the Children, 2004.

trados en torno a un paquete de ayuda integral, en el marco del cual las intervenciones nutricionales tengan impacto en el rendimiento escolar de los niños y, por lo tanto, permitan un mejor desarrollo de sus capacidades.¹⁰⁵

2.2 SEGUNDA PRIORIDAD SANITARIA. MEJORA SUSTANCIAL DE LA SALUD DEL ADULTO

Reducción sustancial de daños causados por la violencia y los accidentes

La emergencia de los daños por causas externas (violencia y accidentes) constituye uno de los retos más importantes que debe afrontar la sociedad peruana. Se requiere una mayor capacidad regulatoria por parte del Estado, que incluya rigurosos mecanismos de supervisión, el cierre de empresas de transporte informal y la eliminación de la circulación de todo vehículo no apto para el transporte de pasajeros, medidas que deben disminuir de manera sustancial la incidencia de accidentes. A pesar de que la magnitud de la violencia urbana en el Perú es inferior a la de otros países, su impacto social es importante (5,1% del PBI) y está relacionado con una gran incidencia de eventos que todavía son de pequeña magnitud.¹⁰⁶ La extensión de la violencia familiar requiere medidas enérgicas que implican la movilización del conjunto social, más aún cuando, según ENDES 2000, 41% de las mujeres alguna vez unidas refieren haber sido agredidas físicamente por sus compañeros. En general, se requiere focalizar el trabajo del Estado en la implementación de respuestas locales en las cuales la comunidad participe activamente, no sólo en términos represivos sino en la generación de espacios de encuentro y construcción de nuevos códigos sociales, con énfasis en el trabajo con niños y adolescentes.

¹⁰⁵ Pollit, E.; Jacoby, E. y Cueto, S. *Evaluation of School Breakfast Program in Peru. Nutrition, Health and Child Development. Research Advances and Policy Recommendations*. Washington, OPS-Banco Mundial, 1997.

¹⁰⁶ Londoño, J. y Guerrero, R. *Violencia en América Latina. Epidemiología y costos*. Documento de Trabajo R-375. Washington, BID, 1999.

Mejora sostenida de la salud mental de la población

En el Perú se observa una prevalencia del consumo de alcohol en el último mes respecto de la fecha de realización de la encuesta de 45,7%. Esto constituye un serio problema de salud pública, considerando que el alcoholismo es el mayor causante de adicción y, además, un factor importante para la propagación de accidentes y hechos violentos. El potencial epidémico de nuestra población en lo que se refiere al alcoholismo es grande, teniendo en cuenta que 21,8% de los adultos de Lima y Callao tienen un nivel de consumo que los coloca en el estado de “bebedor problema”, lo que implica que una proporción de ellos llegará a un patrón de consumo claramente adictivo.¹⁰⁷ El uso de la pasta básica y del clorhidrato de cocaína es sensiblemente menor —tiene una prevalencia de vida de 4,1% y 3,9%, respectivamente—, pero resulta muy peligroso por su gran potencial adictivo.¹⁰⁸ Es prioritario que se desarrollen programas orientados a la reducción progresiva del alcoholismo y el consumo de este tipo de sustancias, que deben formar parte de una gran estrategia de reducción de la violencia y los accidentes.

Diversos estudios muestran indicios de que la estructura social del país constituye el entorno propicio para una elevada propagación de las enfermedades mentales.¹⁰⁹ El estudio realizado por el Instituto Especializado de Salud Mental en el año 2002 sobre salud mental en Lima y Callao encontró que aproximadamente la cuarta parte de la población vivía con mucho estrés.¹¹⁰ Los factores de tensión en la franja más estresada eran el trabajo para 25,9%, los hijos y parientes para 25,9%, la pareja para 19,4%, el dinero para 39,7% y la salud para 34,9%. El estudio encontró una prevalencia de vida de trastornos psiquiátricos en la población adulta en Lima y Callao de 37,3% y una prevalencia actual de los mismos trastornos de 23,5%. Entre éstos, los trastornos de ansiedad totalizaban 14,6% y los depresivos, el 6,7% restante.¹¹¹ Los trastornos por

¹⁰⁷ Instituto Especializado de Salud Mental. “Estudio epidemiológico metropolitano en salud mental 2002. Informe general”. *Anales de Salud Mental* 17 (1-2), 2002.

¹⁰⁸ CEDRO. *Drogas en la población peruana 2003*. Lima, CEDRO, 2004.

¹⁰⁹ Montoya, A.; Perales, A. y Sogi, C. “La estructura social y los recursos de salud en la explicación de morbilidad y mortalidad”. *Anales de Salud Mental*, 2 (1-2), 1986, pp. 82-99.

¹¹⁰ Instituto Especializado de Salud Mental. Art. cit., p. 63.

¹¹¹ Instituto Especializado de Salud Mental. Art. cit., p. 73.

esquizofrenia se estiman en 1%. Un grupo particularmente vulnerable son las mujeres unidas. En Lima Metropolitana, en este grupo se encontró una prevalencia de vida de ideas suicidas de 40%; de cada diez mujeres, más de una consideró la posibilidad de suicidarse durante el último año, y una de cada veinte lo pensó en el último mes previo a la encuesta; de hecho, una de cada 12 mujeres de Lima Metropolitana y Callao intentó suicidarse una vez en su vida.

Todo lo anterior plantea que es urgente reconvertir la oferta de servicios públicos de salud. La extensión de la pobreza y su impacto en la salud mental de la población justifican que los programas de salud mental sean uno de los ejes de la acción sectorial. Se requiere destinar recursos a generar las capacidades que permitan extender masivamente programas de salud mental en las poblaciones pobres. Es importante focalizar las acciones en los grupos más vulnerables y considerar como la primera prioridad las intervenciones con mujeres adolescentes y adultas unidas. Se podría considerar que la violencia familiar es un indicador que permite identificar a las familias y comunidades que requieren una intervención urgente en el marco de un modelo sistémico que permita atacar, como vimos anteriormente, todo un conjunto de daños y alteraciones del bienestar que responden al mismo patrón de determinación social.

Significativo esfuerzo para disminuir la propagación del cáncer y la enfermedad cardiovascular

A pesar del limitado número de estudios disponibles, existen diversas evidencias que muestran un incremento sostenido de la propagación de las enfermedades no transmisibles en diversos segmentos de la población. Entre ellas, el cáncer y las enfermedades cardiovasculares han alcanzado incrementos sustanciales, han generado una demanda creciente sobre los servicios de salud y han tenido un impacto importante en la economía de las familias, sobre todo si estos daños debutan en forma de eventos catastróficos. Por otro lado, existen evidencias de que cada vez es mayor la presencia de riesgos poblacionales. Esta situación plantea cambios dramáticos en la forma de concebir la respuesta sectorial, la cual debe promover de manera audaz consensos sociales que permitan reducir la presencia de algunos riesgos a través de grandes y sostenidas movilizaciones nacionales. Es prioritario realizar una audaz campaña nacional antitabaco

que reduzca significativamente la prevalencia de vida de consumo de esta sustancia —estimada en 62%—, así como la intensidad de su consumo. Esto implica introducir un estricto esquema de regulación que contemple una lucha frontal contra el contrabando de cigarrillos, prohibiciones para su comercialización entre adolescentes y campañas creativas en colegios y universidades.

En vista de las limitaciones de recursos, además de la falta de capacidad para el manejo de programas de reducción de riesgos, se sugiere concentrar los esfuerzos en acciones destinadas a reducir el sedentarismo y la obesidad de la población, que han llegado a niveles preocupantes.¹¹² A la par, se debe garantizar la introducción y el financiamiento de esquemas de manejo integral de la hipertensión arterial y la diabetes en la población de usuarios del MINSA.

Incremento importante en la salud de los trabajadores

Los adultos jóvenes son los grandes ausentes de los servicios de salud. Diversas evaluaciones muestran que en el Perú, a medida que se incrementa la edad, disminuye la proporción de personas que acuden a los servicios de salud, de manera contraria a la tasa de reporte de enfermedad, que tiene una tendencia creciente a partir de los 18 años.¹¹³ La presencia de episodios de enfermedad en la economía de los hogares, sobre todo de los más pobres, puede tener serias consecuencias, más aún si ésta afecta al jefe de la familia. Existen estudios que muestran que en el Perú se manifiesta una relación entre la productividad y los niveles de salud de los adultos. Incluso las evidencias muestran que la brecha de ingresos observada entre los hombres respecto a las mujeres se debe al mayor nivel de salud de estos últimos.¹¹⁴ Por lo anterior, existen estudios

¹¹² Jacoby, E.; Goldstein, J.; López, A.; Núñez, E. y López, T. "Social Class, Family and Life-style Factors Associated with Overweight and Obesity among Adults in Peruvian Cities". *Preventive Medicine* 37, 2003, pp. 396-405.

¹¹³ Madueño, Miguel et al. *Análisis de la brecha entre oferta y demanda de servicios de salud para la programación de la inversión sectorial de mediano plazo*. Lima, Partners for Health Reformplus, 2003, p. 39.

¹¹⁴ Cortez, V. R. *Salud y productividad en el Perú. Análisis empírico por género y región*. Washington, Universidad del Pacífico-Universidad de Yale-BID, 1999.

que plantean que el efecto económico del incremento de los niveles de salud en la población adulta es significativo, sobre todo en los grupos de trabajadores con menores salarios. Así, las intervenciones en salud deben ser consideradas como parte de los programas destinados a la reducción de la pobreza.¹¹⁵

Desarrollo de paquetes de atención para pacientes de la tercera edad

Si existe alguna etapa de la vida en la cual se vive con mayor dramatismo la exclusión, es la vejez. En el Perú, además de la incertidumbre respecto a sus ingresos económicos, lo único que garantiza nuestra sociedad a quienes dieron el esfuerzo de toda su vida es su marginación de los servicios de salud. Evaluaciones de la demanda efectiva en los establecimientos del primer nivel de atención del MINSA muestran que del total de los consultantes, los usuarios mayores de 65 años de edad representan 4%.¹¹⁶ Análisis basados en datos de población señalan que, en términos globales, el porcentaje de población mayor de 65 años que accede a los servicios de salud es de 39%. Es urgente desarrollar programas de salud integral dirigidos a promover el acceso a los servicios por parte de los peruanos y peruanas de la tercera edad; con este fin se deben introducir paquetes de apoyo a la asistencia y el cuidado domiciliario de las personas con mayor nivel de discapacidad, lo que permitiría reducir el impacto económico que tiene sobre las familias el cuidado de los adultos mayores discapacitados. Es importante promover la constitución de redes comunitarias que permitan el desarrollo de las capacidades y la mejora de la calidad de vida individual y social de los adultos mayores.

¹¹⁵ Murrugarra, E. y Valdivia, M. *Morbilidad autorreportada y los retornos a la salud para los varones urbanos en el Perú: enfermedad versus incapacidad*. Lima, GRADE, 2000.

¹¹⁶ Vicuña, O. M.; Ampuero, V. S. y Murillo, P. J. *Análisis de la demanda efectiva y su relación con el modelo de gestión de los establecimientos de salud del primer nivel de atención*. Lima, Programa de Administración de Acuerdos de Gestión-Programa de Salud Básica para Todos-Programa de Administración Compartida-MINSA, 2000.

La salud de las personas con discapacidad

La discapacidad es emblemática de los problemas sociales y de salud irresueltos en nuestro país. Hoy existen en el Perú varios millones de personas con discapacidad, muchas de ellas sin acceso al trabajo o a la escuela y que permanecen excluidas socialmente. Un estudio del Instituto Nacional de Rehabilitación realizado en 1993 calculó que 31,28% de la población tenía alguna discapacidad. Cálculos posteriores han establecido que 12% de la población con discapacidad —esto es, 1.004.049 personas para el año 2002— requiere atención especializada.¹¹⁷ La estadística de atendidos fue ese año sólo de 100.389 pacientes, lo que expresa la profunda desatención del problema. Esta situación es particularmente injusta porque la discapacidad no surge solamente por causas genéticas sino por causas adquiridas, pues en gran medida es resultado de la cronicidad de enfermedades curables, no diagnosticadas a tiempo y no tratadas sistemáticamente. Cabe aquí realizar una política de prevención alrededor de los principales problemas que devienen en discapacidad, como una potenciación de los servicios de rehabilitación, actualmente escasos y centralizados en Lima.

3. PRIORIDADES SANITARIAS QUE REPRESENTAN PROBLEMAS INCONCLUSOS DE LA “VIEJA AGENDA SANITARIA”

3.1 TERCERA PRIORIDAD SANITARIA. RECUPERAR LA CAPACIDAD DE CONTROL DE ESPACIOS ECOLÓGICOS CRÍTICOS

Implementación de una política nacional por el agua segura

En amplias zonas del país el agua es un recurso sumamente escaso y por ello debe ser considerado como uno de los bienes públicos frente a los cuales el Estado tiene que generar una respuesta adecuada. Ello implica establecer decisiones claras respecto a quiénes deben ser los principales beneficiarios de este valioso y escaso bien público. No es posible

¹¹⁷ Informe del ministro de Salud Álvaro Vidal a la Comisión Especial de Estudio de la Discapacidad, 2003, p. 9.

que de una manera impasible las autoridades constaten “la muerte del río Rímac” sin que haya una movilización nacional para recuperar la principal fuente de agua de Lima, ciudad que concentra a aproximadamente 30% de la población del país. Se requiere un esfuerzo nacional para garantizar la sostenibilidad de las cuencas hidrográficas más vulnerables, además de introducir severos controles en la actividad de la gran industria, en especial de la minería, que utiliza menos de 1% de los recursos hídricos del país, lo que ocasiona un impacto negativo sobre la calidad del agua de los ríos.

Se requieren programas específicos para abastecer de agua segura a los segmentos de población más vulnerables, lo que implica el desarrollo y la implementación por parte del Estado de patrones de asentamiento y ocupación del territorio en función del acceso y sostenibilidad de la provisión de agua, sobre todo en la costa. Esto es fundamental en la medida en que en nuestro medio existen evidencias de que la falta de agua es un obstáculo para la adopción de prácticas sanitarias adecuadas¹¹⁸ y tiene un impacto directo en el estado nutricional y en la presencia de episodios de diarrea en los primeros 24 meses de vida.¹¹⁹ Es muy importante implementar una campaña nacional por el agua, que sensibilice al conjunto de la población acerca de la necesidad de establecer grandes consensos sociales en torno a la conservación y el uso racional de este recurso. Es prioritario diseñar e implementar programas de descontaminación y recuperación de las fuentes hídricas más contaminadas; entre ellas, los valles del Rímac, Shilcayo, Chira, Chili y Mantaro.¹²⁰ Además, es fundamental que se genere una audaz respuesta intersectorial orientada a garantizar en forma progresiva el abastecimiento de agua segura entre las poblaciones más excluidas del acceso a este recurso.

¹¹⁸ Gilman, R; Marquis, G.; Ventura, G; Campos, M; Spira, W. y Díaz, F. “Determinants of Family Hygiene in a Peruvian Shantytown”. *American Journal of Public Health* 83, 1993, pp.1554-1558.

¹¹⁹ Checkley, W.; Gilman, R.; Black, R.; Epstein, L.; Cabrera, L.; Sterling, C. y Moulton, L. “Effect of Water and Sanitation on Childhood Health in a Poor Peruvian Peri-urban Community”. *The Lancet*, 2004, 363, pp.112-118.

¹²⁰ Noriega, P. R. “Lima apunta a la cuenca del Mantaro para abastecerse de agua en el siglo XXI”. *El Medio Ambiente en el Perú. Año 2000*. Lima, Instituto Cuánto-USAID, 2000, p. 75.

Control efectivo y sostenible de la propagación de enfermedades transmitidas por vectores

El Estado peruano debe realizar un significativo esfuerzo para controlar la propagación de las enfermedades transmitidas por vectores. Es prioritario impedir la expansión de los frentes de propagación del dengue en la costa, los cuales pueden comprender importantes centros urbanos, incluida la capital, además de los focos principales de transmisión de malaria por *Plasmodium falciparum*. La persistencia del cultivo de coca en algunos valles y la escasa presencia del Estado en diversas zonas plantea la necesidad de implementar estrategias imaginativas para la contención de futuras epidemias de fiebre amarilla y otros daños relacionados con el ingreso de poblaciones a diversos espacios ecológicos. Se plantea la necesidad de desarrollar extensas redes comunitarias que permitan a las familias autogestionar su ambiente inmediato (microambiente) y que garanticen la sostenibilidad de acciones de control vectorial mediante la introducción de tecnologías de bajo costo y limitado impacto ambiental.

Implementación progresiva de intervenciones orientadas a mejorar el medio ambiente y contribuir a la sostenibilidad de la vida en espacios críticos

El Estado peruano debe acometer la recuperación de las áreas en peligro de colapso ambiental. Existen espacios-población con elevados niveles de vulnerabilidad por la confluencia de contaminación ambiental, degradación de suelos, pérdida crítica de bosques y deterioro de las fuentes de agua fresca. Esta problemática coexiste con la presencia de fenómenos naturales como El Niño y las olas de frío en el sur, los cuales ocasionan nuevos y complejos escenarios sanitarios, con el agravante del elevado nivel de pobreza de muchas de las poblaciones que viven en ellos.

Con el fin de garantizar un nivel mínimo de sostenibilidad de vida a los espacios ocupados por estas poblaciones, se propone el desarrollo de programas orientados a la recuperación ambiental de estos territorios y, en casos específicos, a implementar una gestión del patrón de asentamiento de algunas áreas críticas.

Necesidad de generar respuestas sociales sanitarias en función de escenarios futuros

Desde hace más de una década, el Perú está asumiendo los costos de una gestión sanitaria de corto plazo, haciendo grandes despliegues para atender emergencias que, las más de las veces, se pueden prevenir.¹²¹ El representante de una agencia internacional señalaba que es “un poco desesperante ver que el gobierno peruano espera siempre que la catástrofe se presente para intentar hacer algo, cuando este fenómeno climático se repite cada año”,¹²² reflejando el malestar frente a un Estado que no es capaz de salir de la anécdota y defender la vida de los peruanos, así como la pérdida de capacidad de indignación de una sociedad que asume como normal lo que, a todas luces, es una severa disfunción sectorial. En este caso, es patente la ausencia tanto de una mirada sanitaria prospectiva y a la vez sistémica como de sistemas de alerta temprana eficaces, probablemente porque el enfoque del Estado se concentra más en vigilar tendencias de presentación de casos, sin tener en cuenta el contexto del complejo y dinámico escenario sanitario del Perú. Es urgente introducir en el conjunto del sector Salud una dinámica de trabajo orientada al mediano y largo plazo. Esto implica generar nuevas capacidades de análisis y gestión sanitaria, lo que, a la vez, requiere el regreso a la construcción de una mirada sistémica a la salud del país.

3.2 CUARTA PRIORIDAD SANITARIA. RECUPERAR Y HACER SOSTENIBLE LA CAPACIDAD DE RESPUESTA DEL ESTADO FRENTE A INTERVENCIONES ESENCIALES DE SALUD

Es urgente recuperar la capacidad de funcionamiento y sostenibilidad de los programas orientados al control de las epidemias y enfermedades transmisibles. Resulta importante introducir mecanismos de vigilancia social y rendición de cuentas que le permitan a la sociedad civil garantizar el fun-

¹²¹ Seas, C.; Miranda, J.; Gil, I. et al. “New Insights on the Emergence of Cholera in Latin America During 1991: The Peruvian Experience”. *American Journal of Tropical Medicine and Hygiene* 62 (4), 2000, pp. 513-517.

¹²² Declaraciones a la agencia EFE. *Perú 21*, 17 de julio de 2004.

cionamiento adecuado de intervenciones esenciales, como las inmunizaciones. Es importante generar los consensos necesarios para asegurar un financiamiento adecuado de estas acciones sanitarias, estableciendo un fondo intangible. Estos consensos deben contribuir a disminuir los continuos cambios en los equipos de gestión en los diversos niveles del MINSA, con lo que se evitaría un impacto negativo en el funcionamiento de estas intervenciones. En el caso de problemas complejos como el tratamiento de la tuberculosis, es urgente que el Estado cuente con la capacidad de incorporar la participación de la comunidad en la gestión local de sus intervenciones.¹²³

¹²³ Shin, S.; Furin, J.; Bayona, J.; Mate, K.; Kim, J. y Farmer, P. "Community-based Treatment of Multidrug-resistant Tuberculosis in Lima, Peru: 7 Years of Experience". *Social Science and Medicine* 59, 2004, pp. 1529-1539.

CAPÍTULO 8

La reforma del modelo de atención

1. CONSIDERACIONES SOBRE EL MODELO DE ATENCIÓN DE LA SALUD

Los modelos de atención de la salud son las formas en que las diversas sociedades organizan sus métodos y recursos para cuidar y atender la salud de su población. La atención y los cuidados en salud son brindados tanto por los propios individuos, las familias y las comunidades como por instituciones específicas y el Estado. Los modelos de atención dependen del contexto histórico, político y social de las sociedades en las cuales se desarrollan, así como del avance del conocimiento científico y tecnológico en salud. En realidad, la preocupación por los modelos de atención de la salud no es reciente; más bien se trata de una dimensión que ha acompañado desde la antigüedad el desarrollo de las ciencias de la salud en su esfuerzo por explicar las enfermedades y las formas de enfrentarlas.¹²⁴

El desarrollo de los modelos de atención también ha dependido de las distintas concepciones de sociedad; por esta razón, los modelos han estado impregnados de distintas posiciones políticas. Durante el siglo XX, a la par que progresaban los conocimientos de la ciencia médica, el modelo predominante estuvo centrado en la curación de las enfermedades. Sin embargo, debido al auge de los movimientos independentistas

¹²⁴ Susser, M. *Causal Thinking in Health Sciences. Concepts and Strategies of Epidemiology*. Nueva York, Oxford University Press, 1973.

descolonizadores después de la Segunda Guerra Mundial y al desarrollo de las ciencias sociales, a partir de la segunda mitad del siglo el modelo recuperativo de la salud comienza a ser cuestionado; se le critica su sesgo biológico y se propone un nuevo modelo, que no esté centrado en la atención hospitalaria y que tenga un abordaje más político y comprensivo, en el que se incluyan los condicionantes sociales de la salud y la enfermedad. Es evidente que detrás de todas estas críticas existían posiciones políticas definidas; así debe entenderse la propuesta de Atención Primaria de la Salud (APS) contenida en la Declaración de Alma Ata, la cual representaba una *plataforma política* promovida por los países del Tercer Mundo.¹²⁵

Esta conferencia significó un hito en el desarrollo de un nuevo modelo de atención, sustentado en una redefinición del cuidado y atención de la salud que privilegia la relación entre salud y desarrollo social. Desde esta perspectiva, la estrategia de APS debía convertirse en el eje que reorientara los sistemas de salud con el fin de lograr la meta de Salud para Todos en el año 2000.¹²⁶ No obstante, en 1979 surgió el modelo de atención primaria selectiva, como una propuesta alternativa del mundo industrializado,¹²⁷ que sugería que las acciones planteadas en la declaración de Alma Ata eran insostenibles para los países pobres y señalaba que era suficiente tomar algunas medidas “simples, masivas y baratas”, compuestas únicamente por cinco intervenciones específicas.¹²⁸ Esta propuesta era una extensión del sistema preventivo organizado en programas verticales, que apuntaban selectivamente a resolver sólo algunos problemas de salud, sin modificar las condiciones de vida de la población que los generaban. El movimiento de países no alineados, a través del Grupo

¹²⁵ Organización Mundial de la Salud. *Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre APS, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978*. Ginebra, OMS, 1978.

¹²⁶ Ministerio de Salud-APRISABAC. *Vigencia de la atención primaria en el proceso de modernización del sector Salud. Experiencia del proyecto APRISABAC en Cajamarca-Perú (1991-1997)*. Cajamarca, 1998.

¹²⁷ Wash, J. y Warren, K. “Selective Primary Health Care, an Interim Strategy for Disease Control in Developing Countries”. *New England Journal of Medicine* 30, 1979, pp. 967-974.

¹²⁸ Se propusieron las siguientes intervenciones: inmunización de los niños, vacunación antitetánica a gestantes, promoción de la lactancia materna, uso de cloroquina en las zonas palúdicas y rehidratación oral.

de los 77 —organización de países del Tercer Mundo—, levantó su voz de alerta contra esta concepción.¹²⁹

A pesar de la oposición de los países pobres a la APS selectiva, ésta fue ganando influencia en los organismos de cooperación internacional de los países desarrollados y en el sistema de las Naciones Unidas, preocupados por obtener resultados inmediatos; así, en 1982 UNICEF asumió el modelo selectivo (modelo GOBI-FF), que permitió su implantación masiva en gran número de países pobres, así como la aparición progresiva de una serie de programas verticales de salud —tratamiento contra las enfermedades diarreicas agudas y las infecciones respiratorias agudas, etcétera—.¹³⁰

2. SITUACIÓN ACTUAL DE LOS MODELOS DE ATENCIÓN EN EL PERÚ

2.1 CARACTERÍSTICAS DE LOS MODELOS DE ATENCIÓN PREDOMINANTES EN LOS SERVICIOS DE SALUD

El modelo de atención que prevalece en todo el sector Salud privilegia el enfoque recuperativo y médico en el diseño de intervenciones para afrontar los problemas de salud de la población peruana, dejando de lado el control de riesgos, el cambio de prácticas de la población y las intervenciones públicas de carácter intersectorial. Las características básicas del abordaje de la salud en el país son las siguientes:

- **La salud es entendida como atención de la morbilidad.** Los servicios están organizados sólo para brindar atención a la demanda por morbilidad que se presenta en los establecimientos, sin considerar a las poblaciones de mayor pobreza y exclusión que no acuden a ellos. La atención de salud que se brinda tiene las siguientes características:¹³¹

¹²⁹ Gish, O. "Minimum Primary Health Care Interventions for Child Survival". En *Taller internacional "Sobrevivencia en la infancia; problemasy prioridades"*. México D. F., 1985.

¹³⁰ Bardález, C. *Análisis de la situación de salud en el distrito de Villa El Salvador*. Lima, 1992.

¹³¹ Ministerio de Salud-Proyecto Salud y Nutrición Básica. *Informe final*. Lima, Minsa 2001.

- *Es despersonalizada, compartimentada e incompleta.* Está enfocada en la morbilidad motivo de consulta; tiene un sesgo recuperativo; se concentra en la esfera biológica. Es fragmentada: separa la atención recuperativa de la preventiva, organiza la atención por programas verticales¹³² y paralelos dirigidos al daño, y no integralmente a los individuos.¹³³ No proporciona todas las atenciones básicas necesarias; está circunscrita a una atención intramuros.
 - *Está sesgada a la atención hospitalaria.*
 - *Es ineficiente.* Existe un importante desperdicio de recursos que se explica por la *duplicidad* —debida a la compartimentación— y por una *asignación a actividades de menor costo-beneficio*. Por otro lado, en muchos casos el *rendimiento* de los recursos es bajo.
 - *Es de baja calidad.* Las actividades no cumplen estándares aceptables de estructura, proceso y resultado, y no procuran la satisfacción del usuario.
 - *Es discontinua.* Está centrada en los episodios de enfermedad, sin que haya un seguimiento de la salud entre las diversas atenciones. Hay una *desarticulación* entre los establecimientos de salud: cada uno funciona aisladamente y con sistemas de referencia disfuncionales. La atención está desarticulada de los sistemas domésticos de cuidado de la salud y generalmente de los comunitarios y no institucionales.
 - *Es ajena al ejercicio de los derechos ciudadanos.* En los servicios de salud, las unidades administrativas y la autoridad sanitaria no existe una cultura institucional ni instrumentos y procedimientos que garanticen el ejercicio de los derechos de los usuarios.
- **Las políticas de salud obedecen a una concepción fragmentada del desarrollo y de las políticas sociales.** En nuestro país las políticas de salud responden a un enfoque sectorizado y parcelado del desarrollo, que por un lado, separa las políticas económicas de las

¹³² Ministerio de Salud-Dirección General de Salud de las Personas. *Plan de implementación del Programa Mujer Niño*. Lima, MINSA, 1999.

¹³³ Ministerio de Salud-Dirección General de Salud de las Personas. *Reforma de la Dirección General de Salud de las Personas; nuevo diseño organizacional y nuevas funciones*. Documento de trabajo. Lima, MINSA, 1999.

sociales, y por otro, bajo el perverso principio de la subsidiariedad del Estado, restringe estas últimas al alivio de la pobreza. Como consecuencia de ello, el Estado es marcadamente compartimentado.

2.2 CARACTERÍSTICAS DE LOS MODELOS DE CUIDADO DE LA SALUD EN LA POBLACIÓN

Por otro lado, también es importante tomar en consideración las formas de abordaje social y familiar de la salud y la atención de la enfermedad:

- **Concepción de la salud y la enfermedad prevaleciente en la población.** Generalmente, la población percibe la salud como la ausencia de enfermedad y ésta es entendida como los padecimientos que impiden la realización normal de las actividades cotidianas de producción y de reproducción social. Cuando un individuo está enfermo, se siente mal como individuo completo.^{134,135} Por otro lado, la población también tiene su propia concepción de la atención de salud y la atención médica, en la que combina sus ideas acerca de la naturaleza y la causa de las enfermedades con la medicina popular. Ésta consiste en un conjunto de creencias y comportamientos compartidos y practicados por todos los que se conducen conforme a ellas. Sobre esta base, las personas toman decisiones respecto a lo que ha de hacerse en el caso de enfermedades concretas y sobre cuándo hay que solicitar la ayuda de un profesional. Esta medicina popular representa los aspectos no institucionalizados del modelo de cultura médica.
- **Cuidados de la salud en la familia.** Igualmente, dentro de las familias se da un fenómeno objetivo de *producción de salud*,^{136,137} el cual está constituido por las actividades familiares que generan la reproducción social y la salud de sus miembros, relacionadas con la preparación de los alimentos, la higiene de la vivienda, las prácticas

¹³⁴ Malinowski, Bronislaw. *The Scientific Theory of Culture and Other Essays*. Chapel Hill, University of North Carolina Press, 1944.

¹³⁵ Coe, R. *Sociología de la medicina*. Madrid, McGraw-Hill, 1984.

¹³⁶ Schultz, P. *Interpretation of Relations among Mortality, Economics of the Household and the Health Environment*. Ginebra, OIT, Working paper, 1979.

¹³⁷ Schultz, P. "Studying the Impact of Household, Economic and Community Variables on Child Mortality". *Population and Development Review*, 1984.

de cuidado preventivo y recuperativo de la salud, la vigilancia, crianza y estimulación de los niños, la vestimenta y el aseo, etcétera.¹³⁸ Sin embargo, este proceso sólo es percibido parcialmente por los miembros de la familia y depende también de las condiciones de la vivienda, de los bienes a los que ésta tiene acceso, del tiempo disponible y la organización del trabajo doméstico en el grupo familiar.¹³⁹ Por otro lado, este sistema de cuidados de la salud es obviado por el sistema institucional de servicios de salud.

- **Cuidados de la salud no institucionales en el ámbito comunitario.**

Desde la década de 1970, se dio en nuestro país un impulso importante a las formas comunitarias no institucionales de atención de la salud, en el marco de la estrategia de la Atención Primaria de la Salud y empleando a agentes de la comunidad. Esta tarea, que fue impulsada por proyectos de APS del MINSA y por un conjunto de organismos no gubernamentales, convirtió a los agentes comunitarios de salud en actores clave y aliados estratégicos indispensables para facilitar la relación entre el personal de los servicios de salud y la población de su ámbito. Durante los últimos 15 años, los agentes comunitarios de salud han desempeñado un papel importante en el desarrollo de acciones de prevención y promoción de la salud en el nivel local, con énfasis en la atención de los grupos de riesgo: niños y mujeres.¹⁴⁰

Sin embargo, desde la década de 1990 el MINSA asignó a los agentes comunitarios un rol subsidiario, con un sesgo vertical y utilitario, producto del modelo de atención prevaleciente, que rehuía establecer una relación sostenida con la población y sus organizaciones. Esta actitud ha determinado que la importancia de la labor de los agentes comunitarios haya disminuido sustancialmente y que hasta la actualidad el MINSA no haya formulado una política explícita al respecto, producto de la poca impor-

¹³⁸ Bardález, C.; Segura, M.; Ponce, V. y Lesevic, B. *El proceso causal de la morbilidad infantil. El caso de Villa El Salvador*. Lima, Instituto Andino de Estudios en Población y Desarrollo, 1989.

¹³⁹ Provoste, Patricia. *Los cuidados domésticos e institucionales de salud y enfermedad provistos por las mujeres*. Santiago de Chile, Organización Panamericana de la Salud, 2003.

¹⁴⁰ Ministerio de Salud-Proyecto Salud y Nutrición Básica. *Estrategia de trabajo con agentes comunitarios de salud*. Lima, MINSA, 2001.

tancia dada a la participación comunitaria, así como al trabajo extramuros y con agentes comunitarios de salud. A esta situación se suma el hecho de que los servicios de salud se consideran el único actor responsable de la salud de la población, lo que ocasiona que los agentes comunitarios y otros actores activos involucrados en acciones de salud sean percibidos únicamente como colaboradores de las acciones organizadas por los servicios sin mayor participación de la ciudadanía.¹⁴¹

Con ello, la relación entre los servicios de salud y los agentes comunitarios de salud se vuelve dependiente y vertical, pues estos últimos están limitados a cumplir el rol de colaboradores en la convocatoria a la comunidad para participar en “eventos preventivo-promocionales”. Estas actitudes hacen que la comunidad atribuya al agente tareas logísticas —por ejemplo, se le encarga proporcionar sales de rehidratación oral en las unidades de rehidratación oral comunales—. Por otro lado, los establecimientos de salud se preocupan por mejorar su cobertura de atención a través de la capacitación de los agentes; sin embargo, esta capacitación ha sido diseñada en función de los programas del MINSA, y fragmenta la experiencia de los agentes buscando su “especialización”.¹⁴² Similar estrategia han desarrollado los organismos no gubernamentales, que enfocan el accionar de los agentes en los temas de salud específicos de sus proyectos.

2.3 SITUACIÓN DE LOS MODELOS DE ATENCIÓN EN CADA SUBSECTOR

Finalmente, es indispensable revisar la situación de los modelos de atención existentes en cada uno de los subsectores de salud:

- **Situación en el subsector MINSA.** La situación predominante es la siguiente: a) existen dos modelos de atención que segmentan a la población según sus características sociales: uno hospitalario, para la población de mayores ingresos, y otro de atención primaria elemental, para los más pobres; b) la atención se fragmenta por programas verticales; y c) existe una incompleta e insuficiente reorganización tendente hacia una atención integral.

Ha predominado desde hace mucho tiempo una gestión de servi-

¹⁴¹ Doc. cit.

¹⁴² Doc. cit.

cios organizada alrededor de los programas verticales, con modelos de gerencia centralizados. Se restringía el rol de los niveles regionales y locales, que eran transmisores o ejecutores de la gestión central, trasladando los bienes o la información a los otros niveles. La definición del enfoque, las estrategias de intervención, la organización, los objetivos, las metas, los productos, las responsabilidades y los recursos se hacían centralmente, lo que limitaba la capacidad de respuesta a las necesidades locales por parte de los órganos desconcentrados,¹⁴³ con lo cual se alteraba su rol y se distorsionaban los niveles jerárquicos. Este esquema organizacional se ha intentado cambiar últimamente, pero ello todavía está inconcluso, lo que ha generado duplicidad en la capacitación, supervisión, evaluación, producción de información, logística, etcétera.^{144,145}

Los programas verticales de salud fueron desarrollados progresivamente —la mayor parte de ellos en la década de 1980 —¹⁴⁶ para enfrentar las principales causas de muerte materna, infantil y por enfermedades transmisibles. Su implantación obedeció sobre todo a iniciativas de las agencias de cooperación y en muchos casos se iniciaron como proyectos de éstas, que luego fueron convertidos en programas verticales.¹⁴⁷ Algunos alcanzaron resultados rápidos y significativos en aspectos como la disminución de la letalidad por deshidratación causada por la diarrea y de la morbilidad por enfermedades previsibles mediante vacunación, aplicando tecnologías sencillas que no requerían un gran desarrollo de los servicios de salud. Sin embargo, ya a inicios de los años noventa la efectividad de los programas verticales llegó a su límite. Esto ocurrió en especial en aquellos programas que, para funcionar, requerían mayor infraestructura

¹⁴³ Ministerio de Salud-Dirección General de Salud de las Personas. *Reforma de la Dirección General de Salud de las Personas; nuevo diseño organizacional y nuevas funciones*. Documento de trabajo. Lima, MINSa, 1999.

¹⁴⁴ Bardález, C. "Salud de la población". En Pedro Francke (ed.). *Políticas de salud 2001-2006*. Lima, CIES, 2001.

¹⁴⁵ Ministerio de Salud-Dirección General de Salud de las Personas. *Reforma de la Dirección General de Salud de las Personas; nuevo diseño organizacional y nuevas funciones*. Documento de trabajo. Lima, MINSa, 1999.

¹⁴⁶ Doc. cit.

¹⁴⁷ Ministerio de Salud-Dirección General de Salud Integral. *Plan Nacional de Salud Materno-Infantil*. Lima, MINSa, 1991.

de servicios de salud, como el manejo de la neumonía severa y la mortalidad materna y perinatal. El avance contra estos males no presentaba mejoras significativas o, como en el caso de la mortalidad materna, no se había modificado durante las últimas décadas. A estas limitaciones se debe agregar que el perfil epidemiológico del Perú había cambiado y se incrementaban rápidamente las enfermedades no transmisibles, los accidentes y la violencia, frente a los cuales no existen programas específicos.¹⁴⁸

Ante ello, comenzó a desarrollarse en el país una conciencia creciente sobre las limitaciones de los programas de salud y las dificultades e ineficiencia que éstos generaban en el sistema. Sin embargo, el tema era planteado en términos de integración de estos programas, lo cual constituía una visión restringida, que buscaba generar una perspectiva integral pero mediante la suma de los enfoques fragmentados y centralistas de los programas tradicionales. En este contexto, fue desarrollándose la necesidad de establecer nuevas políticas de salud pública y de organización de los servicios, que abordaran integralmente los diversos determinantes de la salud y la enfermedad. Esto implicaba necesariamente que la reformulación del modelo de atención ocupara un lugar central: el gran desafío era definir un nuevo rol de los programas dentro del MINSA, referido a la atención integral, la descentralización, el fortalecimiento de la planificación y la reorganización de los servicios de salud. La reorganización de los programas debía entenderse, por lo tanto, dentro de un proceso de reorganización de todo el MINSA.¹⁴⁹

En realidad, la preocupación por generar un nuevo modelo de atención tiene larga data en el país y está relacionada con el movimiento de Atención Primaria de Salud. Así, durante la década de 1990 hubo una serie de intentos de reformar los programas de salud, entre los que se pueden citar los siguientes:

- En 1991, la entonces Dirección General de Salud Integral formuló el Plan Nacional de Salud Materno-Infantil, que proponía un mode-

¹⁴⁸ Gaillour, Álvaro; Alfageme, José; Frisancho, Ariel y Bardález, Carlos. *Línea de base de la reforma y modernización del sector Salud de Perú y su aplicación en el ámbito de intervención del Proyecto AMARES*. Informe final de consultoría. Lima, 2003.

¹⁴⁹ Doc. cit.

lo de atención que reformulara los programas en el marco de la descentralización política en curso.¹⁵⁰ Sin embargo, el enfoque empleado se basaba en la integración de estos programas: sistematizaba los espacios de actuación conjunta, más que propugnar el desarrollo de un modelo de atención diferente. Por esta razón, los objetivos específicos y las actividades del plan quedaron circunscritos al ámbito tradicional de los programas, sin llegar a plantearse su reorganización. De esta forma, los programas continuaron operando con los mismos modelos de gestión y el plan fue progresivamente relegado.¹⁵¹

- En 1994, la Dirección General de Salud de las Personas impulsó una propuesta de atención integral, sobre la base de la experiencia del Programa Integrado Materno Infantil (PIMI),¹⁵² un proyecto de la GTZ desarrollado en el Cuzco.¹⁵³ Se definía la atención integral como “una atención a las personas, que se basaba en ver a la persona como un ser íntegro, con problemas reales y potenciales, no sólo en su salud física sino también mental, y formando parte de una familia y una comunidad específica”. Se sustentaba en un *paquete de servicios básicos* compuesto por actividades de nivel básico dirigidas a niños, adolescentes, adultos, mujeres y gestantes, que sistematizaba el accionar de los programas existentes.¹⁵⁴ Se distribuyeron en todo el país dos manuales sobre atención integral: *Organizándonos para la atención integral*¹⁵⁵ y *Conceptos de atención integral*.¹⁵⁶

¹⁵⁰ Ministerio de Salud-Dirección General de Salud Integral. *Plan Nacional de Salud Materno-Infantil*. Lima, MINSa, 1991.

¹⁵¹ Gaillour, Alfageme, Frisancho y Bardález, doc. cit.

¹⁵² Ministerio de Salud-Sub-Región de Salud Cuzco. *Readecuación de los instrumentos de los programas materno infantiles, para su uso a nivel nacional, en el Programa de Atención Integral de la Familia*. Documento de trabajo. Cuzco, MINSa, 1994.

¹⁵³ Ministerio de Salud-Dirección General de Salud de las Personas. *Declaración y acuerdos del seminario taller “Modelo de atención integral de salud”*. Lima, MINSa, 1994.

¹⁵⁴ Ministerio de Salud-Dirección General de Salud de las Personas. *Atención integral en establecimientos del primer nivel*. Lima, MINSa, 1994.

¹⁵⁵ Ministerio de Salud-Programa de Salud Básica para Todos *Organizándonos para la atención integral*. Lima, MINSa, 1994.

¹⁵⁶ Ministerio de Salud-Programa de Salud Básica para Todos. *Conceptos de atención integral*. Lima, MINSa, 1994.

La principal limitación de estas propuestas era que en su implantación no abordaba elementos cruciales sino que mantenían la organización centralista de los programas y buscaban una integración operativa de éstos en el nivel local.¹⁵⁷ Como consecuencia de esta limitación, los programas continuaron funcionando sin mayor variación. A pesar de ello, esta estrategia condujo al ensayo de algunas experiencias en zonas circunscritas del país, que posteriormente desempeñarían un rol importante en el desarrollo de un consenso sobre la atención integral.¹⁵⁸ Al respecto, es importante resaltar las experiencias desarrolladas en Cajamarca por el proyecto APRISABAC;^{159,160} en Piura, Cuzco y San Juan de Lurigancho por el Proyecto Salud y Nutrición Básica;¹⁶¹ en la DISA San Martín con apoyo del Programa de Generación de Capacidades;¹⁶² en la DISA La Libertad con apoyo del proyecto UNI-Trujillo.¹⁶³ Asimismo, el Programa Salud Básica para Todos comenzó a impulsar la atención integral en todo el país, aunque con una estrategia menos intensiva que las anteriores.

Por otro lado, desde 1999 la Dirección General de Salud de las Personas comenzó a formular una propuesta de reorganización de los programas de salud en el marco de una reestructuración;¹⁶⁴ sin embargo, esta iniciativa no recibió respaldo político. Durante el Gobierno de Transición, la nueva gestión ministerial de salud reestructuró la Dirección Gene-

¹⁵⁷ Lush, L.; Cleland, J.; Walt, G. y Mayhew, S. *Integrating Reproductive Health: Myth and Ideology. Policy and Practice*. 1999.

¹⁵⁸ Gaillour, Alfigeme, Frisancho y Bardález, doc. cit.

¹⁵⁹ Ministerio de Salud-APRISABAC. *Vigencia de la atención primaria en el proceso de modernización del sector Salud; experiencia del proyecto APRISABAC en Cajamarca, Perú (1991-1997)*. Cajamarca, MINSA-APRISABAC, 1998.

¹⁶⁰ Ministerio de Salud-APRISABAC. *Modelo de atención de salud*. Cajamarca, MINSA-APRISABAC.

¹⁶¹ Ministerio de Salud-Proyecto Salud y Nutrición Básica. *Informe final*. Lima, MINSA, 2001.

¹⁶² Ministerio de Salud-Proyecto Generación de Capacidades. *Desarrollo de recursos humanos en el Ministerio de Salud. La experiencia de la Dirección de Salud de San Martín 1997- 2000*. Lima, MINSA, 2001.

¹⁶³ Universidad Nacional de Trujillo. Proyecto UNI-Trujillo. *Modelo de servicios, avances de sistematización*. Documento de trabajo. Trujillo, 1997.

¹⁶⁴ Ministerio de Salud-Dirección General de Salud de las Personas. *Reforma de la Dirección General de Salud de las Personas; nuevo diseño organizacional y nuevas funciones*. Documento de trabajo. Lima, MINSA, 1999.

ral de Salud de las Personas y sus programas de salud,^{165,166,167} proponiendo un nuevo modelo de atención, mediante una serie de normas ministeriales: *El nuevo modelo de atención*,¹⁶⁸ *Lineamientos para la conformación de redes de salud*,¹⁶⁹ *Lineamientos para la organización de las microrredes*,¹⁷⁰ *Normas sobre niveles de complejidad de servicios de salud y establecimientos públicos en las redes de salud*,¹⁷¹ *Normas del sistema de referencia y contrarreferencia*,¹⁷² *Manual de procedimientos de admisión integral*,¹⁷³ *Manual de atención de salud infantil* y *Manual de atención de salud de la mujer*. Éste constituyó el esfuerzo más sistemático que haya realizado el MINSA para abordar el desarrollo de un nuevo modelo de atención que recogiera y acumulara la rica experiencia desarrollada en varios lugares del país; de esta manera, se dejó oficializado un paquete normativo bastante comprehensivo. Sin embargo, la brevedad del Gobierno de Transición limitó la implantación de estas propuestas y normas, así que, cuando el nuevo régimen asumió

¹⁶⁵ Ministerio de Salud. Resolución ministerial 163-2001-SA/DM, modificando artículos del Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud. Lima, 14 de marzo de 2001.

¹⁶⁶ Ministerio de Salud. Resolución ministerial 343-2001-SA/DM, modificando la resolución ministerial 163-2001-SA/DM que modificó el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud. Lima, 19 de junio de 2001.

¹⁶⁷ Bardález, C. *Sistematización de los modelos de gestión de recursos humanos en redes básicas de servicios de salud*. Informe de consultoría. Lima, Organización Panamericana de la Salud, 2002.

¹⁶⁸ Ministerio de Salud-Dirección General de Salud de las Personas. *El nuevo modelo de atención*. Resolución ministerial 446-2001-SA/DM. Lima, julio de 2001.

¹⁶⁹ Ministerio de Salud-Dirección General de Salud de las Personas. *Lineamientos para la conformación de redes de salud*. Resolución ministerial 122-2001-SA/DM. Lima, 26 de febrero de 2001.

¹⁷⁰ Ministerio de Salud-Dirección General de Salud de las Personas. *Lineamientos para la organización de las microrredes*. Resolución ministerial 443-2001-SA/DM. Lima, 26 de julio de 2001.

¹⁷¹ Ministerio de Salud-Dirección General de Salud de las Personas. *Normas sobre niveles de complejidad de servicios de salud y establecimientos públicos en las redes de salud*. Resolución ministerial 437-2001-SA/DM. Lima, 25 de julio de 2001.

¹⁷² Ministerio de Salud-Dirección General de Salud de las Personas. *Normas del sistema de referencia y contrarreferencia de establecimientos del Ministerio de Salud*. Resolución ministerial 155-2001-SA/DM. Lima, 2001.

¹⁷³ Ministerio de Salud-Dirección General de Salud de las Personas. *Manual de procedimientos de admisión integral*. Resolución ministerial 423-2001-SA/DM. Lima, 24 de julio de 2001.

el poder, encontró muchas condiciones normativas y financieras listas para ser puestas en marcha.

Lamentablemente, aunque el nuevo régimen asumió como propia la reorganización de los programas de salud, no consideró las normas emitidas ni los planes de trabajo formulados durante el Gobierno de Transición, sino que se quedó en los aspectos formales de la reestructuración, mostrando una incapacidad manifiesta para desarrollarla, dedicándose a refundamentaciones teóricas que poca relación tenían con las necesidades de funcionamiento de los servicios. En la práctica, después de casi tres años de gestión ministerial no se observan avances significativos en la reorganización de los programas de salud; no existe una estrategia que vaya más allá de la simple agrupación de éstos y el MINSA sigue funcionando sin que se hayan producido cambios sustantivos en todos los niveles de gestión. El desarrollo del modelo de atención integral ha sido incoherente y se ha mantenido alejado de los requerimientos operativos de los servicios; su implantación ha sido inconsistente, por lo que persiste la fragmentación en la información, la capacitación y la supervisión de los programas. Estos problemas han producido confusión en los niveles operativos y una pérdida notoria en la eficacia de la gestión de las actividades de salud, lo cual ha perjudicado sobre todo las inmunizaciones y el control de la tuberculosis y de las enfermedades de transmisión sexual.¹⁷⁴ Pese a que se dispone de la normatividad necesaria, tampoco se ha impulsado decididamente el desarrollo de las redes y microrredes de salud; sólo se ha avanzado en su delimitación, pero persiste el desorden en los niveles de complejidad y referencia, y los modelos de redes UTES, UBAS y CLAS están superpuestos.¹⁷⁵

- **Situación en EsSalud.** El modelo de atención existente en EsSalud es esencialmente hospitalario, con un déficit importante en los servicios de primer y segundo nivel. Por otro lado, la atención está fragmentada y tiene tendencia a sustentarse en la atención médica especializada, en vez de ser realizada por integristas —pediatras, internistas y geriatras—, con lo cual se duplican innecesaria e ineficientemente los contactos con los usuarios. También se ha incorporado el modelo de programas verticales compartimentados, aun-

¹⁷⁴ Gaillour, Alfageme, Frisancho y Bardález. Doc. cit.

¹⁷⁵ Doc. cit.

que enfocados en la población adulta; en este grupo de edad se hace más evidente la duplicidad en la atención debido a la concomitancia de varias enfermedades —hipertensión, dislipidemias, diabetes, etcétera—.

Al igual que en el MINSA, durante los últimos años surgieron en EsSalud varias iniciativas tendentes a implantar un nuevo modelo de atención. La matriz lógica de la propuesta ha sido bastante similar a la desarrollada en el MINSA. Como objetivo del modelo de atención integral, se ha propuesto “Proporcionar atención eficiente y de calidad al asegurado, posicionándolo como el núcleo receptor de servicios diseñados y organizados para satisfacer sus necesidades y problemas de salud personales, familiares en su contexto comunal”, para lo cual se ha propuesto basarse en redes de servicios y se han planteado cuatro componentes: promoción de la salud, atención familiar, atención especializada y salud ocupacional.^{176,177} La principal limitación de estas propuestas es que, en la práctica, han estado enfocadas en la atención ambulatoria primaria, lo cual constituye una seria restricción debido a que el problema principal es que la estructura de su sistema de servicios está invertida: predomina la atención hospitalaria —60% del presupuesto de gastos asistenciales está destinado a los hospitales— y la atención primaria es prácticamente ausente —sólo se le destina 12,7% del presupuesto—, con lo cual el costo global del sistema resulta muy alto.¹⁷⁸ Como no se han emprendido las medidas para abordar este problema central, las limitaciones de cobertura de atención para sus asegurados no solamente persisten sino que se están agravando.

- **Situación en las sanidades de las Fuerzas Armadas y las Fuerzas Policiales.** En estos servicios predomina un modelo de atención esencialmente hospitalario, con un déficit importante de servicios de primer y segundo nivel. Por otro lado, persiste un tipo de atención que no considera los derechos ciudadanos de los usuarios,

¹⁷⁶ EsSalud-Gerencia Central. *Modelo de atención integral de salud*. Presentación. Lima, 2002.

¹⁷⁷ EsSalud. *Prestaciones integradas, atención primaria*. Lima, 2004.

¹⁷⁸ Doc. cit.

pues se organiza tomando en cuenta vínculos de jerarquía militar más que una relación ciudadana. Hay que agregar que en la Sanidad de las Fuerzas Policiales se presentan problemas de cobertura de atención y desabastecimiento de medicamentos. Un tema que no se ha debatido con detenimiento en la sociedad peruana es por qué los policías cuentan con una sanidad, cuando son civiles como cualquier servidor público.

- **Situación en el sector privado.** El modelo que se aplica es eminentemente recuperativo, con ausencia de un enfoque de salud pública. La excepción está constituida por el programa *Encore*, desarrollado por la EPS NovaSalud, que busca asegurar la continuidad terapéutica estableciendo protocolos de atención, realizando visitas domiciliarias y organizando talleres educativos tendentes a lograr la participación de la familia en el cuidado de los enfermos crónicos —asma, rinitis, hipertensión arterial y diabetes—. ¹⁷⁹

3. LINEAMIENTOS GENERALES DE POLÍTICA

3.1 ABORDAJE INTEGRAL DE LA POLÍTICA SOCIAL Y DEL DESARROLLO MEDIANTE UNA REFORMA DEMOCRÁTICA PROFUNDA DEL ESTADO Y DE SU RELACIÓN CON LA CIUDADANÍA, ASÍ COMO DE UN NUEVO SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

Es indispensable formular de manera concertada un plan nacional de desarrollo que articule adecuadamente políticas económicas y sociales para el largo plazo. Estas políticas, así elaboradas, deberían convertirse en políticas de Estado que orienten el accionar de las circunstanciales gestiones ministeriales sectoriales. El desarrollo y la equidad implican una acción esencialmente intersectorial, ya que las políticas sociales deben ser multidimensionales e integrales, e involucrar a los diversos sectores del Estado y a los principales actores. Se requiere reformular profundamente la política social, cuyo propósito debe consistir en construir un *sistema de protección social integral* que busque garantizar que toda la población acceda a un mínimo de servicios de salud, educación, justicia y seguridad so-

¹⁷⁹ NovaSalud. *Encore*, boletines informativos, años 2001, 2002 y 2003. Lima.

cial, con lo cual se aseguraría la plena vigencia de los derechos ciudadanos de índole social.

Para que ello sea posible, una de las tareas prioritarias es realizar una *reforma* y una *descentralización política reales del Estado peruano*, orientadas a la articulación de las políticas económicas y sociales en los ámbitos nacional, regional y local, así como a la descentralización de la gestión gubernamental y la promoción de la participación social, bajo un enfoque de desarrollo nacional, regional y local. Este propósito debería plasmarse en la creación de una *instancia o instituto de planeamiento estratégico del desarrollo* para esos niveles de gobierno, que se encargaría de generar una visión de futuro para el país en sus componentes de desarrollo económico y social, y cuyo rol esencial debiera ser la integración de las políticas sectoriales. Esta instancia debería formular, supervisar y evaluar las políticas de desarrollo, realizando las coordinaciones intersectoriales necesarias para su implantación. Para el ámbito nacional, se requiere que esta instancia tenga un rango supraministerial, con el fin de asegurar su capacidad de dirección en el aparato estatal.¹⁸⁰

Es en este marco de reforma profunda del Estado peruano que aparece como imprescindible la reestructuración y modernización del MINSA. Sólo ello generaría las condiciones para que la salud sea abordada en nuestro país con un enfoque intersectorial, lo que posibilitaría la generación de políticas nutricionales, ambientales, ocupacionales, de promoción de la salud, etcétera.

Los ejes orientadores de esta reestructuración deberían ser los siguientes:

- La modernización e integración de la gestión pública sanitaria en todos sus niveles, eliminando la fragmentación, el burocratismo y la obsolescencia tecnológica y de los procesos de gestión.
- La construcción de un liderazgo intersectorial del MINSA para las políticas relacionadas con la salud de la población y la generación de ambientes saludables, en el marco de una reforma del Estado y con un enfoque de desarrollo nacional y de integración de las políticas sociales.
- La articulación sectorial de las múltiples instituciones de salud, eliminando las ineficiencias e inequidades generadas por la fragmentación del sistema de salud.

¹⁸⁰ Grupo de Referencia para una Agenda por la Infancia 2001. *Lineamientos básicos para una Agenda por la Infancia*. Lima, Save the Children Suecia, 2001.

- La descentralización de la gestión sanitaria, en el marco de una descentralización política del Estado.
- La democratización de la gestión sanitaria pública, comprendiendo la formulación, gestión, ejecución y vigilancia de las políticas públicas.
- El establecimiento de un nuevo tipo de relación entre el Estado, los proveedores de servicios de salud y las personas, sustentada en la condición ciudadana de la población.

3.2 REFORMA DEL MODELO DE ATENCIÓN EN TODOS LOS SUBSECTORES, CON UN NUEVO MODELO BASADO EN UNA ATENCIÓN INTEGRAL Y FAMILIAR BRINDADA EN EL ÁMBITO INSTITUCIONAL, NO INSTITUCIONAL Y FAMILIAR, Y CON AMPLIADA PARTICIPACIÓN CIUDADANA

Durante la última década, muchos países de América Latina hicieron ensayos de reforma que se centraron casi exclusivamente en aspectos financieros y en estrategias de contención de costos, y descuidaron el componente de la atención misma de la salud. En muchos países, estos ensayos fueron realizados mecánicamente, sin tener un real y completo entendimiento de las necesidades de salud, del contexto social de la población y de la cultura organizacional prevaleciente en los sistemas de salud. En muchos casos, esto llevó a acrecentar las inequidades en el acceso a la atención, lo cual perjudicó a los grupos más vulnerables, como son los pobres, las mujeres, los niños y los ancianos. Por otro lado, el abordaje hospitalario, la falta de promoción de estilos de vida saludables por parte de los sistemas de salud y los cambios producidos por la transición epidemiológica han conducido a una escalada en los costos de atención. Estos intentos de reforma, que fueron promovidos por los países desarrollados y ciertos organismos internacionales, no tuvieron en consideración algo obvio: *la reforma sanitaria debe tratar sobre la reforma de los modos de atender la salud*.¹⁸¹ Existen pocos indicios de que las estrategias de contención de costos, centradas en el racionamiento o la competencia entre aseguradores, produzcan efectos económicos positivos. Las refor-

¹⁸¹ Bardález, C. "Salud de la población". En *Políticas de salud 2001-2006*. Lima, CIES, 2001.

mas más eficaces en mejorar el estado de salud y reducir los costos se han concentrado en el cambio de comportamiento de los prestadores de salud¹⁸² y en su relación con la población.

En este sentido, es urgente revisar las políticas del sector y plantear un nuevo tipo de reforma de la salud, que en cuanto a los sistemas de servicios se centre en lo sustantivo de ellos: el *modelo de atención de la salud*. Las políticas de salud requieren nuevos enfoques que aborden de manera integral los diversos determinantes de las enfermedades y la salud. Esta perspectiva debe incluir el enfoque de ciudadanía y el de atención integral de salud. Actualmente, los modelos de atención son cruciales para el funcionamiento de los sistemas de servicios de salud.

El nuevo modelo de atención debe seguir los principios que rijan la reforma del sector Salud: universalidad en el acceso, equidad, solidaridad, efectividad y promoción de la ciudadanía en salud. Adicionalmente, sus principales atributos deben ser: *integridad* de la atención; *corresponsabilidad* en el cuidado de la salud; *continuidad* de los servicios, con base en una *organización territorial de la atención*; *calidad* de la atención; *eficiencia* en el uso de los recursos e *interculturalidad* —adecuación de los servicios de salud a las culturas de la población—. El modelo debe estar centrado en la satisfacción de las necesidades de salud de las personas, las familias y las comunidades del país. Sus fundamentos deben ser el establecimiento de un *Plan Garantizado de Salud* como instrumento que asegure el derecho ciudadano a la salud y la equidad distributiva, el reconocimiento de la condición de individuos y de ciudadanos —con *deberes y derechos*— que tienen los usuarios y la determinación del modelo de atención en sus componentes modelo de prestación, modelo de gestión y modelo de financiamiento.¹⁸³

La definición del contenido de este Plan Garantizado de Salud y del nivel de subsidio público que hay que asignarle deberían obedecer a criterios tanto técnicos como éticos: prevalencia e impacto de las enfermedades, costo-efectividad de las intervenciones, y justicia y desarrollo socioeconómico de su impacto. Su determinación debe surgir de un amplio deba-

¹⁸² Vienonen et al. "Hacia una reforma de la atención de salud basada en pruebas". *Bulletin of the World Health Organization*, 1999 (1), Ginebra, pp. 44-47.

¹⁸³ Ministerio de Salud-Dirección General de Salud de las Personas. *El nuevo modelo de atención*. Resolución ministerial 446-2001-SA/DM. Lima, julio de 2001.

te y del consenso social, ya que obviamente existen criterios éticos de por medio, por lo cual se deben incorporar los valores que la sociedad peruana tiene sobre la salud. El plan no puede ser estático y depende del nivel de recursos que la sociedad pueda asignarle a la salud. Lo que se busca al definir el Plan Garantizado, el nivel de subsidio y la determinación de los grupos beneficiarios es establecer un nuevo contrato social en salud.¹⁸⁴

El modelo de prestación debe basarse en la aplicación de la estrategia de la atención integral de salud a los individuos, las familias y las comunidades: se debe mantener la continuidad en la atención, permitiendo la participación ciudadana y orientando los servicios hacia el logro de la equidad; los ámbitos de intervención deben ser comprensivos, esto es, deben considerar tanto los daños (enfermedades) como las condiciones biológicas; los conocimientos, las creencias, las actitudes y las prácticas de la población; y los factores ambientales y sociales que constituyen riesgos para la salud.¹⁸⁵

Para hacer posible este modelo de prestación, se requiere cambiar radicalmente el modo en que están organizados los servicios de salud. Para lograrlo, se propone un *modelo de salud local* basado en una organización *territorial* de la atención, que delimite claramente las responsabilidades —en sus distintos niveles de complejidad— para atender a la población de determinado ámbito territorial. Esto significa que los hospitales, los centros y los puestos de salud, así como los equipos comunitarios, son responsables por la salud de las personas que residen en sus respectivos ámbitos; asimismo, que para acceder a la atención —y de esta manera ejercer su derecho a la salud— esas personas tienen como referente estos niveles de complejidad. Todo ello debería representar un nuevo marco para el funcionamiento de los servicios de salud, que implique cambios en el rol de los prestadores.

El *modelo de salud local* debe tomar como base a los *equipos de atención local*, que de esta manera se constituirían en puntos de contacto y articulación entre las personas y el sistema de salud. Así, los prestadores de salud ampliarían su ámbito de intervención a las familias, las comunidades y los lugares de reunión de las personas —escuelas, lugares públicos, centros de trabajo, etcétera—, asignándoles un ámbito pobla-

¹⁸⁴ Bardález, C. Art. cit.

¹⁸⁵ Ministerio de Salud-Dirección General de Salud de las Personas. *El nuevo modelo de atención*. Resolución ministerial 446-2001-SA/DM. Lima, julio de 2001.

cional de responsabilidad para el seguimiento de cada uno de ellos y otorgando prioridad a la atención de las familias y las comunidades más pobres. La atención de estos *individuos* debe abordar todas las dimensiones de su salud; es decir, tener un carácter integral que comprenda los aspectos de promoción, prevención y recuperación, así como un énfasis en las actividades educativas;^{186,187} por su naturaleza, debe organizarse en función de los períodos del ciclo de vida de las personas. Por su parte, la atención de las *familias* debe buscar intervenir en todos los condicionantes de la salud que se desarrollan dentro del hogar, ya sea por factores relacionados con el hábitat que lo rodea como por la organización del trabajo doméstico. En lo que se refiere a la atención de las *comunidades*, ésta debe abarcar los procesos sociales y ambientales que ocurren en su interior, permitiendo una adecuada y permanente relación con las autoridades políticas, las instituciones locales y las organizaciones sociales —especialmente con los agentes comunitarios de salud—. Esta forma de organizar la atención de la salud debiera ser el eje de articulación con los sistemas familiares y comunitarios de cuidado de la salud, con el fin de promover el fortalecimiento de las redes sociales y su articulación con las redes de servicios de salud, con un enfoque intercultural.

Finalmente, se necesita realizar acciones gubernamentales conducentes al cuidado de la salud de la población, y garantizar que se mantengan ambientes seguros y saludables. Estas acciones, relacionadas con la regulación y fiscalización de las actividades productivas, así como de los mercados de los servicios de salud, están detalladas en los últimos lineamientos propuestos por la sociedad civil, referidos a financiamiento, recursos humanos y calidad.

Esta forma de entender la atención está de acuerdo con las modernas definiciones de la atención primaria, que recogen las concepciones de la Atención Primaria de Salud de la OMS, la Organización Mundial de Médicos de Familia —World Organization of Family Doctors (WONCA)—, la Asociación Americana de Medicina Familiar —American Association of Family Practitioners (AAFP)— y la Academia de Médicos de Familia del Canadá —College of Family Physicians of Canada (CFPC)—.¹⁸⁸

¹⁸⁶ Doc. cit.

¹⁸⁷ Ministerio de Salud del Brasil. *Programa Saúde da Família*. Folleto de difusión, 2000.

¹⁸⁸ Telyukov, A.; Paterson, M.; Garavito, M.; Sobrevilla, A. y Loo, L. *Design Options and Data Needs for the Ambulatory Payment Innovation in the Public Health Sector in Peru*. The Partners for Health Reformplus Project. Lima, diciembre de 2001.

Por su parte, el modelo de gestión debe estar sustentado en un enfoque tendente a descentralizar la gestión de la prestación, buscando que se adecúe óptimamente a las necesidades locales, y en el desarrollo de mecanismos que aseguren la buena calidad de la atención y la eficiencia en el uso de los recursos, mientras que el modelo de financiamiento debe desarrollar los mecanismos de asignación necesarios para garantizar la equidad y la solidaridad; para ello se emplearán procesos de presupuesto enfocados a obtener resultados, se manejará un presupuesto integral y se integrarán los procesos financieros a la gestión sanitaria.¹⁸⁹

3.3 PROMOVER UNA NUEVA CULTURA DE SALUD EN EL PAÍS, BASADA EN EL RECONOCIMIENTO DE LOS DERECHOS Y LAS RESPONSABILIDADES DE LAS PERSONAS, LAS INSTITUCIONES Y EL ESTADO, ASÍ COMO EN EL CUIDADO INTEGRAL DE LA SALUD

Es indispensable promover un cambio sustancial en la actual cultura de salud del país, transformándola en otra más comprehensiva, en la cual las personas, las familias, las comunidades, las instituciones y el Estado reconozcan y pongan en vigencia los derechos ciudadanos en salud, y asuman sus responsabilidades en el cuidado de ésta; es decir, se dirijan hacia el *empoderamiento de la ciudadanía en salud*. Este cambio implica desarrollar en las personas, las familias, las comunidades, las instituciones y el Estado nuevas capacidades y reglas de acción —de índole individual, colectiva e institucional— que sólo se harán efectivas en la medida en que, concurrentemente, se pongan en práctica los otros lineamientos de política propuestos.

Esta nueva cultura de la salud también debe revalorar e incorporar una atención integral de la salud tal como es concebida en el presente documento; es decir, que sea desarrollada por las personas, las comunidades, los servicios de salud, las instituciones y el Estado, y que comprenda los múltiples condicionantes de la salud —especialmente los determinantes sociales y ambientales— en todos los aspectos de la vida de las personas. Se debe insistir en reconocer y enriquecer las concepciones de

¹⁸⁹ Ministerio de Salud-Dirección General de Salud de las Personas. *El nuevo modelo de atención*. Resolución ministerial 446-2001-SA/DM. Lima, julio de 2001.

salud de la población, en la importancia de los cuidados individuales, domésticos y comunitarios de la salud, y en dialogar con —y también aprender de— una medicina popular más vasta que la profesional.

3.4 ADECUAR LA ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD A LAS NECESIDADES DE LA POBLACIÓN Y BASARLA EN REDES DE SALUD DE CUIDADOS PRIMARIOS DE LA SALUD Y REDES DE SERVICIOS HOSPITALARIOS

El modelo de prestación debe organizarse en los siguientes sistemas: atención básica de salud, atención especializada de salud y atención de la salud ambiental. La atención básica debe comprender el primer y el segundo nivel de atención, y debe estar organizada en *redes* y *microrredes de salud*.¹⁹⁰ La atención hospitalaria debe estar organizada en *redes hospitalarias*, articuladas funcionalmente a las de atención básica de salud. Por su parte, la atención de la salud ambiental debe desarrollar servicios de salud específicos como parte de la atención integral en las redes y microrredes de salud, y acciones gubernamentales conducentes a garantizar ambientes saludables.

Los criterios para la conformación de las redes y las microrredes de salud deben considerar principalmente un tamaño poblacional mínimo y la accesibilidad de los usuarios, y de manera secundaria la demarcación político-administrativa, con miras a lograr unidades de gestión eficientes, que articulen eficazmente diversos niveles de complejidad de los servicios de salud y que aprovechen economías de escala en ciertas áreas claves de gestión.¹⁹¹ Todos los servicios de salud del primer y el segundo nivel de atención de propiedad pública del sistema de salud —Minsa, EsSalud y sanidades de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional— deberían ser transferidos a los gobiernos locales y regionales.

Un tema de debate es que las redes tienen un sustento técnico administrativo para su conformación, en la medida en que corresponden a niveles mínimos de descentralización de la gestión, más allá de los cuales no es eficiente ni eficaz desarrollar determinadas funciones de gestión.

¹⁹⁰ Doc. cit.

¹⁹¹ Doc. cit.

Esto no siempre coincide con el criterio de demarcación político-administrativa, por lo que se da un desencuentro entre las redes y las jurisdicciones administrativas. Por ello, se requiere, en estos próximos tiempos, una readecuación general del mapa de redes de servicios para adaptarse a la descentralización y regionalización sin perder condiciones organizacionales que garantizan eficiencia. Los *niveles de gobierno* y las unidades de *gestión de servicios* deberán, entonces, tener precisos sus roles diferenciados. El gobierno regional es la instancia que toma las decisiones estratégicas de conducción política de los servicios —emisión de políticas, aprobación de planes y presupuestos, evaluación de resultados de la gestión de los servicios y designación de los responsables de la gestión—, no así las decisiones cotidianas de su administración. En las empresas, este espacio toma la forma de directorios. La gestión operacional de los servicios debería constituir una competencia exclusiva de la gerencia, por representar una acción técnico-gerencial.

3.5 GARANTIZAR LA ADECUACIÓN DE LOS DIVERSOS FACTORES DE PRODUCCIÓN DE SERVICIOS DE SALUD, INTERVIENDO Y REGULANDO SUS MERCADOS —FORMACIÓN DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD, MEDICAMENTOS E INSUMOS MÉDICOS—

Es indispensable que el Estado asuma su obligación de garantizar la idoneidad de la atención y los recursos de salud, además de modular los mercados de la salud. Ello implica una mayor capacidad de regulación, fortaleciendo su capacidad normativa de la atención de salud en todo el sector y restableciendo su capacidad de fiscalización, mediante el otorgamiento de registros sanitarios de productos farmacéuticos con requisitos más rígidos que aseguren la calidad de los medicamentos, así como licencias de funcionamiento de los servicios de salud públicos y privados, que cumplan estándares mínimos de funcionamiento. La normalización debe sustentarse sobre conocimientos y evidencias científicas y debe recoger la cultura y expectativas de la población.

Asimismo, es imprescindible que el Estado garantice la calidad de los recursos humanos en salud, participando activamente en la definición de sus competencias ocupacionales y certificando que los profesionales y técnicos de salud cumplan estas competencias. Igualmente, se requiere que module la oferta de formación profesional —mediante la acreditación

de las universidades e institutos de educación superior—, que restrinja el número de estudiantes y que oriente la formación de especialistas. Para ello, el Estado cuenta con algunos potentes instrumentos de modulación propios del mercado: es el principal contratante de recursos humanos en salud del país y provee la remuneración de la mayor parte de residentes de las especialidades médicas.

3.6 ASEGURAR AMBIENTES SALUDABLES Y SEGUROS, A TRAVÉS DEL FORTALECIMIENTO DE LA REGULACIÓN DE LAS ACTIVIDADES PRODUCTIVAS Y SOCIALES

Si se considera como premisa que un ambiente saludable es un *derecho* de la población y que el Estado está en la obligación de garantizarlo, es indispensable reformar todo el marco de regulación de las actividades productivas y sociales, subordinándolo a este derecho. Lo anterior implica un cambio sustantivo respecto a la forma como ha venido funcionando el desarrollo de los mercados económicos en el país, al introducir el principio de que los agentes económicos asuman directamente los costos del impacto ambiental que genera su actividad. Para ello, se debe cambiar substancialmente el ordenamiento legal del saneamiento ambiental, restituyendo al sector Salud su capacidad de fiscalización, otorgándole la potestad de emitir licencias de funcionamiento de estas actividades económicas —después de verificar el cumplimiento de los estándares mínimos de saneamiento ambiental—, así como devolviéndole su competencia para sancionar el incumplimiento.

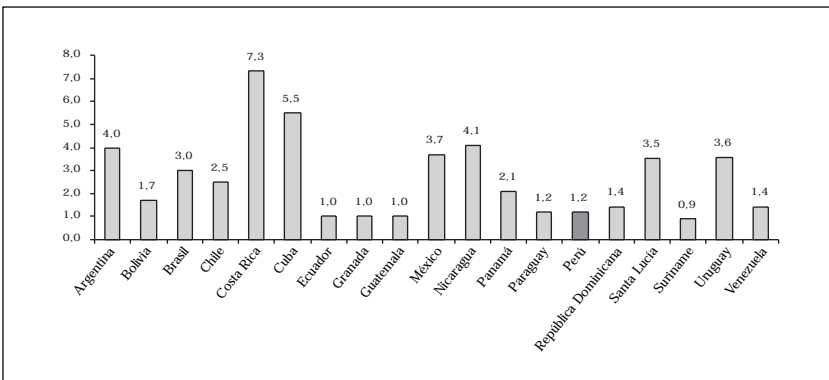
CAPÍTULO 9

Priorización presupuestal de la salud y Seguro Público Unificado

1. AUMENTAR LOS RECURSOS DESTINADOS A SALUD, PROMOVIENDO LA EQUIDAD Y EL DERECHO A LA SALUD

El gasto público en salud en el Perú, en comparación con otros países de Latinoamérica, es muy bajo.

Gráfico 3
GASTO PÚBLICO EN SALUD 1997
(% del PBI a precios corrientes)

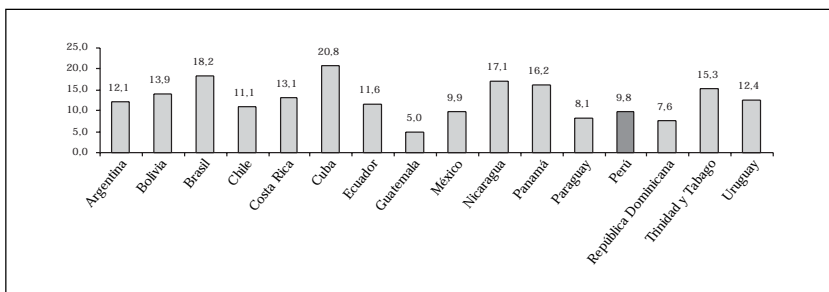


Comparando la relación existente entre el gasto público en salud (como porcentaje del PBI) y el PBI per cápita en varios países latinoame-

ricanos, el gasto asignado a salud en el Perú es menor que aquel que le correspondería dado su nivel de PBI per cápita.

Existen dos maneras de explicar un gasto social bajo. La primera es que el gasto público total sea muy bajo. Como vemos en el gráfico 4, en el Perú el gasto público como porcentaje del PBI es 9,8%, lo que está por debajo de la media, que es 12,6%.

Gráfico 4
GASTO PÚBLICO
(% del PBI)

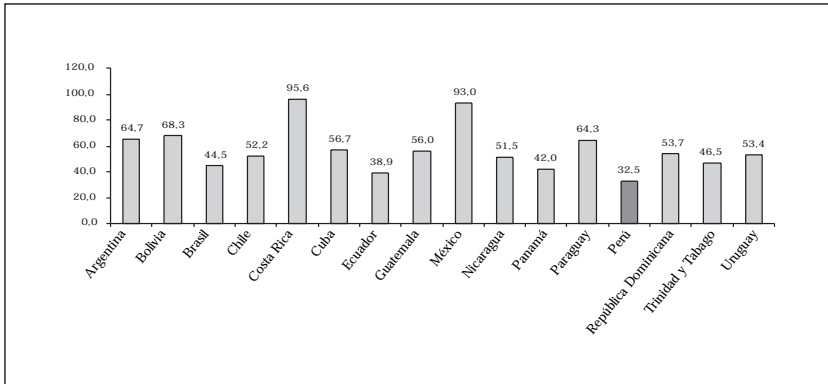


La segunda razón podría ser que del gasto público total, se destine una parte muy pequeña al gasto social. Como podemos ver en el siguiente gráfico, eso es lo que sucede en el Perú. De los 16 países latinoamericanos que mostramos, el Perú es el que tiene el gasto social más bajo respecto a su gasto público total, 32,5%.

Para lograr tener salud para todos y alcanzar las Metas del Milenio, es fundamental que exista mayor financiamiento para la salud. El Perú es uno de los países de Latinoamérica que destina, como proporción de su PBI, un monto menor a la salud. Además, 40% de ese financiamiento proviene del gasto directo de los hogares, debido al escaso nivel de aseguramiento existente, lo que hace que el acceso a la salud sea limitado para muchos hogares y que la salud represente un riesgo económico elevado.

El objetivo es, entonces, aumentar el financiamiento, pero no el proveniente del gasto de bolsillo de los hogares, que limita el acceso y el derecho a la salud, sino aquel que proviene de mecanismos de financiamiento colectivo y progresivo; es decir, aquel en el que se comparten los riesgos y en el que el pago corresponde a las posibilidades económicas y no a las necesidades de salud.

Gráfico 5
GASTO SOCIAL COMO PORCENTAJE DEL GASTO PÚBLICO TOTAL



Se proponen como las principales políticas al respecto las siguientes:

1.1 AUMENTAR EL FINANCIAMIENTO DEL TESORO PÚBLICO

El financiamiento del tesoro público para la salud representa en la actualidad cerca de 1% del PBI y debe ser aumentado significativamente. Un cálculo simple indica que, en un quinquenio en el que la economía crezca al 5% por año, el PBI crecería 26%. Si, además, la presión tributaria aumentara de 13% —en 2003 fue de 12,9%— a 18%, como propone el Acuerdo Nacional, la recaudación total se incrementaría en 74%. Bastaría que de esa recaudación adicional se destinara 10% a la salud para que el gasto público en salud —financiado por el tesoro público— se duplicara, y con 20% de estos recursos adicionales, se triplicaría.

Para lograr ese aumento, es necesario: a) promover un incremento de la presión tributaria, dado que la recaudación en el Perú es muy reducida; b) promover que de la recaudación tributaria adicional, la salud tenga una asignación prioritaria; y c) para ello, deben tomarse iniciativas con el fin de lograr que, tal como lo ha hecho con el tema de educación, el Acuerdo Nacional determine que un tanto por ciento adicional del PBI sea destinado cada año al tema de la salud.

1.2 GESTIONAR UNA MAYOR COOPERACIÓN INTERNACIONAL EN SALUD EN FORMA DE DONACIONES O PRÉSTAMOS BLANDOS

La cooperación internacional representa un porcentaje ínfimo del gasto público en salud (5%) y la mayor parte son préstamos de organismos multilaterales —BID, BM—. Como parte del compromiso internacional por las Metas del Milenio, el Perú y el sector deben apoyar campañas internacionales para aumentar el monto que los países desarrollados destinan a la cooperación internacional, y lograr que una mayor proporción de esos recursos se destine a la salud.

1.3 ESTABLECER NUEVOS MECANISMOS PARA QUE QUIENES PUEDEN HACERLO, APORTEN ECONÓMICAMENTE A LA SALUD

La orientación estratégica de largo plazo debe dirigirse hacia un financiamiento del Tesoro Público basado en una estructura impositiva más equitativa y que sustente una atención de salud integral y universal. Sin embargo, en el corto y mediano plazo no es posible eliminar los vínculos entre financiamiento (vía aseguramiento) y derechos de salud, y es conveniente buscar nuevas formas de financiamiento que promuevan el aseguramiento y que otorguen ventajas a los contribuyentes en función de su aporte.

Las principales medidas que deben tomarse al respecto son:

- a) *Obligación de que los profesionales independientes se aseguren.* En la actualidad, los profesionales independientes —o más exactamente quienes trabajan otorgando “servicios no personales”— no contribuyen al seguro de salud ni tienen derecho a ser atendidos en éste. Esta situación no se justifica, dado que diferencias en el tipo de régimen laboral no deben dar lugar a diferencias en las contribuciones ni en los derechos. Más bien esta diferencia promueve la informalidad y la ilegalidad en las relaciones laborales, como se ha demostrado en la experiencia de los médicos contratados por Salud Básica para Todos (hoy Programa de Administración de Acuerdos de Gestión, PAAG). Los integrantes de este sector deben tener la misma obligación de contribuir y los mismos derechos que el resto de trabajadores.
- b) *Reforma laboral que promueva efectivamente la formalidad.* Simultáneamente, debe realizarse esta reforma, sin que ello signi-

- fique de ninguna manera una reducción de las obligaciones y los derechos de algunos sectores —como en otros terrenos se hizo con la nueva ley de pequeñas y medianas empresas (PYME) o como sucede aún en la actualidad con los contratos de “formación laboral juvenil”—. En ese sentido, i) debe especificarse con claridad que todo contrato laboral debe asegurar tanto la contribución a la seguridad social como el pleno derecho a acceder a ella; y ii) es necesario promover mecanismos de fiscalización —incluidos los que implementen los propios trabajadores y sus organizaciones sindicales— de los derechos laborales, que comprendan la plena formalización de los contratos y, por tanto, la contribución a la seguridad social y el derecho a acceder a ella.
- c) *Nuevos esquemas para el aseguramiento grupal de los trabajadores informales.* El aseguramiento individual voluntario no funciona debido a que genera un fuerte sesgo de selección, pues se afilian principalmente aquellas personas que tienen enfermedades crónicas o altos riesgos de salud. Al establecer nuevos mecanismos, basados en afiliaciones grupales por rama —taxistas, artesanos, etcétera— o por zona —ambulantes de un distrito o de determinado mercado, campesinos o productores agropecuarios de un valle o sector— se elimina este problema y los costos de administración se reducen significativamente.

2 UNIVERSALIZAR LA ATENCIÓN DE LA SALUD MARCHANDO HACIA UN SEGURO PÚBLICO UNIFICADO, ADMINISTRANDO LOS RECURSOS DE SALUD EN UN SOLO FONDO PARA AUMENTAR LA EFICIENCIA Y EQUIDAD

Un tema que influye de manera determinante en la equidad y eficiencia de los sistemas de salud es la forma como se organiza éste; y esa organización de los sistemas de salud tiene un correlato inmediato, una relación directa, con la forma como fluyen los recursos financieros. En el Perú existe un grave problema debido a que la segmentación entre el MINSA y EsSalud —así como con otros proveedores públicos como las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional y con sectores privados— genera ineficiencia e inequidad.

Ineficiencia porque existen casos en los que, en la misma ciudad y a escasos minutos, existen hospitales del MINSA y de EsSalud subutiliza-

dos, pero al mismo tiempo carentes de algunas especialidades o equipos importantes. Sabido es que las redes y sistemas de salud tienen importantes economías de escala, que la segmentación hace que se pierdan. A veces, el equipo está en una institución y no en la otra, pero los afiliados a una no pueden usarlo en la otra. Hay inequidad también porque, debido a este esquema de financiamiento y organización del servicio, quienes tienen la fortuna de contar con un trabajo formal gozan de mayores derechos de salud que quienes no la tienen. La diferencia en derechos no tiene justificación ética, si consideramos que la equidad en salud no debería estar vinculada a la capacidad económica o al tipo de relación laboral.

En la actualidad, hay algunas condiciones que favorecen el avance hacia la reducción de la segmentación. La primera es que hay una mayor rotación laboral, lo que hace que muchas personas estén aseguradas sólo durante una parte del tiempo. Las fronteras entre asegurados y no asegurados ya no son tan fuertes como antes; muchas personas llegan al seguro después de haber experimentado lo que significa no estar asegurado y saben que, probablemente, en el futuro volverán a estar en esa condición. Por otro lado, la mayor rotación laboral determina que haya mucho “período de latencia”, lapsos en los cuales el trabajador recién ingresado no tiene aún expedito el derecho a acceder al seguro de salud. Una solución más integral deberá, a su vez, ir resolviendo estos problemas.

A continuación se propone una estrategia tendente a reducir en forma paulatina esta segmentación hasta eliminarla del todo:

1. **Marchar hacia una integración efectiva del MINSAL y EsSalud.** La solución de este gran problema no se obtendrá de la noche a la mañana sino de manera gradual, pero es necesario afrontarlo. Existen diversas fórmulas al respecto, sea que se enfatice en la integración progresiva por el lado de los aparatos proveedores o por el lado de las administraciones. Una tercera opción es una estrategia financiera, alternativa que fundamentó durante el Gobierno de Transición la creación del Seguro Público Unificado, que no era sólo un programa de financiamiento de atenciones sino un punto estratégico de apalancamiento de una reforma que fuese acotando la segmentación, hasta terminar con ella. Este sentido ha sido desvirtuado por el actual Seguro Integral de Salud (SIS). Planteamos por eso la necesidad de discutir la integración progresiva de los dos fondos —el del MINSAL y el de EsSalud y, de ser posible, también los de la Policía Nacional y las Fuerzas Armadas—

bajo una sola administración. Esta administración podría incluir un directorio plural en el que participen no solamente representantes del Poder Ejecutivo sino también de los trabajadores, los empleadores, la sociedad civil y los gobiernos regionales y locales. Debería, asimismo, tener cierta autonomía en sus decisiones, pero insistiendo en una clara rendición de cuentas a la ciudadanía, lo que debe incluir informes periódicos sustentados ante el Congreso.

2. **Mantener derechos diferenciados entre asegurados y no asegurados, tendiendo a su reducción paulatina.** Parte de la dificultad en resolver este problema se debe a la diferencia de derechos reales —aunque no explícitamente reconocidos— entre asegurados en EsSalud y no asegurados. El gasto per cápita en EsSalud es cuatro veces mayor que el del MINSa. La estrategia, entonces, tiene que reconocer estas diferencias, dado que no se deben reducir los derechos a los asegurados ni es posible que los no asegurados gocen de esos mismos derechos en el corto plazo. Nuevos mecanismos de aseguramiento podrán generar derechos diferenciados; por ejemplo, podrá haber un seguro para informales que sea más barato pero que cubra sólo un grupo de riesgos.
3. **Reorganizar el sistema prestador:**
 - a) Los establecimientos no serán “de EsSalud” o “del MINSa” sino del sistema prestador. Los sistemas de recursos humanos, logística y medicamentos, las inversiones, las afiliaciones y las historias clínicas serán paulatinamente integrados y/o desarrollados.
 - b) Se debe organizar el sistema de servicios, con redes de distintos niveles, de manera única. Las redes incluyen establecimientos que hoy son considerados como del MINSa o de EsSalud. Como es natural, las redes funcionan con mecanismos de referencia y contrarreferencia, y con niveles de resolución escalonados de acuerdo con el nivel del establecimiento y servicio.
 - c) Es preciso establecer, como en EsSalud, un establecimiento de entrada para cada persona, eliminando la condición de “libre elección” entre los no asegurados. Inicialmente, como los asegurados mantendrán los establecimientos “hoy EsSalud” como su referencia, los no asegurados serán asignados a establecimientos que son “hoy MINSa”. Luego de un período de transición, el “establecimiento de entrada” podrá ser alguno que hoy es EsSalud o MINSa, sin importar el origen del aseguramiento de la persona.

Se han planteado otras dos opciones alternativas, a nuestro juicio menos adecuadas. La primera es el esquema de compraventa de servicios. Esto demanda una pesada administración en los establecimientos, no resuelve el problema de una demanda poco administrada en el MINSA ni busca una paulatina igualación de derechos, y plantea un esquema de pago por servicios que no es el más eficiente. El segundo es el sistema “coordinado”, que no llega a resolver el problema práctico de la atención a la ciudadanía, debido a que cada institución mantiene su propio control sobre los recursos.

3. AFIRMAR EL SEGURO INTEGRAL DE SALUD (SIS) COMO FORMA DE REDUCIR LAS BARRERAS ECONÓMICAS QUE LIMITAN EL ACCESO A LA SALUD

El cobro de tarifas de consulta y procedimientos, medicinas e insumos ha sido una medida que el sector se ha visto obligado a tomar debido a la falta de recursos, pero que atenta contra el derecho a la salud de los sectores pobres. El sistema vigente carga sobre los hospitales o establecimientos el costo de la exoneración y no ha establecido un mecanismo estándar para otorgar este beneficio, con lo cual se agrava el problema.

Esquemas como el SIS reducen el pago para atenciones prioritarias y, en este sentido, avanzan en acortar las barreras económicas y promover el derecho a la salud. Sin embargo, algunos temas permanecen en debate: el ritmo de ampliación de los servicios o riesgos incluidos en el SIS y los mecanismos de focalización de las exoneraciones.

El SIS ha generado un gran desfinanciamiento de los hospitales y centros de salud, debido a que se prometió mucho —una gratuidad muy amplia— en relación con los recursos financieros con los que se contaba, problema agravado por una gestión que no estableció mecanismos de pago con incentivos al ahorro de los recursos. *Sobre los servicios incluidos en el SIS y las exoneraciones, es fundamental que se mantenga un equilibrio financiero entre lo que se promete y los recursos para hacer realidad esas promesas.*

Parte de este dilema puede verse como una necesaria elección entre exonerar del pago por servicios o hacerlo por familias-personas. En efecto, una opción es brindar atención gratuita para determinadas atenciones o riesgos, sin importar la capacidad de pago de las personas. Dado un

financiamiento determinado, otra opción es exonerar a las familias del pago de un paquete más amplio.

Hasta la fecha, se ha puesto poco énfasis en la exoneración de personas o familias, incluso habiendo formas muy sencillas de hacerlo, como por ejemplo, exonerando del pago a un paquete amplio de servicios en los distritos más pobres del país, donde la pobreza excede 80% y por lo general sólo se otorgan atenciones básicas. En la ciudad de Lima y otros grandes centros urbanos, esta orientación implica desarrollar un instrumento de focalización individual, que debería ser compartido con otros programas sociales y debería vincularse a un solo sistema de afiliación de las personas a establecimientos de salud.

4. MEJORAR LA GESTIÓN DE LOS RECURSOS, DISTRIBUYÉNDOLOS DE ACUERDO CON LAS PRIORIDADES PARA REDUCIR LAS INEQUIDADES Y LOGRAR LOS MAYORES RESULTADOS POSIBLES

Un problema importante en el financiamiento de la salud pública en el Perú es la distribución inequitativa e ineficiente de los recursos públicos. Como en los otros casos, la mala distribución de los recursos públicos es la expresión financiera de las prioridades políticas; poner las prioridades en su lugar implica que las cuestiones prioritarias sean las privilegiadas en la asignación de los recursos.

Al respecto, se proponen tres cambios de prioridad fundamentales: 1) dar mayor prioridad a la salud pública, referente a la prevención y promoción de la salud, así como al control de los vectores y de las enfermedades transmisibles; 2) dar mayor prioridad al primer nivel de atención y a aquellas atenciones de mayor costo-efectividad; 3) dar mayor prioridad a las regiones y provincias donde los problemas de salud y la pobreza son mayores.

Estos cambios deberán realizarse principalmente mediante la asignación preferencial a estos rubros de los montos adicionales de financiamiento que se vayan obteniendo, conforme a lo planteado antes.

4.1 FONDOS PARA SALUD PÚBLICA

Es sabido, desde muchos años atrás, que la prevención y promoción de la salud tiene efectos muy grandes sobre la salud de la población, que se

pueden lograr grandes resultados con fondos modestos, y que quienes se verán más beneficiados por estas medidas serán los más pobres y necesitados.

Es necesario asignar mayores fondos a estas actividades, algunas de las cuales tienen carácter intersectorial. Parte del esfuerzo tiene que provenir también del propio EsSalud, el que por cierto se verá beneficiado en el largo plazo, debido a que estas intervenciones disminuyen las necesidades de atenciones de salud en el futuro.

4.2 FONDOS PARA EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN E INTERVENCIONES COSTO-EFECTIVAS

Adicionalmente a la provisión de bienes públicos en salud, también es sabido que el primer nivel de atención en salud es el que tiene mayor llegada a los más pobres y el que concentra las atenciones más efectivas a menor costo. Buena parte de los peruanos demandan atención en los hospitales —a menudo en hospitales especializados— por afecciones que pueden atenderse en establecimientos de menor nivel de complejidad. Parte de esta conducta se explica porque los centros y los puestos de salud carecen de recursos humanos adecuados y de los equipos, insumos y medicamentos requeridos, o porque no hacen actividades extramuros que permitan promover su acción hacia la comunidad.

El fortalecimiento del primer nivel de atención demanda que el financiamiento se dirija de manera prioritaria hacia este nivel, y hacia las atenciones más costo-efectivas.

4.3 FONDOS PARA LAS REGIONES Y PROVINCIAS MÁS NECESITADAS Y POBRES

Los departamentos más pobres y con mayores necesidades de salud reciben menores fondos en relación con la población que deben atender que otras regiones donde la situación de salud es relativamente mejor. Cajamarca recibe mucho menos fondos per cápita que Lima o Tacna. Lo que es peor es que actualmente esta distribución, que en buena parte se destina hacia gobiernos regionales autónomos, no responde a ningún criterio explícito. Esta situación abre las puertas a preferencias polí-

ticas que desvirtúan la relación entre el Gobierno central y los gobiernos regionales.

Frente a este problema, es necesario establecer una fórmula de asignación del gasto a las regiones que sea pro pobre y pro salud pública. Esta fórmula debe operar con un mecanismo de ajuste a lo largo del tiempo, ya que no se trata de restarle recursos a nadie sino de privilegiar, en la distribución de los recursos adicionales, a quienes más lo necesitan.

Esto demanda, por cierto, explicitar la dependencia, las responsabilidades y la distribución de establecimientos de tercer y cuarto nivel que podrían atender a la población de varias regiones.

5. LOS MECANISMOS DE PAGO: LA FORMA DE ENTREGA DE LOS FONDOS PARA PROMOVER EFICIENCIA

El sistema de financiamiento que prevalece actualmente —es decir, la forma en que se entregan los recursos financieros a las unidades que deben hacer uso de éstos—recurre a un mecanismo de presupuesto histórico por partidas que no promueve la eficiencia ni la rendición de cuentas.

El SIS inicia la separación entre financiamiento y prestación y da pie a un nuevo mecanismo de pago. Sin embargo, tiene algunos problemas fundamentales: 1) no se inscribe en una visión global de reforma; 2) está mal planteado y administrado, de tal manera que no se ha utilizado su potencial para promover una mejora en la eficiencia sistémica y en la equidad.

Adicionalmente, es necesario analizar una propuesta de financiamiento en relación con el nuevo contexto de la descentralización, en la cual deben ser consideradas las autonomías —necesariamente relativas— de los gobiernos regionales y locales, pero al mismo tiempo, asegurar la unidad del sistema nacional de salud y la vigencia de las prioridades nacionales en este campo.

Al respecto, se propone un esquema que conjuga dos elementos: (i) una adecuada combinación de recursos administrados nacionalmente con recursos administrados en el ámbito regional y otros en el espacio local y (ii) el uso de mecanismos para mejorar la transparencia y la rendición de cuentas, así como para promover la eficiencia.

5.1 ASIGNANDO RECURSOS A LOS DISTINTOS NIVELES DE GOBIERNO

La descentralización de los servicios de salud debe tener una expresión financiera. Sin autonomía presupuestal de algún nivel, no habrá descentralización alguna. Por otro lado, no debería haber una autonomía absoluta, y ello amerita que puedan establecerse sistemas de control ágiles y eficaces. De hecho, la experiencia internacional muestra varios casos en los que la descentralización en salud ha llevado a una reducción en la tasa de cobertura de vacunaciones, lo que al parecer muestra que los gobiernos subnacionales no están siguiendo prioridades nacionales y que los mecanismos de control existentes no fueron suficientes.

La propuesta que presentamos se basa en un esquema que asigna la responsabilidad de los establecimientos de salud de primer nivel —centros y puestos— a los gobiernos locales junto con la comunidad, de los hospitales de apoyo o referencia regional a los gobiernos regionales, y de los hospitales nacionales e institutos especializados al Gobierno nacional:

1. El nivel nacional (MINSA) debe recibir los fondos asignados a prioridades nacionales —vacunas, atención materno-infantil, enfermedades transmisibles, zonas rurales, etcétera—. Estos fondos serán entregados por el MINSA a los gobiernos regionales u locales, según corresponda, para que sirvan para esos fines específicos, bajo procedimientos y metas establecidas.
2. Los fondos para el funcionamiento general de los servicios de salud y para otras necesidades de salud deben ser entregados directamente a los niveles de gobierno regional y local, según corresponda; éstos deben presentar sus planes correspondientes y rendir cuentas de manera oportuna. El MINSA apoyará en la tarea de formular estos planes y revisarlos con criterios técnicos, así como en su evaluación posterior.
3. Los fondos para los niveles locales de gobierno serán entregados directamente a las municipalidades, pero sus planes y sus rendiciones de cuentas deberán ser revisados por la instancia regional. En la instancia nacional sólo se revisará un consolidado de esta información a nivel regional.

5.2 MECANISMOS FINANCIEROS PARA MEJORAR LA EQUIDAD Y PROMOVER TANTO LA RENDICIÓN DE CUENTAS COMO LA EFICIENCIA

Si bien los fondos deben ser asignados en gran medida respondiendo a criterios de equidad y buscando superar la exclusión en salud en la que viven muchos pueblos del Perú, hay dos razones por las que esto no puede hacerse solamente otorgando más fondos a las regiones y provincias más pobres: (i) éstas pueden malgastar el dinero y (ii) pueden concentrar sus gastos en la capital de provincia o excluir a determinados grupos, por razones de distancia o culturales.

Por eso, el SIS debe ser fortalecido como el nuevo mecanismo de relación financiera con las regiones y los prestadores de servicios. Para ello:

- a) Debe establecer tarifas diferenciadas mayores para las zonas rurales, donde el costo es mayor.
- b) Debe regular las tarifas de tal manera que se promueva el buen uso de los recursos, manteniendo tarifas promedio por paquetes.
- c) Debe pagar directamente a los comités locales de administración de salud (CLAS) por sus prestaciones.
- d) Deben plantearse nuevos mecanismos de pago para los hospitales.

Declaración Política de la
II Conferencia Nacional de Salud

Agosto, 2004

Declaración Política de la
II Conferencia Nacional de Salud

Agosto, 2004

HACIA UNA REFORMA SANITARIA POR EL DERECHO A LA SALUD

El Perú muestra graves problemas de salud en cuyo tratamiento hemos avanzado muy poco durante los últimos años. Esto ha afectado seriamente las legítimas esperanzas de los peruanos de lograr una vida digna para todos. Particular preocupación genera el hecho de que 20% de la población, constituido por las personas más pobres y vulnerables de nuestra sociedad, esté excluido del acceso a los servicios de salud. Por eso es impostergable que establezcamos una nueva Agenda Sanitaria Nacional que se proponga cambiar efectivamente esta situación. Los asistentes a la II Conferencia Nacional de Salud, organizada por ForoSalud, tras haber participado en 16 conferencias regionales y 15 mesas temáticas, planteamos la realización de una urgente Reforma Sanitaria por el Derecho a la Salud.

La reforma que planteamos tiene como horizonte la búsqueda de la justicia social, la equidad y la 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 principio fundamental de nuestra propuesta es considerar la salud como un derecho fundamental de las personas. La salud es indispensable para que se hagan efectivos muchos de los derechos contenidos en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, ya que sin salud no hay democracia, trabajo ni desarrollo. El derecho a la salud exige acceso universal a servicios adecuados en este campo, pero requiere también el acceso a la educación y la información, así como un empleo digno, alimentación de buena calidad y en cantidad suficiente, una vivienda aceptable y un ambiente saludable. La participación de los usuarios y los ciuda-

danos es también una condición indispensable para la consecución de estos derechos.

La II Conferencia Nacional de Salud propone diez políticas para avanzar en hacer realidad el derecho a la salud en nuestro país.

I. SALUD EN SITUACIÓN CRÍTICA

1. Más recursos y más atención política y social para la salud

En el Perú se combinan graves problemas de enfermedad y muerte evitables con una escasa, inequitativa e ineficiente asignación de recursos para la salud. Se niega así el derecho de las mayorías de acceder a ésta. La salud de los peruanos, en particular la de los más pobres, está en situación crítica. No es posible continuar tolerando la pobreza que afecta a más de la mitad de la población ni el hecho de que 25% de peruanas y peruanos se encuentren excluidos de la atención permanente de los servicios de salud por razones económicas, culturales o geográficas. La desnutrición que afecta a 25% de los niños menores de 5 años y a casi 30% de los escolares de entre 6 y 13 años, sobre todo de las zonas rurales y urbano-marginales, no sólo es inaceptable sino que afecta nuestro futuro como país por los daños irreparables que se están infligiendo al desarrollo intelectual de estas personas. Tampoco debemos continuar aceptando las tasas existentes de mortalidad materna e infantil, que nos ubican entre los países más desprotegidos, ni los déficits de saneamiento básico de las poblaciones rurales y urbano-marginales. Si continúa la tendencia general de desgobierno en la articulación de una respuesta institucional y poblacional a los problemas de salud, el escenario que nos espera es convertirnos en una sociedad de personas mayoritariamente adultas, enfermas y pobres.

Frente a ello, hacemos un llamado a la movilización nacional en defensa de la vida saludable y de calidad, y contra la enfermedad, la discapacidad y la muerte evitables, hasta eliminar los oprobiosos indicadores deficitarios; una movilización nacional que busque dar prioridad a la salud y transformar el actual sistema en este ámbito, que es injusto e ineficiente.

La política de salud debe constituir una prioridad para el Gobierno, los partidos políticos y la sociedad. Esta prioridad debe expresarse en el volumen de la riqueza nacional dedicado a la salud. El Perú destina a esta necesidad básica sólo 4,5% de su PBI, mientras que el promedio de América

Latina es de 7,67%. Los países latinoamericanos con PBI per cápita similares al nuestro tienen un gasto anual per cápita en salud de 177 dólares por habitante, y el Perú gira alrededor de 100 dólares. Menos de la cuarta parte de este gasto es aportado por el Tesoro Público, que destina poco más de 1% del PBI a la salud. Así, predomina en nuestro país el “gasto de bolsillo”, aquel gasto efectuado por las familias sin pasar por un seguro de salud, de tal manera que los hogares corren con todo el riesgo económico de la enfermedad. Proponemos incrementar el gasto público en salud, duplicándolo en cinco años con un aumento de 0,25% del PBI (150 millones de dólares) cada año, financiado por una reforma tributaria con sentido de equidad y una reforma integral del Estado, medidas que deben formar parte de un Acuerdo Nacional sobre la Salud. Estos mayores fondos para la salud deben servir para aumentar la eficiencia y deben destinarse a los más pobres y excluidos, para avanzar hacia la equidad en este campo.

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

Para que haya desarrollo tiene que haber avances en salud. La enfermedad afecta las capacidades y empobrece. El problema sanitario del Perú consiste en que el funcionamiento económico, social y político de la sociedad está marcado por un desbalance sistemático entre los factores de riesgo y los factores protectores. Los trabajadores y los profesionales de salud, así como los familiares, actúan en el marco de un enfoque curativo: sólo atienden y reparan las consecuencias del maltrato que la sociedad genera en la salud de la persona enferma, pero al día siguiente ese mismo maltrato causa la enfermedad de otras miles de personas. La inequidad de género, causante de que las mujeres carguen con la mayor parte de los costos sociales de la enfermedad, resalta en este panorama.

El hecho de que el funcionamiento de la sociedad reproduzca sistemáticamente estos daños significa que se necesita otra forma de organizar la economía, las relaciones sociales y la política. El informe de la Comisión de la Verdad y Reconciliación mostró con crudeza las grandes condiciones de exclusión prevalecientes, que deben ser superadas comenzando por la aplicación del Plan Integral de Reparaciones. El Perú requiere un modelo de desarrollo solidario, inclusivo y competitivo, que permita generar más riquezas y compartirlas con todos, y cuidar la salud y el desarrollo humano integrales, en particular de los más pobres. Para ello es

imprescindible una articulación entre las políticas económicas y las políticas sociales, de tal forma que las primeras no posterguen el aspecto social y generen empleo e ingresos adecuados, y que las segundas construyan un sistema global de seguridad social y desarrollo.

Particular importancia al respecto tiene el posible ingreso del país al Tratado de Libre Comercio, en el que se nos trata de imponer una política de patentes que encarecería enormemente los precios de muchos medicamentos y permitiría que la riqueza genética de nuestra biodiversidad sea explotada sin beneficiar al país. La II Conferencia Nacional de Salud considera que en las discusiones respectivas, el Gobierno y su equipo negociador deben rechazar estas pretensiones, anteponiendo la salud de todos los peruanos a cualquier otra consideración. Por eso apoyamos decididamente la iniciativa del Ministerio de Salud a este respecto y su alianza con sus pares de Ecuador y Colombia.

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. Es urgente que se realice una readecuación programática que busque la atención integral de tal modo que los servicios sean capaces de hacerse cargo, en forma transversal, de las patologías crónicas, la salud ocupacional, la salud mental y la drogadicción, la contaminación ambiental, la violencia urbana, familiar y sexual, los accidentes, las emergencias y los desastres y las prácticas no saludables, entre otros problemas.

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

II. DEMOCRACIA EN SALUD

4. Reforma democrática y descentralista en salud

La reforma democrática de la gestión pública en salud requiere que se cambie la Constitución del Estado para que se reconozca que la salud y la

seguridad social son derechos humanos fundamentales, y que el Estado tiene el deber de garantizarlos aplicando criterios de equidad y universalidad. En este marco, se debe desarrollar una nueva Ley General de Salud, formulada participativamente desde un enfoque de derechos y de género.

La participación ciudadana es un derecho que el Comité de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU definió hace tiempo como un aspecto fundamental para el acceso a la salud. Sin embargo, la participación y el control social no sólo constituyen un derecho sino también una necesidad: ningún intento de las instituciones públicas por mejorar su gobernabilidad y su capacidad gerencial ha dado frutos sin abrirse a la sociedad. Además, no hay forma efectiva de brindar atención primaria y promover la salud cuando la población no participa en este esfuerzo.

Institucionalizar un modelo de gestión compartida comprende realizar periódicamente conferencias nacionales de salud, rediseñar el actual Consejo Nacional y los consejos regionales de salud con el fin de permitir una amplia participación de la sociedad civil, y finalmente establecer mecanismos de rendición de cuentas y control social. Estas medidas deben formar parte de una estrategia orientada a remover las barreras existentes, construir capacidades y ampliar las oportunidades para que se produzca una participación inclusiva, plural, equitativa e intercultural.

La descentralización en salud constituye una estrategia democratizadora y debe articularse a la descentralización del país. Proponemos articular los consejos provinciales y regionales de salud con los comités de coordinación locales y regionales, y con el Consejo Nacional de Salud. Por otro lado, se debe ratificar la participación cogestionaria, adecuando el modelo de los Consejos Locales de Administración en Salud (CLAS) y diversos modelos de intervención en la comunidad a favor del derecho a la salud. De esta manera, los CLAS se constituirán en una palanca de la descentralización, organizados en microrredes y orientados hacia aspectos sustantivos del gobierno de la salud local y los servicios, asegurando la fiscalización y la elección democrática de los representantes populares, en estrecha relación con los representantes municipales. Estos modelos deben extenderse a nivel nacional.

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.

Asegurar el derecho a la participación de la ciudadanía en la toma de decisiones demanda transparencia y rendición de cuentas respecto a dichas decisiones y acciones, así como 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 del derecho a la salud y de los derechos fundamentales asociados.

La II Conferencia Nacional de Salud considera que para ello es necesario no sólo democratizar la gestión pública sino también la propia sociedad civil. Por eso se compromete a tomar acciones como las que ha venido asumiendo, tendentes a generar un estilo de sociedad civil en el que primen la pluralidad, la renovación y el diálogo; se promueva la acción colectiva y se supere la fragmentación; se aliente la apertura hacia nuevas asociaciones, principalmente de las organizaciones excluidas —como las de enfermos mentales y otros—; e imperen la autonomía y la asociatividad.

6. Combate frontal contra la corrupción

Como sociedad civil, mantenemos una actitud exigente y vigilante 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 contra la corrupción. Exigimos un compromiso del Gobierno, del sistema de justicia, de los partidos, de los funcionarios públicos y de la sociedad civil para consolidar una cultura de cuidado de nuestros bienes públicos y de corrupción cero.

III. EQUIDAD, INCLUSIÓN Y MODERNIZACIÓN EN SALUD

7. Por un Seguro Público Unificado que sustente un Plan Garantizado de Salud con 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 microrredes de servicios de nivel primario y su complemento en los niveles hospitalarios, así como de las intervenciones de salud pública.

Este seguro no debe ser un programa especial, que esté aparte de las actividades regulares de los proveedores públicos, sino precisamente la organización de toda la atención de la salud que brindan los subsistemas públicos —Ministerio de Salud, EsSalud, Sanidad de las Fuerzas Armadas y Sanidad de las Fuerzas Policiales— como un solo seguro público.

El Plan Garantizado se organizará a partir de un pacto social que establezca el alcance de los derechos en el campo de la salud, sin discriminaciones y con respeto por la diversidad cultural. Deberá incluir medicinas, insumos y cirugía básica, incorporando actividades preventivas, promocionales, recuperativas y de rehabilitación plenamente financiadas. Su ampliación deberá ser progresiva, de modo que se constituya en el eje para promover la equidad en este campo.

8. Por un sistema público integrado, descentralizado y participativo de salud

El sistema institucional de salud está organizado conforme a un modelo segmentado en el que existe una clara bicefalia, lo que genera múltiples y graves problemas de inequidad e ineficiencia. Esta incoherencia y desarticulación dentro 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 red debe tomar la forma de un Servicio Nacional de Salud financiado públicamente, surgido de la integración de diferentes proveedores públicos dispersos, sin que eso signifique la desaparición del subsector privado para quienes tengan los medios para acceder a él. Debe organizarse evitando la formación 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 la Sanidad de las Fuerzas Armadas y a la Sanidad de las Fuerzas Policiales, conservando los servicios para su personal.

Debe incorporar la gestión de calidad bajo una orientación hacia la demanda, articulando los estándares, protocolos y manuales, así como la acreditación, la certificación y la recertificación 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 el cumplimiento de sus derechos.

9. *Hacia un nuevo modelo de atención integral con una gestión sanitaria en ámbitos geográficos poblacionales y con prioridades basadas en la equidad*

Es urgente revisar el 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 biologista insertando la reparación de los daños en intervenciones más sistémicas, que estén engarzadas en la trama de los problemas sociales y que reconozcan la diversidad geográfica, étnica, cultural y económica de nuestro país. Las intervenciones deben responder 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 la tarea de garantizar ambientes saludables, aspecto hasta ahora dejado de lado para asegurar la libertad en los mercados. Ello pasa por fortalecer las capacidades institucionales para regular la 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 un enfoque de derechos y de equidad, enfatizando la equidad de género.

Planteamos un nuevo modelo de atención basado en ámbitos geográficos y una estrategia integral y local en los planos institucional, no institucional y familiar. Esta estrategia debe estar sustentada en redes y articular 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 centralmente abocadas a reducir las brechas existentes, así como a incorporar a los excluidos.

La organización de las intervenciones bajo un Modelo de Salud Local permitirá contar con ámbitos de intervención más comprehensivos, que consideren los daños (las 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 plantean riesgos para la salud.

La organización territorial de la atención permitirá, además, articular la atención, en sus distintos niveles de complejidad, para que pueda acceder a ella la población de determinado ámbito. Al usuario se le otorgarán garantías mediante un sistema de reparación y resarcimiento compartido entre él, la institución y el servidor.

Es importante reconocer que desde el sector y los servicios de salud de diversas zonas del país se están dando pasos iniciales, pero aún insuficientes, con el fin de 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 del personal que labora en el sector Salud han sido desatendidas durante 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. Se deben ratificar periódicamente los nombramientos actuales y los contratos a plazo fijo para los nuevos ingresos, renovándolos sobre la base del desempeño, protegiendo a los trabajadores de las arbitrariedades y enmarcando los procesos de evaluación en criterios transparentes. Es preciso finalizar los contratos por servicios no personales para actividades permanentes.

Tiene que haber una redistribución descentralizada de los recursos humanos con un sistema de incentivos para el trabajo en zonas de menor desarrollo. Se debe impulsar la carrera pública en salud sin discriminaciones entre los grupos ocupacionales y tomando en cuenta los méritos y el desempeño como base para las designaciones, la permanencia y los ascensos. En la evaluación del desempeño deben participar los usuarios y la comunidad.

Es necesario reconocer e integrar al sistema la labor de los agentes comunitarios de salud, por su contribución en este terreno y su aporte al desarrollo del país.

Se deben desarrollar las competencias en todo el personal de salud, con un enfoque de género, para garantizar la calidad de la atención centrada en la satisfacción del usuario, enfatizando la interculturalidad, el buen trato y el respeto a las diferencias individuales y de grupo.

Por último, hay que solicitar al Estado que se apliquen políticas de recursos humanos en consonancia con las expectativas de la sociedad civil y de los trabajadores de salud, incluidos los agentes comunitarios.