

Políticas de salud 2006-2011

Pedro Francke, Juan Arroyo, Alfredo Guzmán



CIES
consorcio de investigación
económica y social



© Consorcio de Investigación Económica y Social
Antero Aspíllaga 584, San Isidro
Teléfonos 421-8082 / 421-7968
www.consortio.org

© ForoSalud
Calle 27 de noviembre 377
Miraflores
Teléfonos: 243-4431 / 243-4432
www.forosalud.org.pe

Edición: Lima, febrero de 2006
Corrección de estilo: Alberto Ñiquen
Cuidado de edición: Myriam Arriola
Diseño gráfico: Gerardo Paz, Carmen Inga
Arte de carátula: Roni Heredia
Impreso por Ediciones Nova Print SAC

Hecho el depósito legal en la Biblioteca Nacional del Perú No. 2006-0405
ISBN 9972-804-44-5

El Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES) está conformado por más de treinta instituciones de investigación o docencia y cuenta con el auspicio de la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (ACDI), el Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (IDRC) y otras fuentes de cooperación.

El Proyecto *Elecciones Perú 2006: fortaleciendo el debate nacional* es una iniciativa del CIES con el auspicio de las siguientes instituciones: Banco Interamericano de Desarrollo (BID), National Endowment for Democracy (NED), International Development Research Centre (IDRC), Canadian International Development Agency (CIDA), Banco Mundial-Perú, Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la Mesa de Género de la Cooperación Internacional (MESAGEN).

CIES y FOROSALUD no comparten necesariamente las opiniones vertidas en la presente publicación, que son responsabilidad exclusiva de sus autores.

PRESENTACIÓN	5
RESUMEN EJECUTIVO	7
INTRODUCCIÓN	10
1. PROMOCIÓN DE LA SALUD	11
1.1 Diagnóstico	11
1.2 Opciones de política	16
1.3 Análisis de costo y beneficio de las opciones de política	18
1.4 Obstáculos para la implementación	18
1.5 Hoja de ruta: medidas sugeridas	21
2. REFORMA SANITARIA Y ASEGURAMIENTO UNIVERSAL	24
2.1 Diagnóstico	24
2.2 Opciones de política	25
2.3 Análisis de costo y beneficio de las opciones de política	26
2.4 Obstáculos para la implementación	27
2.5 Hoja de ruta: medidas sugeridas	28
3. PROPUESTA DE POLÍTICA DE PARTICIPACIÓN SOCIAL Y APERTURA DEMOCRÁTICA DE LA GESTIÓN PÚBLICA EN SALUD	29
3.1 Diagnóstico	29
3.2 Opciones de política	30
3.3 Análisis de costo y beneficio de las opciones de política	33
3.4 Obstáculos para la implementación	33
3.5 Hoja de ruta: medidas sugeridas	34
4. PROPUESTA DE POLÍTICA DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD	35
4.1 Diagnóstico	35
4.2 Estrategias de desarrollo de los recursos humanos en salud en el Perú	37
4.3 Análisis de costos y beneficios de las opciones de política	39
4.4 Obstáculos para la implementación	39
4.5 Hoja de ruta: medidas sugeridas	40
BIBLIOGRAFÍA	41

El presente documento propone políticas de salud para el periodo 2006-2011 en cuatro áreas clave: 1) promoción de la salud; 2) aseguramiento universal; 3) recursos humanos; y 4) participación ciudadana.

En materia de promoción de la salud, el enfoque privilegia la prevención antes que la curación, que resulta ineficiente y costosa. En este terreno, las prioridades son cuatro: agua potable, nutrición, educación en salud y control de riesgos ambientales.

Con respecto al aseguramiento universal, el documento propone terminar con la fragmentación institucional existente (Minsa, EsSalud y las cuatro Sanidades militares), constituyendo un fondo único de salud con el aporte del tesoro público y de los asegurados menos pobres según su nivel de ingreso. Este fondo garantizaría la cobertura universal de un paquete de beneficios básicos, asociado a los perfiles epidemiológicos nacionales.

En el campo de los recursos humanos, el texto subraya la necesidad de revertir la precarización salarial y laboral en el sector salud, proponiendo un planeamiento estratégico y concertado, así como la acreditación de las facultades de ciencias de la salud.

Finalmente, en materia de participación, se plantea la conformación de un nuevo Consejo Nacional de Salud para que el Estado y la sociedad civil acuerden políticas y metas a lograr en el nuevo quinquenio. Por otro lado, se propone que los Consejos Locales de Administración de Salud (CLAS) no solo se involucren en la oferta de servicios del sector, sino también en el desarrollo y la concertación local.

El documento es parte del proyecto *Elecciones Perú 2006: fortaleciendo el debate nacional*. Este proyecto es una iniciativa del Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES), en alianza con otras instituciones, para elevar el nivel del debate electoral, enfatizando la discusión de opciones de política y programas de gobierno. En este marco, el CIES ha promovido la elaboración de documentos de política 2006-2011 sobre diez temas clave que tendrá que afrontar el siguiente régimen:

Competitividad	Regulación y concesiones
Empleo	Modernización del Estado
Programas sociales y pobreza	Desarrollo rural
Educación	Descentralización
Salud	Género

Cada texto examina las opciones de política, los costos y beneficios de las distintas alternativas, los obstáculos para su implementación y la estrategia para superar estas barreras, especificando una

hoja de ruta a 100 días, un año y cinco años. El proyecto Elecciones Perú 2006 enfatiza la incidencia de estos documentos en las políticas públicas desarrollando una secuencia de tres tipos de actividad: reuniones con los equipos de plan de gobierno de los principales partidos políticos; seminarios descentralizados en seis regiones del Perú; y campañas de diseminación en los medios de prensa.

Más allá del debate electoral, el Proyecto busca promover consenso sobre políticas de Estado en nuestro país y aportar al diseño de programas en el próximo gobierno. Creemos que la presente publicación nos permitirá avanzar colectivamente hacia el logro de ambos objetivos. En este punto tenemos que reconocer la contribución fundamental de los autores Pedro Francke, Juan Arroyo y Alfredo Guzmán (ForoSalud) tanto por su capacidad analítica, como por su esfuerzo para culminar el trabajo y liderar su diseminación.

Asimismo, queremos agradecer a las instituciones aliadas del CIES en esta iniciativa: Jurado Nacional de Elecciones (JNE), Acuerdo Nacional, Grupo Propuesta Ciudadana, Asociación Civil Transparencia e Instituto de Defensa Legal (IDL).

Por último, debemos también reconocer el aporte de los auspiciadores que han hecho posible la ejecución del Proyecto: Banco Interamericano de Desarrollo (BID), Fundación Nacional para la Democracia (NED, por sus siglas en inglés), Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (IDRC, por sus siglas en inglés), Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (ACDI), Banco Mundial, Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la Mesa de Género de la Cooperación Internacional (MESAGEN).

Lima, febrero de 2006

Carlos Eduardo Aramburú
Director Ejecutivo CIES

Javier Portocarrero Maisch
Director Adjunto CIES

Este breve trabajo presenta propuestas en relación con las políticas de salud para el periodo 2006-2011 en cuatro áreas clave; promoción de la salud, aseguramiento universal, recursos humanos y participación ciudadana. Consideramos que estas cuatro áreas son centrales en las políticas de salud. La promoción de la salud y el aseguramiento universal constituyen las dos estrategias dirigidas directamente a atender los problemas fundamentales del derecho a la salud en el Perú. La participación ciudadana es parte consustancial del derecho a la salud. Finalmente, los recursos humanos son el factor más importante en el funcionamiento de los servicios y sistemas de salud.

1. Promoción de la salud

Una política fundamental debe ser darle una importancia primordial a la promoción de la salud, atacando los determinantes sociales, económicos, políticos y ambientales de los problemas de salud antes que concentrarnos en un enfoque curativo y recuperativo que es ineficiente y muy costoso. Hay cuatro ámbitos de acción prioritarios: agua potable, nutrición, educación en salud y control de riesgos ambientales sobre la salud.

La promoción de la salud debe convertirse en una de las primeras prioridades del sector, con un equipo de promoción de la salud muy fuerte con expertos capaces de proponer y dialogar alrededor de políticas de agua, nutrición, educación y medio ambiente y el ministro del ramo directamente involucrado. La promoción de la salud debe tener un rol central en las relaciones con los gobiernos regionales, promoviendo una acción intersectorial al respecto.

2. Reforma sanitaria y aseguramiento universal

Se necesita de una gran reforma sanitaria que termine con la fragmentación institucional existente y que a través de un aseguramiento universal permita el acceso de toda la población a un sistema de salud orientado en especial a la prevención de enfermedades y a la recuperación de la salud, articulando la protección colectiva e individual y el esfuerzo complementario de actores públicos y privados para el logro de una salud integral con justicia social, equidad, calidad y eficiencia.

Esta reforma sanitaria debe permitir que exista un solo órgano rector, el Minsa, y con solamente un ente administrador financiero de la salud individual que maneje un fondo único comprendido por los subfondos del Minsa, EsSalud y Sanidades. Este fondo contará con el aporte del tesoro público y con el aporte solidario de los asegurados que se encuentren en los dos quintiles menos pobres y que contribuirán con primas determinadas según su nivel de ingresos. Los asegurados de EsSalud y Sanidades no perderán ninguno de sus beneficios actuales.

Este fondo único permitirá que toda la población cuente con un Plan de Beneficios Básico Garantizado y Obligatorio, que comprenda una franja esencial de prestaciones promocionales, preventivas, curativas y recuperativas, determinado por los perfiles epidemiológicos nacionales y por consenso. El que todos los aportes se agrupen en un fondo común permitirá, además, con un pequeño porcentaje de los aportes un subfondo de catastróficas, la protección financiera de los usuarios ante eventualidades médicas de alto costo curativo y recuperativo.

La provisión de los servicios de salud se dará a través de muchos prestadores públicos y privados articulados en redes a lo largo de todo el territorio nacional. El ente administrador del Fondo Único de Salud, que será gobernado por un directorio técnico similar al del Banco Central de Reserva, cuyos componentes son nombrados por el Congreso de la República, contratará a través de los denominados acuerdos de gestión con los diferentes establecimientos o instituciones. Estos acuerdos contemplarán indicadores y metas explícitas a cumplir por los proveedores en la atención a una población de responsabilidad asignada a ese establecimiento o institución.

3. Participación social y democrática

El régimen institucional del sector salud atiende la provisión de servicios, pero no la dimensión amplia de la formación de voluntades colectivas plasmadas en políticas públicas, porque su organización está centrada —y mal— en la gobernanza, esto es en la gestión de sus aparatos proveedores, y soslaya la dimensión de la gobernabilidad, o relación Estado-sociedad. La Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado (SNCDS, Ley N° 27813) no resuelve la segmentación, tampoco compatibiliza con la descentralización y, por último, regatea la participación social y concertación con la sociedad civil. Es más una ley de coordinación intrasectorial, promovida desde un enfoque sectorialista, que requiere una reformulación global si se desea que existan consejos de salud que sean órganos de formulación concertada de políticas de salud, debiendo éstos, además, insertarse en el marco establecido por el proceso de descentralización.

A estas alturas es evidente el desfase del Sistema Nacional Coordinado Descentralizado de Salud, y por tanto el nuevo gobierno tiene en dicha estructura inefectiva de consejos un escollo para desarrollar un buen gobierno. Dada la necesidad de procesar en paralelo una reforma que termine con la segmentación, modernice la gestión y expanda el acceso a la salud, la nueva institucionalidad debe expresar esta voluntad de cambio y apertura, a expresarse en un nuevo Sistema Nacional Descentralizado y Participativo en Salud. Para ello se propone la modificación de la Ley del SNCD e instalación de un nuevo Consejo Nacional de Salud (CNS), con funciones claras y composición amplia de la sociedad civil, abriendo la renovación del sistema de consejos nacional, regionales y provinciales de salud; la convocatoria por parte del CNS de la Conferencia Nacional de Salud, a realizarse dentro de seis meses, para la concertación entre el Estado y la sociedad, de las políticas y metas a lograr en el nuevo quinquenio; y que haya un mensaje al sector y al país del nuevo ministro de Salud y su equipo ministerial, en una Asamblea de Salud a citarse en 45 días a partir del 28 de julio de 2006.

Por otro lado, se requiere fortalecer los Consejos Locales de Administración de Salud (CLAS), pero modificar su orientación centrada en la oferta de servicios, transformándolos en Comités Locales de Desarrollo sin perder sus atribuciones sobre los servicios locales del Minsa y dentro del enfoque que integre las instancias de concertación temáticas, como las de salud, en las instancias de concertación del desarrollo territorial tipo CCL y CCR.

4. Política de recursos humanos en salud

El panorama que se vive en el campo de los recursos humanos en el sector salud en el Perú es el resultado de un ciclo largo de retroceso, el cual empezó en la década de los noventa y que ha terminado por llevarlo a una situación de relativa ingobernabilidad y de precarización salarial y laboral que se contraponen cada vez más con la posibilidad de un mejor desempeño global del sistema de salud.

La opción general de política propuesta es la de recuperar la gobernabilidad y mejorar el desempeño con desarrollo humano.

Intervenciones propuestas relacionadas con el ámbito de la rectoría y la gobernabilidad del campo de recursos humanos

- Formular participativamente las nuevas políticas de gestión y desarrollo de RHS en una Conferencia Nacional sobre Recursos Humanos, con los colegios profesionales y sociedad civil.
 - Impulso a un nuevo marco normativo laboral integral en salud, en correspondencia al marco de empleo y carrera pública.
 - Planificación estratégica de recursos humanos en salud, incentivos salariales para servicio en provincias y revalorización del trabajo de los agentes.
 - Planificación estratégica interinstitucional de recursos humanos en salud entre Minsa, EsSalud y Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales.
-

Intervenciones propuestas relacionadas con el ámbito de formación y capacitación

- Contención de la multiplicación de facultades de ciencias de la salud por la vía de la acreditación y la planificación. Para esto se requiere cambiar la Ley Universitaria. Además, cabe aclarar que lo que se requiere es la habilitación obligatoria de las universidades y no sólo un esquema de acreditación voluntaria y autorregulada, el cual ha demostrado su total inoperancia para regular dicho mercado.
 - Regulación del sistema de segunda especialización médica y de los postgrados y especializaciones de todas las profesiones de las ciencias de la salud desde el perfil de las plazas a contratar o nombrar por los demandantes (Minsa, EsSalud, Sanidades, privados).
 - Establecimiento de un fondo o porcentaje del presupuesto anual para capacitación, para el desarrollo profesional continuo por competencias.
-

Intervenciones propuestas relacionadas con el ámbito del trabajo

- Trabajo decente y productivo: nombramiento de contratados por méritos y establecimiento de un sistema de evaluación del desempeño.
 - Revisión y reordenamiento del escalafón, trabajado interinstitucionalmente entre Minsa-EsSalud-Sanidades.
 - Concertación sectorial para requerimiento de mayor espacio fiscal para salud y metas remunerativas reales.
 - Política de diálogo permanente y reconocimiento al mérito.
 - Política de concertación y negociación.
-

Este breve trabajo presenta propuestas en relación con las políticas de salud para el periodo 2006-2011 en cuatro áreas clave: promoción de la salud, aseguramiento universal, recursos humanos y participación ciudadana. Sin duda, hay muchas otras áreas de la política de salud muy importantes, como las referidas a medicamentos, gestión hospitalaria, descentralización, financiamiento, organización de redes de servicios, sexualidad y reproducción, interculturalidad, atención en zonas rurales dispersas, reorganización institucional, entre otras. La estrechez de recursos nos impide explayarnos en todas estas áreas, sobre muchas de las cuales se han presentado propuestas recopiladas en "Políticas de salud 2000-2005" (P. Francke editor, CIES-DFID, 2001), "Políticas de salud para el siglo XXI" (J. Arroyo editor, CIES-Policy, 2002) y en "Hacia una reforma sanitaria por el derecho a la salud" (Forosalud, 2005).

Consideramos que estas cuatro áreas son centrales en las políticas de salud. La promoción de la salud y el aseguramiento universal constituyen las dos estrategias dirigidas directamente a atender los problemas fundamentales del derecho a la salud en el Perú: la persistencia e incluso agravamiento de factores sociales y ambientales que constituyen un riesgo para la salud, riesgos que son en gran medida evitables o reducibles y que afectan más a los pobres; y los problemas de falta de acceso a servicios preventivos y recuperativos de salud derivados de la falta de recursos económicos por parte de las mayorías, en un contexto de cobro de tarifas y medicamentos. La participación ciudadana, por su parte, además de ser pieza consustancial del derecho a la salud tal como lo ha establecido el reporte del relator especial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la salud, Dr. Paul Hunt, es un medio indispensable para transformar el aparato del estado y en particular los servicios de salud, de manera de que éstos recojan las necesidades y expectativas de la población y mejoren en calidad y equidad. Finalmente, los recursos humanos son el factor más importante en el funcionamiento de los servicios y sistemas de salud, y la falta de una reforma en este campo ha impedido muchos de los intentos de reforma en el pasado.

Ponemos a su disposición este esfuerzo, con la conciencia de que se trata de un primer intento, sin duda perfectible, de tratar en forma sistemática las posibles políticas de salud para el próximo quinquenio, y con la seguridad de que a través del diálogo podremos ir avanzando hacia mejores propuestas y consensos básicos sobre estos temas.

1. Promoción de la salud

Una política fundamental debe ser darle una importancia primordial a la promoción de la salud, atacando los determinantes sociales, económicos, políticos y ambientales de los problemas de salud antes que concentrarse en un enfoque curativo y recuperativo, que es ineficiente y muy costoso. La promoción de la salud, sin embargo, abarca un abanico muy amplio de ámbitos de acción e intervenciones. Debido a ello, se ha priorizado cuatro ámbitos de acción que nos parecen fundamentales: agua potable, nutrición, educación en salud y control de riesgos ambientales sobre la salud. Éstos son los ámbitos de acción priorizados por la II Conferencia Nacional de Salud (Forosalud 2004, págs. 30-31). Adicionalmente, se incluye un acápite sobre la promoción de la salud en las regiones y a nivel comunitario y local.

Estas intervenciones tienen efectos sobre determinantes importantes de riesgos fundamentales para la salud. En el caso del agua, es conocido su impacto sobre las enfermedades diarreicas y otras transmisibles, que constituyen una carga importante de enfermedad sobre todo en la infancia. Por otro lado, se estima que la nutrición explica hasta el 25% de la carga de enfermedad en los niños en los países en desarrollo. Un tema nutricional en particular es el referido a la anemia crónica en las mujeres en edad fértil cuyo porcentaje bordea el 31%; igualmente la obesidad y su efecto sobre las enfermedades cardiovasculares, diabetes y



Foto: CIES

otras. El tema de la educación en salud es, en buena medida, un tema transversal, ya que tanto el adecuado uso del agua, las prácticas de nutrición e incluso los temas medioambientales, así como muchas otras intervenciones de promoción en salud, dependen mucho de este factor. Finalmente, el tema medioambiental ha adquirido cada vez mayor importancia en los últimos años. También en este caso el tema se cruza con algunos de los anteriores, ya que en particular el tema del agua puede considerarse también un tema de riesgos ambientales sobre la salud. Sin embargo, en este caso nos concentramos en la contaminación ambiental y los desechos tóxicos.

1.1 Diagnóstico

a. Agua

De acuerdo con la Enaho 2003-2004, el 64,4% de hogares peruanos cuenta con acceso a la red pública de agua potable, el 4,1% por medio de pilón de uso público, y el 3,5% mediante camiones cisterna u otro similar. El 5,9%

de las viviendas utiliza pozos, mientras que el 18% se abastece de ríos, acequias o manantiales. Finalmente, el 4,1% sustrae el servicio de la red pública de la casa del vecino o se provee de agua gracias a las lluvias o la nieve derretida.

En el caso de Lima y Callao, el 85,5% de los hogares tiene acceso a la red pública, y el 8,1% se abastece de camión, cisterna u otro similar. El pilón de uso público, y el uso de la red pública de la casa del vecino representan 3,2% y 2,4%, respectivamente.

En el nivel urbano nacional la cobertura es del 81,1% y en el rural es de 33,2% (se considera el porcentaje de familias que cuentan con conexión a la red pública dentro o fuera de la vivienda). Por otro lado, las regiones con menor acceso a la red pública son Puno (26,8%) y Pasco (31,4%).

Foto: CIES



Por razones de género, las mujeres son las principales responsables y ejecutoras del trabajo doméstico, por lo que las formas de acceder al agua, determinan una mayor o menor carga de trabajo y consecuencias en su salud. Por ejemplo, cuando lavan ropa propia o ajena y el trabajo lo hacen en el exterior de la vivienda, expuestas a condiciones climáticas, es común que presenten dolencias como reumatismo y artrosis.*

Por su parte, Apoyo Comunicaciones (2001: 255) sostiene que sólo el 22% de la población rural contaba con servicios de saneamiento, en tanto dicho servicio para el ámbito urbano alcanzaba al 67% de la población. Contaban con saneamiento domiciliario 1'798,100 per-

sonas (22%), unas 1'388,000 se servían in situ (18%)¹, y la gran mayoría, 4'735,000 personas (60%), carecían del servicio. A 1999, en el nivel de hogares rurales, sólo el 3,5% tenía servicio higiénico con "red dentro de la vivienda"; el 0,1% con red fuera de la vivienda; el 30,5%, pozo ciego; el 16,7%, pozo séptico; el 2,3% utilizaba río o acequia, mientras que el 46,9% carecía del servicio.

La información por distritos a 1998, según una encuesta del INEI, muestra que 1,634 distritos contaban con el servicio de agua potable a través de red pública, con una cobertura nacional de 90,1%, mientras que 178 distritos carecían de él. En cuanto a desagüe, 1,135 distritos contaban con el servicio (62,7% del total) y 677 no.

Abastecimiento de agua	1997	1998	1999	2000	2001 ^a	2003/2004	2005 ^c
Red pública dentro de la vivienda	54.8	58.8	60.2	59.9	60.8	64.4 ^b	63.6
Red pública fuera de la vivienda pero dentro del edificio	4.4	4.4	5.2	5.6	2.9		3.4
Pilón de uso público	4.4	4.4	4.7	3.5	4.8	4.1	4.8
Pozo	5.9	6	4.7	7.7	6.3	5.9	7.4
Camión cisterna u otro	3.2	3.3	2.1	4.1	4.6	3.50	3.9
Río, acequia, manantial	21.4	18.8	16.9	14	15.6	18	12.6
Otra	5.9	4.3	6.2	5.2	5	4.1	4.2
Total	100	100	100	100	100	100	100

a/ Las cifras del 2001 no son estrictamente comparables con la serie 1997-2000, debido a los cambios metodológicos en los siguientes puntos: ampliación de la muestra a 18,824 hogares (en los dos años anteriores, la muestra era de alrededor de 4,000 hogares); incorporación de un nuevo marco muestral sobre la base del pre-Censo de 1993 (anteriormente la referencia era el Censo de Población y Vivienda de 1993); corrección de las no respuestas para Lima Metropolitana basada en información socioeconómica de empresas de estudios de mercado.

b/ Este dato incluye tanto la red pública dentro de la vivienda como la red pública fuera de la vivienda pero dentro del edificio.

c/ Las cifras del 2005 pertenecen al Censo Nacional de Población y Vivienda. Resultados preliminares.

Fuente: INEI-Enaho IV Trim. 1997-2001, Enaho 2003/2004, Censo 2005.

b. Nutrición

- Uno de cada cuatro niños peruanos menores de cinco años sufre de desnutrición crónica.
- El 11% de los niños menores de cinco años tiene deficiencia subclínica de vitamina A.
- El 50% de los niños menores de cinco años y el 69% de los niños menores de dos años son anémicos (Encuesta Demográfica y de Salud Familiar-Endes, 2001: 186) y
- El 32% de las mujeres en edad de procrear es anémica (Endes, 2001: 185).

El ritmo de progreso ha sido desigual, y en el caso de la desnutrición crónica, lento. Después de registrarse reducciones significativas en la presencia de la desnutrición crónica en la primera mitad de los noventa (cuando cayó de 37% en 1992 a 26% en 1996), la proporción de niños peruanos menores de cinco años que sufren de desnutrición crónica se ha estancado.

Remarcando la gravedad de la desnutrición crónica en niños menores de cinco años, es importante notar que si bien la tasa promedio para los niños menores de cinco

* Bravo, Rosa. Las Metas del Milenio y la Igualdad de Género. El caso de Perú. CEPAL. Serie Mujer y Desarrollo 55. Santiago de Chile 2004. Pág. 17.

1/ Tanques sépticos, letrinas con descarga, letrinas secas, letrinas simples y otras tecnologías.

años es de 26%, la tasa de desnutrición crece fuertemente con la edad. En efecto, de acuerdo con la Endes 2000, la desnutrición crónica es de apenas 4% en los cero y seis meses, pasa a 11% entre los seis y 12 meses, salta a 27% entre los 12 y 36 meses, para estabilizarse encima del 30% entre los 36 y 60 meses de edad.

El otro problema nutricional gravísimo —hoy las pruebas son contundentes— es el de la anemia. Según la Endes, las tasas de anemia en niños menores de cinco años superan el 50%, y son aún más graves entre los menores de dos años. Un estudio reciente del INS-Cenan ratifica cifras muy elevadas de anemia, encontrando departamentos donde la incidencia de anemia en niños supera el 80%. El problema es claramente mucho más grave en las zonas rurales. De acuerdo con la Endes 2000, la desnutrición crónica infantil es de 13% en zonas urba-

nas y 40% en zonas rurales, es decir, el triple. El 47% de los niños desnutridos está en la sierra rural, y más de las dos terceras partes en las zonas rurales en general.

Asimismo, las deficiencias en la desnutrición constituyen la cuarta causa de mortalidad para las mujeres y la décima para los hombres*, situación que para ser revertida, requiere además de modificar los hábitos alimenticios o aumentar el ingreso per cápita, considerar si lo que se ingiere está de acuerdo con el desgaste que ocasionan los múltiples roles que desempeñan varones y mujeres, el número de hijos, el espaciamiento entre éstos, las costumbres sobre quién debe alimentarse más aún en contextos de escasez, entre otras.

Estos problemas coexisten con un nuevo problema: la obesidad, que está aumentando peligrosamente, incluso en sectores populares.

Desnutrición crónica y aguda 1992, 1996, 2000

Rangos de edad (meses)	ENDES 1992		ENDES 1996		ENDES 2000	
	Desnutrición Crónica	Desnutrición Aguda	Desnutrición Crónica	Desnutrición Aguda	Desnutrición Crónica	Desnutrición Aguda
01-05	6.3	1.4	5.4	1.3	3.9	1.0
06-11	16.9	1.5	14.5	1.3	11.4	1.4
12-23	33.1	3.1	31.5	2.0	26.7	1.7
24-35	43.2	1.2	25.5	1.1	27.2	0.7
36-47	45.4	0.7	30.2	0.6	30.9	0.6
48-59	48.8	0.9	30.3	0.7	30.3	0.8

Fuente: ENDES 1992, 1996, 2000.

* Cálculos por OPS a partir de los certificados de defunción del menor 1996-1998.

c. Educación en salud

El plan de estudios y la currícula de la educación básica trata muy débil, desarticuladamente y con enfoques inadecuados el tema de la educación en salud. Las reformas curriculares del último decenio no han resuelto estos problemas, y el tema no es prioritario en los materiales educativos y cursos de capacitación del Ministerio de Educación. En los últimos años, adicionalmente, se ha debilitado la dirección y presencia de la educación en salud sexual y saludreproductiva.

En el Ministerio de Salud, la educación sanitaria y la promoción de la salud han tenido un curso ascendente en los últimos años; los diferentes programas de salud y la Dirección Ejecutiva de Participación Comunitaria han venido realizando esfuerzos para que la educación sanitaria llegue a las personas. No obstante, el enfoque de atención de salud sigue centrado principalmente en lo curativo y los recursos asignados se dirigen mayoritariamente a este rubro. Tampoco se han hecho esfuerzos significativos por introducir estos temas de manera sistemática en los medios masivos de comunicación, ni siquiera en los que son de propiedad del Estado peruano.

Tal vez la campaña de educación sanitaria más importante fue aquella que surgió en respuesta a la epidemia

del cólera en los noventa: "lavarse las manos, hervir el agua y consumir alimentos bien cocidos". También hay campañas de educación sanitaria en el caso de enfermedades específicas, como la leptospirosis en Cajamarca en el 2004, o campañas diversas contra el SIDA.

Algunas ONG trabajan el tema de educación sanitaria, pero principalmente como líneas de acción dentro de proyectos más amplios.



Foto: CIES

d. Medio ambiente

Los efectos de la contaminación del medio ambiente sobre la salud son también múltiples y variados, por lo que aquí ponemos énfasis en algunos de los principales, por la magnitud de población afectada y de los daños que se están produciendo. A continuación presentamos algunos de los principales problemas sobre los cuales hay información:

Contaminación del aire en Lima

Entre 1967 y 1980, la población de Lima y Callao estaba expuesta a concentraciones de partículas suspendidas totales (PST) diarias de menos de 150 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ (OPS, 1982). En cambio, en el 2000 la población regularmente estaba expuesta a concentraciones diarias de PST por encima de 150 $\mu\text{g}/\text{m}^3$, hasta un máximo de 298 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ (DIGESA, 2003), los estándares internacionales al respecto indican que el límite permitido debe ser de 75 $\mu\text{g}/\text{m}^3$. El incremento del parque automotor, de 606,000 en 1990 a 1,28 millones en el 2001, es la causa más importante de esta situación: de acuerdo con el Fondo Nacional del Ambiente (FONAM, 2003), sólo en Lima y el Callao hay

cerca de 61,000 autobuses y combis, 190,000 automóviles y 45,000 mototaxis.

Mediciones para Lima Metropolitana en el periodo 1996-2000 muestran que las concentraciones de dióxido de nitrógeno NO_2 , dióxido de azufre SO_2 , PST superan los estándares internacionales. Parte del problema está en la definición de estándares: los estándares nacionales que establecen los niveles máximos permisibles de anhídrido sulfuroso son de 572 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ día, cifra que excede largamente el nivel propuesto por la OMS de 250 $\mu\text{g}/\text{m}^3$ día.



Foto: CIES

Contaminación del aire en otras ciudades

Ilo es un caso representativo, pues tiene contaminación del aire causada por la industria minero-metalúrgica, la industria pesquera y la industria termoeléctrica.

Monitoreo de emisiones de SO₂ en Ilo, 1999-2001

Estación Miramar	Periodo de muestreo			OMS				Perú MEM	
	Fecha	Horas	Días	No. de horas sobrepasadas		No. de días sobrepasados		No. de días sobrepasados	
				Horas	(%)	Días	(%)	Días	(%)
1999	1 Ene. - 31 Dic.	7930	327	613	8	90	28	15	5
2000	1 Ene. - 31 Dic.	8260	344	596	7	90	26	12	3
2001	1 Ene. - 30 Jun.	4078	167	183	4	25	15	2	1

Nota: La estación Miramar se encuentra en el centro de la ciudad de Ilo.

Limite Máximo Permisible OMS: 350 ug/m² para 1 hora y 125 ug/m² por 1 día.

Limite Máximo Permisible Perú-MEM: 572 ug/m² por 1 día.

Fuente: Municipalidad Provincial de Ilo. Resumen de la exposición del Proyecto Ilo Aire Limpio, realizada durante el Seminario Taller Nacional Ciencia y Tecnología frente a la Contaminación Atmosférica Lima, setiembre de 2001.

En el caso de La Oroya, las emisiones de plomo son un problema particularmente grave.

Resumen de los resultados del estudio de plomo en la sangre en La Oroya

Niveles de Plomo la sangre (pg dL)	Porcentaje y número de niños en ese nivel (total: 346 niños)	
0 - 10	0,9	3
10,1 - 20	13,3	45
20,1 - 44	67,0	234
44,1 - 70	18,3	62
> 70	0,6	2

Sólo el primer nivel está permitido por la OMS.

El cuadro anterior muestra que de los 346 niños evaluados en La Oroya, el 99% mostró niveles de plomo en la sangre mayores que los permitidos por la OMS. En la actualidad, la empresa Doe Run está solicitando la poster-

gación por cuatro años de las inversiones a las que se ha comprometido en su PAMA (plan de manejo ambiental) para reducir las emisiones que realiza de plomo y otros metales al ambiente.

e. Promoción de la salud a nivel local

Gran parte de una política de promoción de la salud debe aplicarse a nivel local y/o comunitario. Las soluciones a los problemas de agua potable y saneamiento en zonas rurales deben desarrollarse en ese ámbito. Para ser efectivas, las estrategias de vigilancia nutricional, promoción de hábitos alimenticios y de cuidado de la salud, y de educación sanitaria en general, requieren un contacto directo y una relación permanente con las familias, que debe organizarse a nivel comunitario y desde los enfoques de género e interculturalidad. Los problemas medioambientales muchas veces son de nivel local. Todo esto

hace que una estrategia de promoción de la salud debe dar mucha importancia a la acción a este nivel.

En el Perú hemos tenido muchas experiencias locales y regionales de promoción de la salud, desde la organizada por Núñez Butrón en Puno sesenta años atrás. En las últimas décadas, han habido diversas experiencias, promovidas fundamentalmente por la cooperación internacional y las ONG, incluyendo diversos actores: municipios y escuelas saludables, redes comunales de vigilancia nutricional, organizaciones de mujeres promoviendo la salud, y en particular los derechos en salud sexual, reproductiva, etc. En el país existe una extensa red de promotoras y promotores de salud, con presencia en todas las regiones, pero gran parte de su colaboración consiste en extender los servicios recuperativos y preventivos, antes que buscar reducir los factores de riesgo.

A pesar de ello, no hay una política fuerte respecto de la promoción de la salud a nivel local y comunitario. Sólo recientemente el Ministerio de Salud ha establecido una Dirección de Promoción de la Salud, y más recientemente aún las direcciones regionales de salud tienen una persona encargada del tema. Está ausente todavía una política que impulse fuertemente la promoción de la salud y que establezca con nitidez el rol primordial que debe cumplir dentro de un modelo de atención integral en salud a nivel de redes y microrredes, y en relación con los distintos actores públicos y privados en salud.

Foto: CIES



1.2 Opciones de política

Las opciones de política fundamentales se refieren a enfrentar este problema en forma decidida y prioritaria, enfrentar prioritariamente algunas de estas áreas o mantener el *statu quo*.

OPCIÓN 1:

La promoción de la salud tiene un gran impulso con una política comprehensiva

En esta opción, la promoción de la salud se convierte en una de las primeras prioridades del sector, convirtiéndose en una de las actividades principales de la alta dirección del Minsa y del conjunto del sector. El ministerio organiza un equipo de promoción de la salud sólido con expertos capaces de proponer y dialogar alrededor de políticas de agua, nutrición, educación y medio ambiente, reforzando a la DIGESA. El ministro del ramo dedica buena parte de su agenda y fuerza política al diálogo intersectorial e interinstitucional, posiblemente estableciéndose un organismo multisectorial para este tema. La promoción de la salud pasa a tener un rol central en las relaciones con los gobiernos regionales y es incluida en los acuerdos de gestión, promoviendo una acción intersectorial a nivel regional al respecto y el fortalecimiento de las direcciones regionales de salud ambiental. Hay una política única entre

quienes hoy son Minsa, EsSalud y las Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales, y hay iniciativas fuertes para que el sistema de salud desarrolle promoción de la salud en todo el país.

Esta alternativa demanda un alto esfuerzo dirigencial y un fuerte liderazgo; implica cambiar el rostro a la política de salud e incorporar a la dirección sectorial otras habilidades y perfiles profesionales. Sin duda, es una alternativa que tendrá altibajos en sus resultados, con avances fuertes en algunas áreas y menores logros en otras, como corresponde a un proceso de aprendizaje. Tendría enormes impactos sobre los niveles de salud, en particular de los más pobres.

OPCIÓN 2:

La promoción de la salud sigue avanzando con un perfil bajo, concentrada en lo comunitario y sin fuerza en lo intersectorial e interinstitucional a nivel nacional

Otra opción es que la promoción de la salud siga siendo un esfuerzo básicamente en el nivel local, de algunas redes con apoyo de ONG y cooperación internacional, pero sin llegar a trabajar con fuerza las políticas nacionales intersectoriales e interinstitucionales. Esta orientación podría ir reforzando el tema de la promoción de la salud a nivel local y comunitario, incorporándolo más como parte del trabajo de redes y microrredes y en las direcciones regionales de salud. Algunos gobiernos regionales avanzarían en esfuerzos multisectoriales, principalmente a partir de su propia iniciativa.

Esta opción no requiere grandes cambios, pero también limita los impactos sobre la salud pública.

OPCIÓN 3:

La promoción de la salud se concentra en nutrición y hábitos saludables, incluyendo a nivel comunitario, estrategias de comunicación nacionales, y rectoría y liderazgo intersectorial e interinstitucional

Finalmente, una tercera alternativa sería concentrar las iniciativas de promoción de la salud del próximo periodo en los temas de nutrición y hábitos saludables, que son temas más cercanos a los conocimientos y prácticas de los profesionales y altos funcionarios de salud. Tal política incluiría tanto la promoción a nivel comunitario como iniciativas fuertes a nivel nacional con medios de comunicación, así como una articulación regional en torno a la problemática de la alimentación. A nivel nacional, se desarrollarían campañas comunicacionales fuertes y un trabajo intenso de relacionamiento con otros sectores públicos y privados.

Esta opción requiere que estas áreas sean reforzadas y haya mayor liderazgo del Ministerio de Salud, pero no requiere cambios mayores en el equipo dirigencial o en el perfil profesional del ministerio. Puede tener impactos importantes sobre el nivel de salud, dada la magnitud de los problemas nutricionales, pero deja de lado otros problemas que deben afrontarse antes que la inacción permita su agravamiento (como el medioambiental).

1.3 Análisis de costo y beneficio de las opciones de política

Existen muchos estudios internacionales que indican que las actividades de promoción de la salud, y en particular las sugeridas —agua y saneamiento, nutrición, educación sanitaria, control medioambiental—, son altamente costo-efectivas. Ya la idea de la Atención Primaria de la Salud de Alma-Ata incorporaba la idea de que actividades orientadas a reducir los riesgos sobre la salud, antes que curar, eran adecuadas para los países en desarrollo precisamente por su bajo costo y altos impactos sobre el estado de salud de las poblaciones.

Las intervenciones de promoción de la salud no solamente son costo-efectivas, es decir, que logran grandes mejoras en la salud —prolongamiento de la esperanza de vida, disminución de muertes evitables, reducción

de discapacidades—, sino que además muchas veces son incluso económicamente rentables para el sector salud, al disminuir la morbilidad y las necesidades de atención del sistema de salud en su área curativa y recuperativa.

Diversos estudios han mostrado que el acceso a agua potable y saneamiento tiene altos impactos de reducción de las enfermedades diarreicas agudas en niños, del mismo modo como epidemias como el cólera lograron altos niveles de transmisión debido a la falta de estos servicios en muchos sectores de la población. En zonas rurales también se ha mostrado que reducen los tiempos que las mujeres y niños dedican al acarreo del agua, resultando por ello socialmente rentables.

1.4 Obstáculos para la implementación

a. Agua

Esta es una inversión altamente costosa en términos económicos, particularmente en grandes ciudades donde es necesario ampliar redes e incluso desarrollar proyectos de captación de agua, aunque de alta rentabilidad social. Parte de los costos en estas ciudades pueden ser financiados por el sector privado mediante una estrategia inteligente de concesiones para la ampliación de fuentes y redes de abastecimiento que asegure el derecho al agua de quienes carecen de recursos económicos para pagar todos sus costos. Por otro lado, la construcción de proyectos en zonas rurales es menos costosa pero hay una gran necesidad pendiente de atender y tiene a la fecha un problema de sostenibilidad, siendo necesario reforzar el fortalecimiento de capacidades locales de gestión de los sistemas de agua y establecer un organismo nacional encargado de apoyar esas iniciativas, así como de evaluarlas y supervisarlas.

De otra parte, la ampliación del abastecimiento de agua potable se trata de una medida sin costos políticos y más bien con muchos réditos políticos. Los problemas vienen cuando se proponen cambios institucionales —que son a veces necesarios—; particularmente delicada es la relación entre el gobierno central y los municipios que hoy son los legalmente responsables del tema (salvo en Lima) y que conforman los directorios de las empresas de agua en provincias. Solamente la opción de una privatización completa genera amplias resistencias; sin embargo, la experiencia de la concesión de captación de aguas del río Chillón para Sedapal muestra que concesiones para ampliar el abastecimiento no tienen esos problemas (en todo caso, las resistencias serían mucho menores). Algunas candidaturas, en el pasado y actualmente, buscan capturar esta atención

de la ciudadanía sobre el tema. Esto la posiciona como una iniciativa en la que el respaldo político debe ser la base para la búsqueda de recursos económicos. Un problema fundamental al respecto es garantizar una gerencia capaz que maneje la empresa con transparencia y eficiencia, lo que en el caso de las EPS regionales demanda un cambio institucional en la forma como son dirigidas, lo que sí puede generar resistencias políticas al implicar cambios en la distribución del poder sobre esas empresas.

El control de la calidad del agua puede enfrentar enemigos políticos, particularmente alrededor de las burocracias de las empresas de agua, pero puede tener como aliados a la sociedad civil, organismos internacionales (OPS) y Sunass. En cualquier caso, es un tema que también convoca una fuerte adhesión ciudadana.

Por su parte, la necesaria educación en el uso del agua es menos rentable políticamente pero también menos costosa; tampoco tiene enemigos políticos y puede tener aliados en empresas privadas que venden jabón (hay una experiencia al respecto). Las direcciones regionales de salud tienen aquí un rol que jugar.

La mayor dificultad desde salud es que el agua potable y saneamiento aparece como ajeno al sector; de hecho, institucionalmente es parte del sector vivienda. Si el sector salud puede ser un fuerte aliado de vivienda al momento de insistir por prioridad y recursos para agua potable y saneamiento, por otro lado puede aparecer contrario si señala las deficiencias en la calidad de agua de Sedapal. La estrategia clave en este caso es lograr una alianza firme con el sector vivienda, y a partir de ahí ampliar alianzas hacia organismos internacionales (OPS-CEPIS, BM) y el sector privado.

b. Nutrición

Los problemas nutricionales generan una amplia simpatía ciudadana, sobre todo cuando existe un serio problema al momento de definir las políticas para combatir la malnutrición, debido a que: i) el sentido común es que el problema nutricional es de falta de alimentos, y, por tanto, la alternativa es repartir alimentos o esperar a que se resuelva el problema de la pobreza; cuando los problemas principales son de conocimientos y prácticas mayoritariamente de las mujeres encargadas tradicionalmente del rol de cuidado de la prole, agua y saneamiento, y acceso a algunos micronutrientes; ii) junto al sentido común, el "sentido político" indica que repartir alimentos es una acción que rinde más réditos políticos que el realizar charlas o eventos de capacitación, o que establecer la obligatoriedad de reforzar alimentos (como el que la harina de trigo esté reforzada por hierro). La comunión del sentido común con el sentido político han llevado a que los programas públicos estén más orientados a repartir alimentos que a combatir la malnutrición.

Foto: CIES



Las intervenciones de educación y capacitación de madres y padres de familias en general no son demasiado costosas y son altamente rentables en términos sociales (ver más al respecto en siguientes acápite). Insistir en el reforzamiento con micronutrientes de alimentos de venta en el mercado y provistos por los programas sociales tampoco acarrea mayores costos económicos ni políticos. Otras estrategias, como asegurar la entrega e ingesta de hierro y calcio por gestantes, que ya está incorporado en el SIS, es también barato, aunque demanda un mayor esfuerzo institucional para convencer a médicos y profesionales de la salud de la conveniencia de esta medida como preventiva y universal.

En este caso, es clave lograr una coalición con el Mimdes y el sector educación. A partir de ello, desarrollar alianzas con el sector privado, en particular alrededor de estrategias de comunicación masiva. Las redes de organizaciones de mujeres existentes —vaso de leche, comedores populares, clubes de madres— deben ser aprovechadas como medios para llegar a las familias con los mensajes necesarios, al mismo tiempo que se mejora los programas para que el apoyo alimenticio que brindan tenga los micronutrientes necesarios y no contribuya a la obesidad.

El diseño institucional tiene que resolver el tema de la relación entre los organismos centrales —Minsa, Mimdes— con los gobiernos locales, a quienes se está transfiriendo los programas alimentarios y nutricionales, y con los gobiernos regionales, que tienen un rol clave en la gestión de las políticas de salud y educación. Los gobiernos regionales, y en particular las direcciones regionales de salud, deben asumir un rol de liderazgo en la reorientación de los programas alimentarios y de la política nutricional.

c. Educación en salud

El principal problema por el que se ha desarrollado tan poco la educación en salud es la escasa prioridad otorgada al tema, tanto por parte de las autoridades educativas como de las de salud (solamente en el caso de la salud sexual y reproductiva han habido esfuerzos sostenidos, que han originado cambios importantes en las últimas décadas, a pesar de la resistencia de sectores religiosos conservadores). No hay resistencias explícitas a esta política, aunque la otra dificultad de este cambio es su implementación: es necesario capacitar a decenas de miles de maestros. Aliados fundamentales deben ser los padres y madres de familia y sus asociaciones, así como las organizaciones de mujeres.

En ese sentido, la estrategia desde salud debe incluir la sensibilización de autoridades y opinión pública



Foto: CIES

especializada sobre la importancia del tema (por ejemplo, mostrando los logros de proyectos realizados por ONG al respecto); hacer incidencia sobre el Ministerio de Educación y directores regionales de educación; y hacer que los propios profesionales de salud se conviertan en educadores de salud. La relación con colegios y centros educativos debe ser

parte del trabajo regular de promoción de la salud de redes y establecimientos de salud; las atenciones de salud y alimentación en colegios deben servir para tener espacios o momentos de educación en salud. Los textos escolares deben ser un vehículo privilegiado, ya que permiten transmitir contenidos de manera rápida y masiva.

d. Medio ambiente

La política medioambiental tiene como una de sus grandes motivaciones el reducir los riesgos sobre la salud, aunque no la única. El Perú ha avanzado en los últimos años lentamente en su política medioambiental, y la reciente ley aprobada por el Congreso de la República es un nuevo avance, aunque en algunos aspectos no se lograron aprobar elementos importantes, como el establecer los estándares de la OMS como los adecuados en caso de que no haya estándares nacionales. Por otro lado, las reglas sobre protección de inversiones que incluiría un potencial Tratado de Libre Comercio con los Estados Unidos pueden hacer más difícil y costoso para el Estado peruano establecer mejores reglas medioambientales y hacerlas cumplir, como los muestran varios casos en el NAFTA y el caso análogo de los reclamos de Luchetti contra el Perú en tribunales arbitrales internacionales.

En este caso, lo que se observa es que el sector salud ha estado ajeno a los esfuerzos por promover mejores regulaciones y estándares que permitan proteger el

medio ambiente y reducir los riesgos que la contaminación genera sobre la salud. Un ejemplo de regulación es la inexistencia de estándares para una serie de contaminantes, o el que en otros casos los estándares nacionales sean mucho más permisivos que los recomendados por la OMS sin que haya sustentación alguna al respecto. Por otro lado, problemas para hacer cumplir las normas —como la contaminación de plomo en La Oroya por la empresa Doe Run— no han merecido por parte del Ministerio de Salud un liderazgo claro, ni siquiera un pronunciamiento público, al respecto.

Así, la estrategia debe ser fortalecer las capacidades del Ministerio de Salud y de las direcciones regionales de salud para intervenir en esta área y desarrollar alianzas con las entidades gubernamentales encargadas del tema medioambiental (Conam) y organizaciones de la sociedad civil. Trabajar con los medios de comunicación para buscar el apoyo de la opinión pública es también fundamental; y en diversos casos deben y pueden buscarse alianzas con autoridades municipales y regionales.

e. Promoción de la salud a nivel local

Como se ha indicado, existe ya un esfuerzo importante a este nivel. Esta política no tiene resistencias mayores, salvo la tendencia histórica del sistema de salud peruano a centrarse en lo recuperativo e intramural.

Tampoco tiene costos económicos particularmente elevados. Las direcciones regionales de salud deben tener un rol importante al respecto.

1.5 Hoja de ruta: medidas sugeridas

a. Acceso y uso adecuado del agua potable

100 días:

- Elaborar el Plan Nacional para el derecho al agua potable y saneamiento, junto con sector vivienda.
- Iniciar campaña publicitaria en medios masivos de comunicación, sobre todo radios regionales y otros medios que lleguen a zonas rurales, sobre higiene y uso del agua.
- Elaborar propuesta para incluir capacitación en higiene y uso de agua dentro de modelo de atención integral de salud.

Un año:

- Realizar un diagnóstico general de la calidad del agua potable en el Perú.
- Educación a madres y padres en higiene y uso de agua es parte de modelo de atención integral de salud.
- Programa de IEC para la higiene en el hogar (lavado de manos, lavado de platos y utensilios de cocina, etc.), incluyendo propaganda en medios masivos de comunicación. Materiales educativos sobre el tema son repartidos en todos los centros de salud.
- Suscribir alianzas con gobiernos regionales y municipios.
- Realizar modificaciones legales para adecuar el marco institucional.

Cinco años:

- Implementación de un Plan Nacional para el derecho al agua potable mediante proyectos orientados al abastecimiento sostenible de agua.
- Programa especial para obras de agua potable en zonas rurales con financiamiento público.
- Programa especial para que todos los colegios tengan agua y desagüe, junto con incluir el tema en el contenido curricular, en particular en esos colegios.
- Fortalecimiento de capacidades de Diresas y redes para vigilar la calidad del agua que consumen los peruanos (potable y otra).

b. Educación en salud

100 días:

- Aprobar convenios con medios masivos de comunicación para difusión de programas con contenidos educativos en salud y nutrición. Iniciar el programa televisivo y radial de educación en salud en Canal 7-Radio Nacional.
- Establecer comisión mixta Minsa-Minedu sobre el tema de educación en salud.

Un año:

- Elaborar textos y materiales cortos sobre principales problemas de salud, y distribuirlos junto con textos escolares.
- Aprobar plan de capacitación a maestros en educación en salud y nutrición.
- Iniciar plan piloto de charlas y visitas periódicas de médicos y profesionales de la salud, en los colegios públicos.
- Iniciar programa piloto de educación en salud, a cargo de estudiantes de ciencias de la salud de últimos ciclos para organizaciones populares.

Cinco años:

- Incluir en la currícula de primaria y secundaria contenidos y metodologías adecuadas referidos a la educación en salud y nutrición a nivel nacional y regional, desde una perspectiva de género e interculturalidad.
- Sistema de charlas y visitas periódicas de médicos y profesionales de la salud, en los colegios públicos, funciona regularmente.
- Modificar y mejorar textos escolares con contenidos referentes a educación en salud y nutrición.
- Elaborar y distribuir textos educativos especializados sobre salud y nutrición a bibliotecas municipales y de colegios de todo el país.
- Capacitar a maestros en prácticas saludables, educación en salud y nutrición, primeros auxilios.
- Incorporar en los medios masivos de comunicación (periódicos, radios, TV) espacios educativos en salud, bajo supervisión del Ministerio de Salud.
- Organizar programa nacional de educación en salud, a cargo de estudiantes de ciencias de la salud de últimos ciclos, para organizaciones populares.
- Regular la publicación de periódicos y medios de comunicación con contenidos sobre salud, evitando la difusión de conocimientos no científicos.

c. Nutrición

100 días:

- Tener plan e iniciar estrategia de capacitación masiva a madres en nutrición.
- Aprobar norma estableciendo obligación de que el programa del vaso de leche sea reforzado con hierro y micronutrientes.

Un año:

- Cambiar alimentos entregados por PANFAR hacia un alimento orientado al grupo objetivo.
- Reforzar PACFO mejorando su actividad de promoción comunitaria, promoviendo producción regional de papilla y el contacto de las madres y comunidades con los establecimientos de salud.
- Modificar menú y forma de operación de comedores infantiles, asemejándolo al de Wawawasi y dirigiéndolo a ese grupo etario.
- Programa de capacitación a madres en nutrición está funcionando a nivel nacional.

Cinco años:

- Reorganización de programas alimentarios y nutricionales, en un solo programa que se oriente principalmente y cubra a todos los niños menores de tres años con necesidad, tengan un contenido de micronutrientes (particularmente hierro) adecuado, se vinculen al sistema de salud e incentiven los controles de salud.
- Programa nacional de capacitación en nutrición y estimulación temprana para madres y padres de familia, incluyendo medios masivos y aprovechando las redes sociales (vaso de leche, comedores populares) con ese fin.
- Educación en nutrición (ver acápite anterior) en el sistema educativo y los medios masivos de comunicación.
- MAIS incluye efectivamente consejería a madres sobre nutrición como parte de la atención integral del niño.
- Asegurar el complemento de hierro a todas las madres gestantes como parte del SIS y el MAIS. Establecer política respecto de otros micronutrientes (vitamina A, calcio).
- Investigación permanente de alimentos nacionales, hábitos alimentarios y sus efectos sobre la nutrición, identificando alimentos y prácticas a promover a nivel regional y nacional.
- Mejorar política de fortalecimiento obligatorio de algunos alimentos con micronutrientes.

d. Medio ambiente

100 días:

- Doe Run debe cumplir con sus compromisos en materia ambiental.
- Aprobar DS prohibiendo el asbesto.
- Resolución de problemas de contaminación por plomo en Callao y Carabaylo.

Un año:

- Establecimiento de estándares nacionales para contaminación, siguiendo las recomendaciones de la OMS.
- Establecimiento de revisiones técnicas a vehículos en Lima Metropolitana.
- Reforzamiento de Digesa y direcciones regionales de salud ambiental.

Cinco años:

- Implementación de plan de control y disminución de daños ambientales sobre la salud. Vigilancia permanente de niveles de contaminantes críticos en agua y aire, que se traduce en información al público y cambios legales e institucionales como respuesta a problemas detectados.
- Plan de Limpieza del Aire de Lima y otras ciudades con similar problema: cambios en contenido de contaminantes en combustibles, revisiones técnicas con estándares de contaminación mínimos al parque automotor y facilidades para la adecuación del mismo, y estándares y supervisión para las industrias críticas.
- Establecimiento de normas y vigilancia sobre salubridad en el trabajo, incluyendo control de contaminantes críticos y riesgos sobre la salud.
- Incorporación de industrias químicas y otras altamente contaminantes a sistema de PAMAs.

e. Promoción de la salud a nivel local

100 días:

- Plan de promoción de la salud se presenta oficialmente.

Un año:

- Primer Encuentro Nacional y curso de capacitación para promotores de salud.
- Acuerdos de gestión y planes de salud local (CLAS) incluyen iniciativas fundamentales de promoción de la salud.

Cinco años:

- Fortalecimiento de la Dirección de Promoción de la Salud a nivel nacional y regional, con liderazgo y rectoría sobre todo el sector.
- Formación de profesionales de la salud incluye promoción de la salud como una de las áreas fundamentales.
- Promotores de salud están organizados, capacitados y reciben "retribución" por su labor tras ser seleccionados y evaluados por la comunidad.
- Redes y microrredes incluyen promoción de la salud como un aspecto fundamental del MAIS y los planes de salud local.

2. Reforma sanitaria y aseguramiento universal

2.1 Diagnóstico

La situación sanitaria en el Perú es precaria. Así lo demuestran los indicadores básicos de mortalidad general, mortalidad infantil y materna, niveles de desnutrición y anemia, y la persistencia y reemergencia de enfermedades infectocontagiosas que ya fueron erradicadas en otros países. Y lo más grave es que un 25% de la población peruana, especialmente la más pobre y vulnerabilizada, está excluida del sistema de salud, lo cual afecta seriamente el desarrollo de capacidades de su capital humano además de afectar el derecho que tienen los ciudadanos de acceder a un estado de salud y bienestar pleno.

A lo largo de sus 70 años de institucionalidad, el sistema de salud peruano no ha logrado, a través de sus políticas, mejoras sustantivas en la situación de salud del país, salvo cortas excepciones como en la década de los cincuenta con la mejora de infraestructura en todo el país y la introducción de tecnología y avances terapéuticos, y en la década de los setenta con la ampliación de la cobertura y el gran impulso a la atención primaria de salud. Sólo en las últimas décadas, luego de la recuperación y reconstrucción de los establecimientos del primer nivel afectados por la insania terrorista, ha habido un intento de modernización, focalización, subsidio a la demanda y esfuerzos aislados de reforma que al no tener una visión sistémica no han tenido un impacto significativo, salvo el Programa de Salud Básica para Todos en 1994, iniciativa más bien del Ministerio de Economía y Finanzas que del de Salud, y la implementación del Seguro Integral de Salud (SIS) en el 2001, diseñado durante el gobierno de transición como Seguro Público de Salud, y luego desnaturalizado como SIS en la actual administración, lo que lo ha llevado a los serios problemas de sostenibilidad, subcobertura y filtración ya conocidos.

El gasto total en salud del Perú fluctúa entre un 4,6% y 4,8% del PBI, muy por debajo del promedio latinoamericano de 7,3%, y con un nivel similar a los países del Sub-Sahara y norte de África. Se estima en alrededor de US\$2,523 millones, cantidad significativa para un país con las restricciones económicas como el Perú². Sin embargo, sólo un 23% corresponde al gasto público, lo que equivale a un 2,8% del PBI. El mayor gasto está dado por los hogares con el 39%³. De este llamado "gasto de bolsillo" —poco racional y efectivo—, casi un 50% se destina a compra directa en farmacias y otro tanto que no



Foto: CIES

aparece siquiera en las cuentas es asumido por las mujeres que se encargan en el hogar del cuidado y la atención de los enfermos, esta es la forma más regresiva de financiamiento en salud; captura una mayor proporción del ingreso de las familias más pobres que de las más ricas, la mayor parte de las veces sin una clara racionalidad. Pero incluso el gasto público, siendo pequeño, es poco eficiente al estar fragmentado en una serie de instituciones que conforman cuatro subsistemas de salud que interactúan muy débilmente entre sí, permitiendo que existan a la vez personas no atendidas y capacidad instalada ociosa. Por un lado, el Ministerio de Salud; por otro, el Ministerio de Trabajo con EsSalud, luego el Ministerio de Defensa con las sanidades del Ejército, Marina y Aviación, todas con sus propios sistemas administrativos, y por último, el Ministerio del Interior con la sanidad de la Policía. A ello hay que agregar a los gobiernos regionales que tendrán a su cargo los establecimientos del sector salud de su región.

Esta segmentación además de cuadruplicar las inversiones, generar conflicto y desorden normativo, generar subsidios cruzados e incrementar la inequidad, no permite contar con un solo fondo público que permita diversificar el riesgo, y de esa manera ordenar la cobertura y ser menos onerosa para el tesoro público que coberturas institucionales para poblaciones pequeñas.

2/ Guzmán, A. Análisis Comparativo de Modelos de Aseguramiento Público y Propuesta de un Sistema Solidario de Seguridad Social en Salud. ForoSalud, CIES, 2003, Lima.

3/ Minsa-OPS. Base de Datos de Cuentas Nacionales en Salud 1995-2000.

El Minsa, que debería en esencia atender a los más pobres, tiene un alto nivel de filtración. Según un estudio del Proyecto 2000 con base en la Enniv 1997 encontró en consulta externa un 96% de filtración en centros y puestos de salud y de 95% en hospitales cuando la población objetivo fue pobre extrema⁴. Es decir, se calificó como pobre a alguien que no es pobre. Ese mismo estudio encontró en la consulta externa de los hospitales una subcobertura de 87%. Es decir se calificó de no pobre a alguien que es pobre. En el 2000, un 22,4% de asegurados de EsSalud, un 23% perteneciente a EsSalud y un seguro privado, un 25,5% de los que tenían seguro privado, y un 14,6% perteneciente a las Fuerzas Armadas o Policiales se atendieron en establecimientos del Minsa⁵.

Durante décadas el Estado, a través del Minsa, ha pretendido con diferentes estrategias llegar a los más pobres; sin embargo, pese a haberse triplicado el número de esta-

blecimientos y recursos humanos, una cuarta parte de la población —los más pobres y necesitados— no logra satisfacer sus demandas de salud, y si logra acceder a los servicios de salud, no cuenta con los medios para financiar su tratamiento, o invierte todo lo que tiene, afectando seriamente la economía de su hogar y recargando el trabajo doméstico que recae fundamentalmente sobre las mujeres(*).

Lo que se necesita es una gran Reforma Sanitaria que termine con la fragmentación institucional existente y que a través de un aseguramiento universal permita el acceso de toda la población a un sistema de salud orientado en especial a la prevención de enfermedades y a la recuperación de la salud, articulando la protección colectiva e individual y el esfuerzo complementario de actores públicos y privados para el logro de una salud integral con justicia social, equidad, calidad y eficiencia.

2.2 Opciones de política

A nuestro entender sólo existen tres opciones de política:

a. *Statu quo*

Una primera opción es continuar con un sistema de salud fragmentado como lo es actualmente, sin una rectoría plena, con un Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud (SNDCS) que no funciona y un Consejo Nacional

de Salud (CNS) con vacíos de función y no representativo. Con un SIS en serios problemas de financiamiento, filtraciones y subcoberturas, y con un cuarto de la población peruana sin acceso al sistema de salud.

b. Reforma sanitaria y aseguramiento universal

Es necesario realizar una gran Reforma Sanitaria, que permita un solo órgano rector —el Minsa—, y con solo un ente administrador-financiero de la salud individual que maneje un fondo único comprendido por los subfondos de todas las entidades públicas de salud, es decir Minsa, EsSalud y Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales.

Este fondo, cuando se consolide, contará con el aporte del tesoro público y con el aporte solidario de los asegurados que se encuentren en los dos quintiles menos pobres y que contribuirán con primas determinadas según su nivel de ingresos. En un inicio los asegurados de EsSalud y los empleadores seguirán realizando sus aportes correspondientes, pero éstos irán al fondo único y no perde-

rán ninguno de sus beneficios o pisos de aseguramiento actuales, lo mismo ocurrirá con los miembros de las fuerzas armadas y policiales. Pero luego el financiamiento del fondo por parte del Estado deberá ser exclusivamente a través de impuestos.

Al distribuir el riesgo en un volumen poblacional mayor, este fondo único permitirá, al inicio, que toda la población cuente con un Plan de Beneficios Básico Garantizado y Obligatorio —que comprenda una franja esencial de prestaciones promocionales, preventivas, curativas y recuperativas— determinado por los perfiles epidemiológicos nacionales y por consenso. Este plan tendrá necesarias diferencias regionales que harán posible atender epidemias o procesos infecciosos regionales

4/ Alvarado, B. Focalización de los recursos públicos en salud. La Salud Peruana en el Siglo XXI. Retos y Propuestas de Política, CIES, DFID, Policy, 2002, Lima.

5/ Petrerá, M. Tendencias en la utilización y financiamiento de los servicios de salud, 2003, Lima.

(*) En los hogares pobres y no pobres jefaturados por mujeres, éstas dedican entre 4 y 6 horas diarias al trabajo doméstico no remunerado. En pobreza y desigualdad desde una perspectiva de género. CEPAL. Panorama Social de América Latina, 2002-2003.

que causen una alta morbilidad y mortalidad. El que todos los aportes se agrupen en un fondo común permitirá contar, además, con un subfondo de catastróficas que proteja financieramente a los usuarios ante eventualidades médicas de alto costo curativo y recuperativo.

En el mediano plazo y de acuerdo con un necesario incremento en el gasto en salud, esta franja de beneficios podrá ir incrementándose. Aquellos que por sus condiciones socioeconómicas estén en condiciones de contribuir con primas al fondo, tendrán la posibilidad de contratar diferentes niveles de aseguramiento superiores al Plan de Beneficios Básico Garantizado Obligatorio del que gozaría toda la población.

La provisión de los servicios de salud se dará a través de muchos prestadores públicos y privados articulados en redes a lo largo de todo el territorio nacional. El ente administrador del Fondo Único de Salud, que será gobernado por un directorio técnico similar al del Banco Central de Reserva cuyos componentes son nombrados por el Congreso de la República, contratará a través de los denominados Acuerdos de Gestión con los diferentes establecimientos o instituciones. Estos acuerdos contemplarán indicadores y metas explícitas a cumplir por los proveedores en la atención a una población de responsabilidad asignada a ese establecimiento o institución. Los mecanismos de pago serán varios, desde capitación, para atenciones de menor costo y de cierta frecuencia,

por prestación, hasta grupos relacionados de diagnóstico (GRD), costo pacientes, y por caso en atenciones de mayor costo. El ente administrador permitirá, asimismo, racionalizar los recursos a través de un Comité de Inversiones, y realizar compras en volumen, por ejemplo de medicamentos, aprovechando la economía de escala. Esta administradora también implementará un Sistema de Identificación de Usuarios (SIU) para toda la población, partiendo de la base de datos del RENIEC, de EsSalud y de las sanidades de las fuerzas armadas y policiales. Igualmente un Sistema de Información con al menos nueve datos básicos: seis de tipo administrativo y tres de tipo clínico.

Por último, se creará un órgano fiscalizador, regulador y supervisor de todo este sistema, que además ejerza la defensa del usuario: la Superintendencia Nacional de Salud, creada sobre la base de la actual Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud (SEPS) y manteniéndose como un organismo público descentralizado del Minsa.

Esta división de funciones —rectoría a cargo del Minsa, el financiamiento a cargo de la administradora del Fondo Único de Salud, la prestación de servicios a cargo de establecimientos o instituciones públicas y privadas, y la regulación por parte de la Superintendencia Nacional de Salud— es un modelo que con mejor éxito que nuestra realidad funciona en diversos países del mundo.

c. Reforma parcial y seguridad social

Una última opción es la que implementaría una reforma parcial, en la que se agrupen sólo los fondos de EsSalud y del SIS. Este fondo será administrado por EsSalud y toda la población será incluida en un Seguro Social de Salud. Aquellos con ingresos recibirán la atención de todos los pisos de aseguramiento a través de EsSalud, y aquellos

que no puedan aportar serán inscritos en el SIS y recibirán sus atenciones, bajo un plan de beneficios a determinar, en los establecimientos del Minsa o en otros con los que se coordine un intercambio o prestación de servicios. Existiría una Superintendencia Nacional de Salud como órgano regulador del sistema y defensor del usuario.

2.3 Análisis de costos y beneficios de las opciones de política

La opción *statu quo* mantendría el desorden estructural y la fragmentación del sector, lo cual perennizaría la poca eficiencia en el uso de los escasos recursos del tesoro público sin lograr que todos los ciudadanos tengan acceso al sistema de salud. El futuro de EsSalud sería incierto, pues, de continuar la brecha entre ingresos y egresos, con una cobertura en descenso debido principalmente a informalidad, evasión, poca cultura de

aseguramiento entre otros, y la no delimitación de sus planes de aseguramiento para hacer factible su financiamiento, lo llevará a una crisis financiera en el mediano plazo, según se desprende del estudio financiero-actuarial de EsSalud realizado por la Oficina Internacional del Trabajo en el 2005⁶.

La sostenibilidad del SIS, por otra parte, se hace cada vez más difícil dado el recorte presupuestal del Minsa

6/ Durán, F. Estudio financiero-actuarial y de la gestión de EsSalud Perú: análisis y recomendaciones técnicas. OIT, Oficina Subregional para los Países Andinos, Lima, 2005.

para este año. Esto generará limitaciones en la cobertura y calidad de sus servicios, generando el consecuente malestar de usuarios y proveedores.

La opción que comprende una reforma parcial y seguridad social, si bien da un paso adelante en cuanto a la unificación de dos importantes fondos de la esfera pública —los del SIS y EsSalud—, mantiene la fragmentación con las entidades de las fuerzas armadas y policiales. Deja en manos de EsSalud la administración del fondo, justamente cuando esta entidad ha mostrado no ser un modelo de gestión, y se le critica la poca transparencia en el uso de los recursos. Además, EsSalud es una entidad muy burocrática, administrativamente lenta, y no sabe administrar planes mínimos de atención, ya que siempre se ha caracterizado por brindar un ambicioso "plan abierto" que promueve el riesgo moral y, en general, el oportunismo en el acceso a la protección del aseguramiento en salud. Pero quizás lo más negativo de este modelo es que esta integración de fondos crearía un sistema dual de aseguramiento, uno para "ricos" y otro para "pobres", donde aquellos que tienen un ingreso, los "ricos", se atenderían en EsSalud, con todos sus pisos de aseguramiento, mientras que los que no poseen ningún ingreso, los "pobres", se atenderían en el Minsa y sólo bajo un plan mínimo.

La opción reforma sanitaria y aseguramiento universal tiene el beneficio potencial de ampliar la cobertura y mejorar la calidad de la atención, además de terminar con la irracional fragmentación del sector. Permitirá un mejor uso de los pocos recursos públicos, reducir costos, y logrará una mayor transparencia en la asignación de éstos. Pero lo más importante es lograr el aseguramiento universal de la población, sobre todo de ese 25% exclu-



Foto: CIES

do del sistema de salud. Al inicio se logrará a través del Plan de Beneficios Básico Garantizado, luego, según los recursos, este plan podrá ser ampliado. Las experiencias exitosas en otros países con sistemas de aseguramiento universal muestran que un plan como el que se describe es la forma más equitativa, racional, y transparente de definir prioridades y alcanzar la cobertura universal.

Los ganadores serán los grupos poblacionales generalmente excluidos de la asistencia sanitaria, y los perdedores todas aquellas instituciones públicas de bajo rendimiento y productividad acostumbradas a vivir de perennes presupuestos históricos sin importar el impacto en la salud de sus usuarios o la calidad del servicio que brindan. Perderán, asimismo, todos aquellos funcionarios que han usado los fondos públicos para usos y manejos no correctos, y tan sólo para su beneficio personal.

2.4 Obstáculos para la implementación

El principal obstáculo lo constituirán los intereses de cada una de las instituciones que se verán afectadas al prescindir de los fondos que actualmente administran. Al no manejar los fondos perderían su poder actual. Los trabajadores de EsSalud que crearán verse amenazados en su estabilidad laboral, cuando al contrario es mayor la amenaza de continuar con la situación actual por el futuro incierto de EsSalud. Sin embargo, los sindicatos y asociaciones de médicos de EsSalud pueden politizar sus posiciones. No creemos que los asegurados y empleadores sean un obstáculo para la reforma en tanto que no perderán ninguno de sus beneficios. Se tendrán que dar las modificaciones

correspondientes a las respectivas leyes de salud y de seguridad social, y esto puede ser un trámite engorroso por parte de las comisiones de salud y de seguridad social del Congreso, pero un decreto ejecutivo del nuevo gobierno el día de la asunción al poder podría allanar el asunto.

Se deberá desplegar una estrategia comunicacional que informe sobre la necesidad y ventajas de realizar esta reforma, y no continuar con un modelo, que con una vigencia de 70 años, no ha resuelto la situación de salud de la población. Se realizarán alianzas estratégicas con la sociedad civil, las diferentes mesas temáticas y las representaciones de usuarios.

2.5 Hoja de ruta: medidas sugeridas

100 días:

- Modificación de la Ley de Salud, Ley de la Modernización de la Seguridad Social, Ley de EsSalud, Ley de creación del SIS. Esto deberá darse en el más corto plazo; lo ideal sería el día de instalación del nuevo gobierno.
- Ley de creación de la Superintendencia Nacional de Salud. Sobre la base de la actual SEPS, la ley sólo le ampliaría su ámbito de responsabilidad. El cual no sólo deberá incluir el sistema de salud reformado, sino también los seguros privados que actualmente ninguna institución los regula. La Superintendencia de Banca y Seguros (SBS) solamente vigila el aspecto financiero de los seguros privados, especialmente la reserva de los fondos de contingencia.
- Agrupación de los fondos públicos de salud. Esto puede darse en un solo mandato de ley o progresivamente iniciándose con los de las fuerzas armadas y policiales por un lado, y del SIS con EsSalud por otro, y luego la integración total.
- Nombramiento del Directorio del Fondo por parte del Congreso de la República y a propuesta del Ejecutivo.

Un año:

- Elaboración del Plan de Beneficios Básico Garantizado Obligatorio, basado en las prioridades epidemiológicas nacionales y regionales. Deberá socializarse para lograr un nivel de consenso sobre el contenido del plan.
- Reglamento del sistema, que contemple las responsabilidades y compromisos de la administradora, las aportaciones, el uso del Plan de Beneficios Básico Garantizado, los servicios de los proveedores, y deberes y derechos de ambos.
- Implementación del Sistema de Identificación de Usuarios, usando como plataforma la base de datos del RENIEC, complementándola con la base de datos de EsSalud, SIS, personal de las fuerzas armadas y policía nacional; sin dejar de lado el desarrollo de estrategias locales que permitan identificar a la población indocumentada la que según cifras del RENIEC bordearía el millón 552 mil 522 personas (*)
- Implementación del Sistema de Información, con los nueve códigos administrativos básicos.
- Elaboración de los acuerdos de gestión.
- Establecer los mecanismos de pago.
- Inicio de los estudios actuariales que determinen el real costo del Plan para realizar los ajustes necesarios en el valor de las pólizas, para los que puedan adquirirlas, y para conocer el monto necesario con que el fondo debe contar para proteger a toda la población con el Plan de Beneficios Básico Garantizado y Obligatorio. Al inicio se trabajará con el monto que resulte de la integración de los diferentes subfondos y de la aportación de la población con capacidad de adquirir el Plan.
- Inicio de la afiliación comenzando por las zonas más pobres y rurales del país.
- Preparar un programa de monitoreo y evaluación del funcionamiento del Fondo y del Plan.

Cinco años:

- Establecer los mecanismos legales para que los recursos para salud provengan de los impuestos generales.
- Estudiar qué bienes y servicios podrán ser afectados con algunos puntos porcentuales en materia de impuesto para ser asignado a salud.
- Realizar una evaluación de impacto a los tres años de funcionamiento del aseguramiento universal.
- Reevaluar el Plan de Beneficios.

* Plan Nacional de Restitución de la Identidad 2005-2009, R.J No. 772-2005-JRF/RENIEC. Pg. 45.

3. Propuesta de política de participación social y apertura democrática de la gestión pública en salud

3.1 Diagnóstico

El 12 de agosto de 2002 fue aprobada la Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado (SNCD, Ley N° 27813), que estableció en la práctica la visión-objetivo del sector salud del quinquenio 2001-2005 en dos aspectos fundamentales: mantener el modelo segmentado que rige la estructura del sector y establecer un tipo de relación del Ejecutivo con la sociedad a través de consejos de salud de carácter consultivo y con una composición totalmente minoritaria de las organizaciones del sector (1 de 12 integrantes), muy por detrás del propio esquema de concertación con la sociedad establecido por el gobierno a nivel de las regiones y gobiernos locales.

Hoy queda claro que se trata de una propuesta que no resuelve la segmentación, tampoco compatibiliza con la descentralización; más bien, regatea la participación social y concertación con la sociedad civil. Es más una ley de coordinación intrasectorial, promovida desde un enfoque sectorialista, que requiere una reformulación global si se desea que existan consejos de salud que sean órganos de formulación concertada de políticas de salud, debiendo éstos, además, insertarse en el marco establecido por el proceso de descentralización.

Lamentablemente la propuesta del Sistema Nacional Coordinado Descentralizado hizo que el sector salud desaprovechara la oportunidad que significó la transición democrática en el país para repensar y renovar la institucionalidad en salud y bloqueó un cambio fundamental en la estructura y procesos de deliberación, consulta, decisión, ejecución y operación en el Minsa, además de perpetuar la segmentación, con la promesa de que la coordinación entre los proveedores la resolvería. El SNCD surgió de la Comisión de Alto Nivel formada en agosto de 2001, y hasta que se convirtió en ley, a los 12 meses, y comenzó a mostrar sus límites, del 2003 en adelante, se pasó el momento creativo del periodo de gobierno. Hubo así un cambio de régimen nacional, de la dictadura a la democracia, pero no de régimen sectorial, que ha seguido la forma tradicional de ejercer la función del gobierno en salud, necesariamente de baja performance.

El régimen institucional del sector salud atiende la provisión de servicios pero no la dimensión amplia de la formación de voluntades colectivas plasmadas en políticas públicas, porque su organización está centrada —y mal— en la gobernanza, esto es en la gestión de



sus aparatos proveedores, y soslaya la dimensión de la gobernabilidad, o relación Estado-sociedad.

Está demostrado que problemas como los de salud o educación rebasan de lejos las capacidades del Estado y requieren amplitud de alianzas y pactos sociales firmes y de largo plazo para soluciones sostenibles. Pero el régimen sectorial promueve la concentración de funciones en los gabinetes de asesores, que actúan a manera de *task forces*, por el funcionamiento en base a confianzas y la consiguiente formación de climas organizacionales no sinérgicos. A ello se añade el hecho de que los equipos ministeriales se forman en el Perú sobre la marcha, muchas veces sin una experiencia previa de trabajo conjunto ni necesariamente ideas comunes, lo que hace que cada administración haga el aprendizaje desde los cargos. El fuerte peso en la resolución de problemas urgentes, pero no estratégicos, y la alta rotación en los cargos directivos promueven, además, las desacumulaciones. Este esquema autocentrado no permite, por tanto, buenas performances.

Planteamos la necesidad de oxigenar el régimen institucional abriendo y diferenciando con más claridad las funciones de concertación de las políticas y control social mayoritariamente de mujeres, de la gestión de las funciones de gestión.

Es una contradicción que el Estado se proponga financiar y/o proveer servicios que democratizen el acceso a la atención, sin emprender el segundo tipo de democratización de la salud, la democratización de la respuesta a los problemas de salud. El supuesto atrás es que se puede "dar" la salud a "receptores" pasivos, que se puede transferir la salud como un bien, desde la oferta hacia los usuarios, al igual que se hace con otros bienes. No se capta la especificidad del cuidado y atención de la salud. De ahí que, a lo más, se suele aceptar un tipo de participación social, que en la tradición de la salud pública ha sido denominada "participación colaborativa", ya que en ella se convoca a la población a ejecutar las políticas y planes ya decididos. Por esto, muchas soluciones a problemas de salud no tienen sostenibilidad.

No sólo se requiere, por tanto, una reforma de la administración pública en salud, que mejore la gestión, sino una reforma más amplia, del Estado en salud, que modifique la relación Estado-sociedad en salud.

Una razón importante para pasar a un régimen de mayor concertación en salud es que en los últimos años han surgido nuevos actores sociales en el sector salud, interesados genuinamente en promover cambios y mejoras. El surgimiento del Foro de la Sociedad en Salud (ForoSalud) es expresivo de esta tendencia. Pero desde antes han venido dando actividad al sector las redes de promoción de la salud, las asociaciones de pacientes, las ONG, los colegios profesionales, las

sociedades científicas, la sociedad civil en general, interviniendo tanto en sus campos temáticos como en las políticas sectoriales. Y estas energías no tienen ninguna canalización en la vieja institucionalidad sectorial, que no funciona bien, pero prosigue en la vieja idea del Estado paternalista.

De otro lado, la propuesta de democratización expresa también el desarrollo de capacidades técnicas y profesionales que ha habido en la última década en el sector salud, que ha forjado cierta esfera pública sectorial, una opinión pública informada, que puede contribuir en la formulación de políticas y en el control de la gestión.

Por último, los enfoques de Atención primaria y de Promoción de la salud, que vienen renovando su importancia en la gestión sanitaria peruana, 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 dichos enfoques implica, con mayor razón, abrir canales para una práctica de ciudadanía política en salud. 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 éste sea efectivo y sostenido, se debe procurar que se ponga en acción el sujeto de la salud, la población.

3.2 Opciones de política

Ante el tema de la participación social y democratización sectorial, hay tres opciones de políticas: a) la postura vertical, que desconfiaba de cualquier apertura y propugna un gobierno institucional de "confianza"; b) la postura tradicional, que acepta la "participación colaborativa" y mantiene instancias formales como los actuales consejos de salud; y c) la postura de renovación, que abre las puertas a la ciudadanía y construye un diálogo sociedad Estado como marco para grandes soluciones en salud.

La sociedad civil propuso en el 2003 un Anteproyecto de Democratización de la Gestión Pública en Salud, para la construcción de un Sistema Nacional Descentralizado y Participativo en Salud, que debe integrar las instancias de concertación de salud en las creadas por la descentralización (CCL y CCR), como instancias temáticas. Dicho anteproyecto resume las propuestas de ForoSalud en este campo, que reseñamos.

A estas alturas, es evidente el desfase del Sistema Nacional Coordinado Descentralizado de Salud; por tanto, el nuevo gobierno tiene en dicha estructura inefectiva de consejos un escollo para desarrollar un buen gobierno. Dada la necesidad de procesar en paralelo una reforma que termine con la segmentación, modernice la gestión y expanda el acceso a la salud, la nueva institucionalidad debe expresar esta voluntad de cambio y apertura, a expresarse en un nuevo Sistema Nacional Descentralizado y Participativo en Salud.

Por otro lado, se requiere fortalecer los consejos locales de administración de salud (CLAS), pero modificar su orientación centrada en la oferta de servicios, transformándolos en comités locales de desarrollo sin perder sus atribuciones sobre los servicios locales del Minsa y dentro del enfoque que integre las instancias de concertación temáticas, como las de salud, en las instancias de concertación del desarrollo territorial tipo CCL y CCR.

Propuestas de políticas para un sistema participativo integrado

SISTEMA NACIONAL DE PARTICIPACIÓN SOCIAL EN SALUD (SIPAS)

Definición del Sistema El Sistema de Participación que se propone es el conjunto de mecanismos e instancias de participación social en la formulación de políticas y control social de la gestión en los niveles nacional, regional, provincial y local.

ORGANIZACIÓN Y FINALIDAD

Organizaciones e Instituciones involucradas El Sistema de Participación involucra a la entidad rectora en salud, el Minsa, a todas las instituciones proveedoras de servicios, a las instituciones formadoras en salud, municipios y a las diversas expresiones de los usuarios y la sociedad civil. La participación es de naturaleza obligatoria, y no afecta la autonomía de sus integrantes, por basarse en la concertación.

Finalidad del SIPAS

1. Proteger la salud de la persona humana en el marco de una igualdad de oportunidades.
2. Fomentar un sistema democrático y descentralizado de gestión pública en salud.

CONSEJO NACIONAL DE SALUD

Consejo Nacional de Salud (CNS) El nuevo Consejo Nacional de Salud ya no superpone sus tres funciones actuales: la coordinación entre proveedores, la concertación y la de órgano consultivo. Se centra en la formulación concertada de políticas y en el control de la gestión sanitaria. Tiene un mecanismo creativo para evitar el dilema entre la naturaleza prescindible de un órgano consultivo y el órgano con mandato imperativo sobre la autoridad, dilema que supera con el mecanismo que propone de refrendo y observación a sus acuerdos.

Composición La composición del nuevo Consejo Nacional se diferencia del actual porque:

1. Integra la representación en el nuevo CNS de los Consejos Regionales de Salud*;
2. Amplía considerablemente la representación de las Organizaciones Sociales de Base, de carácter nacional, que hoy son de 12 integrantes*;
3. Otorga representación a las asociaciones de pacientes, elemento no presente en la Ley del SNCD;
4. Incluye la representación de las profesiones de salud no médicas, que hoy no existen;
5. Integra la representación más amplia de las municipalidades, elemento recortado a un solo representante de la AMPE en la Ley del SNCD;
6. Incluye la representación directa de las facultades de Ciencias de la Salud, y no vía la ANR, como ahora;
7. Integra ministerios importantes para el campo de la salud, como Mimed y Educación, que no están en el actual CNS.

* Elementos no considerados en la Ley N° 27813 del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado.

Atribuciones del nuevo CNS

1. Fomentar, concertar, formular, proponer, supervisar y evaluar la política de salud.
2. Desarrollar mecanismos que permitan el control social en el área de salud.
3. Analizar las disposiciones legales y formular propuestas de reformas o adiciones a las mismas.
4. Promover la descentralización en salud facilitando la concertación sobre su marco institucional.
5. Establecer lineamientos y fiscalizar el uso eficiente de los recursos en materia de salud.
6. Opinar y promover el debate sobre los modelos de atención en salud y la gestión en salud.
7. Impulsar el mejoramiento de la administración pública en salud.
8. Divulgar sus acciones a través de los diversos mecanismos de comunicación social.

Actos del CNS	<p>Actualmente el CNS es una instancia de debate de una sesión de tres horas por mes, sin tipos de acuerdos establecidos. Se propone que los acuerdos del CNS se adopten a través de la mayoría simple de sus integrantes. El CNS emitió:</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Resoluciones sobre aspectos de su responsabilidad directa, las que son refrendadas por el ministro de Salud, conforme al mecanismo de aceptación u observación propuesto; b) Recomendaciones. c) Mociones que expresen su posición sobre actos o situaciones acerca de temas del sector.
Resoluciones del CNS y refrendo del Ministro	<p>Las propuestas de Resoluciones del CNS deberán tener un dictamen del despacho ministerial dentro de 30 días después de su aprobación por el CNS, sea para ser aceptadas o para ser observadas. De ser refrendadas por el ministro de Salud, pasarán a ser publicadas en el diario oficial.</p> <p>En caso de existir observaciones del despacho ministerial, se harán llegar al CNS, que volverá a debatir el punto, pudiendo elevar la misma propuesta o una con modificaciones.</p>
Insistencia Ministerial	<p>En caso de mantenerse las observaciones del despacho ministerial a la segunda propuesta de Resolución del CNS, y no tener refrendo ministerial el proyecto de Resolución acordado por el CNS a los treinta (30) días siguientes de la recepción de la comunicación, éste podrá enviarla al Congreso de la República, a la Comisión de Salud del mismo u otra, como iniciativa legislativa, para debate en el país.</p>

CONSEJOS REGIONALES, PROVINCIALES Y DISTRITALES

Consejos Regionales, Provinciales y Distritales de Salud	<p>Los gobiernos regionales a través de sus direcciones regionales de salud ejercen las funciones de gestión pública en salud en sus respectivos territorios y los consejos regionales, provinciales y distritales de salud son organismos de concertación de la formulación de las políticas de salud en sus respectivos niveles y de control social de la gestión sanitaria.</p>
Composición y Sistema de Consejos	<p>Los Consejos regionales, provinciales y distritales de salud tendrán una composición dispuesta por el reglamento de la presente ley, resguardando las equivalencias posibles con la nueva composición del CNS.</p> <p>Los consejos distritales de salud tendrán una representación en los consejos provinciales y éstos en los regionales, y finalmente los consejos regionales en el CNS.</p>

DE LA CONFERENCIA NACIONAL DE SALUD

Composición, periodicidad y objeto de la Conferencia	<p>La Conferencia Nacional de Salud es la máxima instancia de concertación y formulación de políticas de salud. Sus acuerdos tienen carácter vinculante para el Minsa.</p> <p>Se realiza cada cuatro años y será convocada por el CNS un año antes de su realización. Se realiza de modo obligatorio al inicio de cada periodo de gobierno.</p> <p>Tiene por objeto evaluar y proponer la política de salud, así como analizar el cumplimiento del Plan Nacional de Salud.</p>
---	--

Fuente: ForoSalud, Anteproyecto de Ley de Democratización de la Gestión Pública en Salud, 2003.

3.3 Analisis de costos y beneficios de las opciones de politica. Identificación de ganadores y perdedores

Los costos del escenario actual son fácilmente apreciables en el pobre desempeño del sistema de salud y el escaso ejercicio de la ciudadanía y consiguiente poco compromiso poblacional y déficit en la cultura sanitaria nacional. Todo ello redundando en la baja visibilidad del tema de salud y su no inclusión en la agenda nacional, a su vez causa de la no consecución de recursos para el sector y la pobre respuesta institucional y social a la fuerte carga de morbilidad existente. En resumen, la baja participación de la población en las decisiones de políticas se traduce, tarde o temprano, en un traslado de costos a la misma población.

Por otro lado, la amplia participación organizada que representaría el nuevo sistema de consejos que se propone como parte del Sistema Nacional Descentralizado y Participativo en Salud, integrado al marco de la descentralización, tendrá enormes beneficios para el desarrollo del país, al potenciar las fuerzas productivas de su población.

Está demostrado que la participación ciudadana en el campo social tiene los siguientes beneficios:

- a) Baja la tasa de errores de los decisores al ampliarse el campo de quienes debaten los anteproyectos o iniciativas;

- b) Las iniciativas legislativas o de proyectos y programas sociales responden mejor a los intereses generales y no a intereses particulares, pues todos o casi todos están al tanto de lo que se busca legislar o implementar;
- c) Tienen mayor sostenibilidad las políticas e iniciativas sociales y de salud, pues tendrán el respaldo mayoritario, formulándose así políticas de Estado y proyectos que tengan persistencia en el tiempo;
- d) La ejecución de lo acordado concertadamente contará con un mayor compromiso de los proveedores y usuarios por haber participado en la formulación y planificación.

El nuevo sistema no sólo no irrogará gasto del erario, sino que, además, reducirá los costos de los errores, de la inestabilidad de las iniciativas y de la asimetría en la información para la toma de decisiones en el sector salud.

En la práctica cada Conferencia Nacional de Salud significaría una renovación de un Pacto Nacional y Sectorial por la Salud, que permitirá una movilización más amplia de recursos, la priorización efectiva y no sólo declarativa de la salud en la agenda de desarrollo y la posibilidad de la resolución de problemas críticos largamente postergados.

3.4 Obstáculos para la implementación

El primer obstáculo es la ilusión permanente de cada nuevo equipo ministerial de que podrá resolver los problemas de salud con sus solas fuerzas. Existe, además, la confusión entre gobernar y gerenciar, por el peso de la función de prestación en la vida institucional de los dos grandes subsectores proveedores. Mientras cada nuevo equipo hace el aprendizaje de gobierno, resulta atrapado por las tradiciones patrimonialistas y burocráticas predominantes en el Estado peruano, que lo obligan a atender lo urgente y no lo importante, y a invertir tiempo valioso en quebrar la constante feudalización de las instituciones y dependencias. Las conductas no cooperativas instalan y reproducen la desconfianza y no permiten arribar a esos momentos sinérgicos que le denominamos "buen gobierno". En suma, la vieja institucionalidad alienta lecturas autocentradas de la realidad, en que todo siempre anda bien para quienes gobiernan, y reproduce químicas de suma cero.

El segundo obstáculo lo constituyen las tradiciones

nacionales fuertemente premodernas, vigentes no sólo en el Estado sino en la sociedad toda, que denotan la débil cultura cívica existente hoy en el Perú. Viejas tradiciones que prefieren el atajo de la amistad para conseguir las cosas, que relativizan lo que es correcto, que informalizan todo y elevan la intolerancia al riesgo hasta convertir los gobiernos en sinónimo de administraciones, cosas distintas, expresan este debilitamiento del *ethos* público. La sociedad civil organizada viene surcando en contra de esta corriente nacional, que devalúa la vida en comunidad y la reduce a un todos contra todos. El cultivo de virtudes cívicas requiere participación social organizada y la superación de la participación individual, colaborativa y no estructurada.

El tercer obstáculo es el insuficiente desarrollo de la sociedad civil organizada en salud, pese a todos los esfuerzos de los nuevos actores sociales y de ForoSalud, la red de redes que viene promoviendo la nueva asociatividad. En ciertos estratos de profesionales del sector

prima el enfoque corporativo, esto es, la asociación motivada por la defensa de intereses propios. En otros estratos de funcionarios y en redes de promoción prima a veces la idea de que toda participación social es una participación ciudadana, tesis errónea pues el tipo de

participación subordinada, que tutela a la población y le dice qué hacer y decir, la participación desinformada y sin voz, no propicia el crecimiento de la gente y su autonomía, y se basa en el cultivo de relaciones de dependencia.

3.5 Hoja de ruta: medidas sugeridas

100 días:

- Modificación de la Ley del SNCD e instalación de un nuevo Consejo Nacional de Salud, con funciones claras y composición amplia de la sociedad civil, abriendo la renovación del sistema de consejos nacional, regionales y provinciales de salud;
- Convocatoria por parte del CNS de la Conferencia Nacional de Salud, a realizarse en seis meses, para la concertación entre el Estado y la sociedad, de las políticas y metas a lograr en el nuevo quinquenio;
- Mensaje al sector y al país del nuevo ministro de Salud y su equipo ministerial, en una Asamblea de Salud a citarse en 45 días a partir del 28 de julio de 2006, asamblea que tendrá la composición de un Consejo Nacional Ampliado;
- Envío al Congreso del anteproyecto de Ley del nuevo Sistema Nacional Descentralizado y Participativo en Salud.
- Ratificación y reforma de los CLAS como Comités Locales de Desarrollo, integrados a la estructura estipulada por el marco de la descentralización.
- Medidas tendientes a la ampliación de la transparencia en la información y rendición de cuentas.
- Definición, instalación y marcha de tres sistemas de coordinación diferentes del sistema de consejos:
 - sistema de coordinación interinstitucional, hacia el Sistema Integrado, Descentralizado y Participativo propuesto;
 - sistema de coordinación permanente con las organizaciones de profesionales y trabajadores del sector;
 - sistema de coordinación con los gobiernos regionales, sus gerencias de desarrollo social y direcciones de salud.

Un año:

- Segunda Asamblea de Salud, para realización del balance del primer año de gestión y procesar rectificaciones.
- Instalación y marcha del nuevo Consejo Nacional y consejos regionales de salud.

Cinco años:

- Instalación y marcha de todos los concejos provinciales y distritales en todo el país.
- Creación de diversos órganos, tanto de conducción política —con la participación de los ministerios involucrados como de concertación intergubernamental local-regional y regional-nacional, entre otros, con el objetivo de separar los roles de concertación, formulación de políticas, coordinación de la prestación de servicios, etc.
- Sistema de gestión pública gerencial y democrática en salud funcionando, con eficiencia, efectividad, eficacia, equidad, transparencia, participación y calidad.

4. Propuesta de política de recursos humanos en salud

4.1 Diagnóstico

El panorama que se vive en el campo de los recursos humanos en el sector salud en el Perú es el resultado de un ciclo largo de retroceso, el cual empezó en la década de los noventa y que ha terminado por llevarlo a una situación de relativa ingobernabilidad y de precarización salarial y laboral que se contrapone cada vez más con la posibilidad de un mejor desempeño global del sistema de salud.

Este ciclo largo vivido integra varios desplazamientos, en particular cinco, que han terminado produciendo la nueva situación de los recursos humanos en salud:

a. El desplazamiento entre el mundo del trabajo en salud y el mundo de la formación en salud, pues ambos marchan bajo lógicas diferentes, creciendo la oferta educativa en salud muy por encima de la demanda de los servicios, siendo sin embargo la demanda educativa en salud superior a la oferta de las universidades e institutos superiores.

Del sistema educativo peruano egresan anualmente del quinto año de secundaria 296,183 estudiantes, que son la demanda de formación universitaria y técnica superior⁷. Los institutos superiores tecnológicos (IST) se han expandido para atender a esta demanda y actualmente son 942. De ellos, 372 (39%) ofrecen carreras técnicas en salud. En el 2003 los IST tuvieron a 389 mil matriculados. Existe, además, la opción de los centros de educación ocupacional, que tienen a 252 mil matriculados⁸. Sin embargo, éstos sólo acogen una parte minoritaria del universo de egresados de secundaria, lo que aumenta la presión por el ingreso a las universidades e institutos. Esta sobredemanda ha hecho crecer enormemente el número de universidades y sus vacantes. En 1980 había sólo 35 universidades, 25 públicas y 10 privadas, con un total de 257,220 alumnos, 183,317 en las públicas y 73,903 en las privadas. Hoy hay 76 universidades en el Perú, 31 públicas y 45 privadas, con 35,455 docentes, 415,465 matriculados y 103,398 ingresantes⁹. Las facultades de Medicina saltaron de 8 en los años sesenta a 42 en el 2002, mientras las de Enfermería lo hicieron de 3 a 28 en dicho lapso.

Sin embargo, no hay tantas plazas de trabajo para los egresados de las universidades en los servicios peruanos. El crecimiento de las entidades de educación en salud se explica, entonces, por la enorme demanda de los egresados de secundaria y por la demanda exterior de profesionales.

La estadística de profesionales de salud emigrantes revela que buena parte de los egresados terminan en el exterior.

Reportes de la Dirección de Migraciones dan cuenta que los médicos que no reportaron regreso al país luego de dos años de su partida han venido siendo entre 900 y 1,100 cada año, entre 1994 y 1999, disparándose dicha cifra por encima de 1,200 a partir del año 2002. En el 2004 fueron 1,667. En el caso de las enfermeras la emigración es más alta: las que salieron sin reportar retorno fueron entre 1,200 y 1,500 entre 1994 y 1998, y en el último quinquenio superan las 1,500 por año. En el 2004 fueron 2,390. Las obstetrices y los odontólogos también han aumentado sus migrantes, sobre todo a partir del 2000. En el caso de las enfermeras, el país que recibe una gran mayoría de emigrantes del Perú es Italia, seguido por Estados Unidos y España. Sea cual fuere el destino, este salto en las cifras de emigrantes expresa el desequilibrio entre la sobreoferta educativa y la demanda de los servicios en el país. Una franja educativa prepara profesionales de salud para el extranjero, como lo hemos constatado en el caso de las enfermeras en Europa y Estados Unidos, lugares que conforman la demanda exterior real de profesionales de la salud peruanos.

b. El segundo gran cambio ha sido la ampliación de la respuesta institucional a los problemas de salud, y por tanto, el establecimiento de un nuevo nivel histórico de demanda efectiva en el Perú desde 1995 en adelante, pero a partir no sólo de una ampliación de la infraestructura física y del financiamiento, sino también del mayor rendimiento de la fuerza laboral en salud.

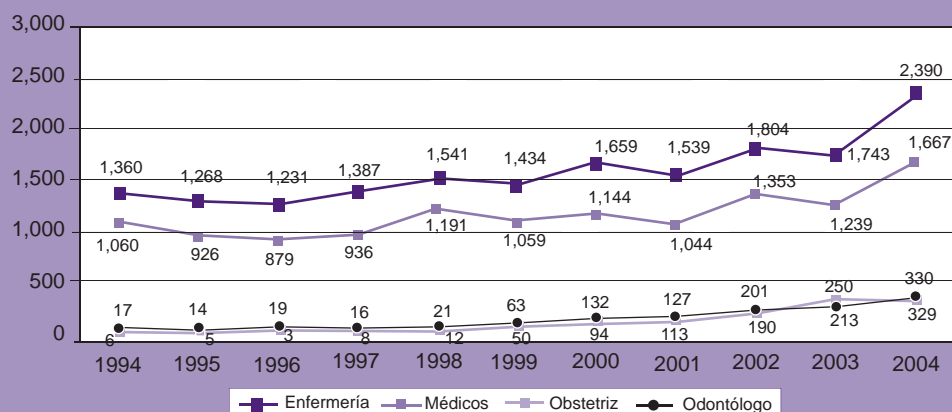
El "factor de expansión" principal de este incremento de la productividad y el rendimiento ha sido el Seguro Escolar Gratuito y Materno Infantil, y ahora el Seguro Integral de Salud (SIS). En la etapa 1993-1997 hubo una explotación extensiva e intensiva de los recursos, simbolizada por el despliegue del Programa Salud Básica para Todos (PSBT). Pero a partir de 1998 se crearon los seguros escolar y materno-infantil que incrementaron la productividad y el rendimiento al utilizar capacidad instalada disponible, pasándose a una explotación intensiva de todos los recursos, entre ellos los recursos humanos. Esto se refleja en el número de atenciones promedio por recurso humanos en el Minsa, que eran de 229 en 1992, 405 en 1996, 629

7/ Ministerio de Educación del Perú, Unidad de Estadística Educativa. Cifras de la Educación 1998-2003. Lima: Minedu, mayo de 2004.

8/ Ministerio de Educación del Perú, 2004, *ibidem*.

9/ Comisión Nacional por la Segunda Reforma Universitaria. El Sentido de la Segunda Reforma Universitaria. Lima, marzo de 2002.

Profesionales que no reportaron regreso al país luego de los dos años de su partida (1994-2004)



Fuente: Dirección Nacional de Migraciones, Ministerio del Interior, 2004
Elaboración: OFINE-IDREH

en 1999 y 744 en el 2002. El SIS prosigue esta estrategia, habiendo financiado hasta julio de 2005, en 39 meses de funcionamiento, 50,2 millones de prestaciones con 763 millones de soles.

c. El tercer gran cambio ha sido la transformación casi completa del régimen laboral, el paso del sistema de nombramientos al de contrataciones y la mantención del nivel de los salarios reales sólo en determinadas franjas, con la pauperización consiguiente de las otras franjas de profesionales y trabajadores del sector, además de las de la base de la pirámide. Esto ha afectado el estatus de las profesiones de salud y en algunos casos viene empujando su paso a semiprofesiones, dándose el retorno de la conflictividad laboral que fue característica de los años ochenta y una fuerte dualización entre los profesionales asistenciales y los administrativos.

Se calcula que en el sistema de salud peruano trabajan alrededor de 139 mil personas. Esta fuerza laboral en salud cuenta con un financiamiento en salud al año equivalente al 4,7% del Producto Bruto Interno del Perú. El gasto en salud per cápita prácticamente no se ha movido en los últimos 10 años y está en 97 dólares por persona, bordeando los 2,500 millones de dólares anuales, de los cuales los hogares financian el 38%, las empresas el 34,1% y el gobierno el 24,8%¹⁰. El sistema se ha expandido en productos y recursos humanos pero no en financiamiento, con lo cual ha disminuido el costo por unidad de servicio entregada. Esta mayor eficiencia ha rebasado el umbral

de la calidad y precarizado los ingresos al punto que el escenario sin cambios puede ser el de un sistema de salud de pobres para pobres. Esto explica que el Perú sea ahora el tercero en América Latina en conflictividad gremial y la existencia de un clima de relativa insatisfacción laboral.

d. El cuarto gran cambio es la revolución de las capacidades del personal de salud y su viraje entusiasta a la educación continua y al gerencialismo, como efecto indirecto de la globalización, pero como demostración, también, de la característica emprendedora de los peruanos, variable clave hoy del desempeño del sistema de salud.

Según una encuesta de 1995¹¹, más del 20% de los médicos estaba en posiciones de gestión, lo que unido a la fuerte rotación en los cargos, ha promovido la formación en gestión. De otro lado, los avances científico-tecnológicos de la medicina vienen impulsando la actualización permanente de los profesionales, para evitar los desfases.

e. El quinto gran cambio es el serio debilitamiento de la rectoría en el campo de los recursos humanos, con la dispersión de los ámbitos de rectoría formal y real, tanto dentro como fuera del sector salud, y el reemplazo de la gobernanza y gobernabilidad por la autorregulación, en un contexto de ausencia de un punto de equilibrio del sistema de recursos humanos que promueva rectificaciones.

El problema para el caso del actual sistema de recursos humanos en el Perú es que el dislocamiento entre necesidades, oferta y demanda, hace que no existan contrapesos

10/ Ministerio de Salud y Organización Panamericana de la Salud. Cuentas Nacionales de Salud. Perú 1995-2000. Lima: Minsa-OPS, 2004.

11/ Bustíos, Carlos. Situación de la fuerza de trabajo médica en el Perú. Lima: Escuela Nacional de Salud Pública, 1998.

que obliguen a rectificaciones y las posibilidades de voz y salida son limitadas. En el mundo de la formación en salud se ha roto la barrera que hacía que se conservase en algo la calidad, que era el control desde los servicios. Hoy las universidades no tienen límites a su demanda, porque es mundial, además del bolsón enorme de subempleo existente.

Estos cinco desplazamientos han alimentado una crisis de gobernabilidad de la formación en salud y una mediana conflictividad laboral en el mundo del trabajo en salud. Este conflicto sólo eventualmente podría gene-

rar más adelante una ingobernabilidad sectorial. Pero en el mundo del trabajo no basta con que el personal esté presente en cuerpo sino también en alma, y la década de los noventa han instalado ahí un *trade off* entre precarización y desempeño: el gerencialismo invocó en esa década a un mejor desempeño, pero la flexibilización y empobrecimiento salarial, llevados a un nivel, bloquean el desarrollo de competencias. La pregunta es hasta qué punto se puede desarrollar competencias sin desarrollo humano, paradoja que resume el esfuerzo de la década pasada, que este quinquenio no cambió.

4.2 Estrategias de desarrollo de los recursos humanos en salud en el Perú

Se desprende del panorama mostrado que estamos ante una nueva situación de los recursos humanos en salud en el Perú, que invalida una parte de las intervenciones previas no porque no hayan sido pertinentes en su momento, sino por su inadecuación para el momento actual.

Lo nuevo es que estamos ante un campo desestructurado de recursos humanos, en que se ha desvinculado la oferta educativa de la demanda de servicios y dentro del campo del trabajo se ha puesto en conflicto la precarización salarial/laboral con el desempeño. De ahí la opción general de política propuesta: *recuperar la gobernabilidad y mejorar el desempeño con desarrollo humano*.

Ante la problemática mostrada hay tres opciones de

política: a) la inacción, que ha venido siendo la política efectiva estos últimos años; b) el apoyo a la mayor desregulación del campo, con altos costos para el país; y c) la política de restablecimiento de una regulación, sin retornar a los esquemas de planificación rígida del pasado, a través de la extensión y profundización de la acreditación de la formación en salud y la concertación interinstitucional de la demanda de plazas que se propone.

Los siguientes cuadros resumen las relaciones entre los problemas resultantes de las interacciones de los cinco desplazamientos identificados en el campo de los recursos humanos en salud, y las políticas propuestas a ser implementadas para arribar a soluciones:

Problemas relacionados con el ámbito de la rectoría y la gobernabilidad del campo de recursos humanos	Intervenciones propuestas
Muy débil rectoría del campo de recursos humanos.	<ul style="list-style-type: none"> • Procesar una nueva reforma del IDREH, cuya creación no ha dado resultados, refundándolo como una entidad que concentre todas las funciones de gobierno y macro-gestión en un nicho institucional, eliminando la labor de formación como función del IDREH reformado. • Conformación de un Consejo Consultivo sobre Recursos Humanos en Salud a nivel sectorial. • Abrir un Dialogo Nacional y Sectorial sobre los graves problemas existentes sobre recursos humanos y sus enormes potencialidades para el desarrollo de los servicios de salud. • Seleccionar al mejor Equipo Sectorial en Recursos Humanos para fundar el nuevo Instituto de Recursos Humanos en Salud. • Formular participativamente las nuevas políticas de gestión y desarrollo de RHS en una Conferencia Nacional sobre Recursos Humanos, con los colegios profesionales y sociedad civil.
Legislación fragmentada de las profesiones de salud.	<ul style="list-style-type: none"> • Impulso a un nuevo marco normativo laboral integral en salud, en correspondencia al marco de empleo y carrera pública.
Autorregulación profesional, a falta de regulación profesional.	<ul style="list-style-type: none"> • Relanzamiento de CAFME y generalización de la acreditación y certificación como herramientas de regulación a todos los pregrados, especializaciones y postgrados en salud • Respaldo estatal a los mecanismos de autorregulación existentes, como la recertificación.

Problemas relacionados con el ámbito de la rectoría y la gobernabilidad del campo de recursos humanos	Intervenciones propuestas
Distribución centralista e inversa entre recursos humanos y situación de salud.	<ul style="list-style-type: none"> Planificación estratégica de recursos humanos en salud, incentivos salariales para servicio en provincias y revalorización del trabajo de los agentes.
Fuerte migración de profesionales, en aumento.	<ul style="list-style-type: none"> Regulación de las vacantes universitarias conforme a la demanda de los servicios y relanzamiento de la Acreditación de Facultades y Escuelas de Ciencias de la Salud.
Distribución institucional inadecuada de recursos humanos.	<ul style="list-style-type: none"> Planificación estratégica interinstitucional de recursos humanos en salud entre Minsa, EsSalud y Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales

Problemas relacionados con el ámbito de formación y capacitación	Intervenciones propuestas
Oferta masiva de formación de pregrado en salud inducida por amplia demanda internacional.	<ul style="list-style-type: none"> Contención de la multiplicación de facultades de ciencias de la salud por la vía de la acreditación y la planificación. Para esto se requiere cambiar la ley universitaria. Además, cabe aclarar que lo que se requiere es la habilitación obligatoria de las universidades y no sólo un esquema de acreditación voluntaria y autorregulada, el cual ha demostrado su total inoperancia para regular dicho mercado.
Especialización sin correspondencia a necesidades del país, como mecanismo de inserción en mejores condiciones en mercado laboral.	<ul style="list-style-type: none"> Regulación del sistema de segunda especialización médica y de los postgrados y especializaciones de todas las profesiones de las ciencias de la salud desde el perfil de las plazas a contratar o nombrar por los demandantes (Minsa, EsSalud, Sanidades, privados).
Oferta de formación técnica en salud como negocio privado.	<ul style="list-style-type: none"> Alianza estratégica con el Ministerio de Educación para la regulación efectiva de la formación técnica en salud, supervisando y monitoreando los IST. Lo pertinente es un trabajo conjunto Minsa-Minedu, conducido por el poder ejecutivo, más que una alianza entre ambos.
Formación profesional en salud sin un sentido direccional.	<ul style="list-style-type: none"> Promoción de la segunda Reforma Universitaria en Salud, con una Comisión específica para su diseño y en un proceso participativo nacional.
Debilitamiento de la capacitación en servicio.	<ul style="list-style-type: none"> Establecimiento de un fondo o porcentaje del presupuesto anual para capacitación, para el desarrollo profesional continuo por competencias.

Problemas relacionados con el ámbito del trabajo	Intervenciones propuestas
Flexibilización y precarización crecientes.	<ul style="list-style-type: none"> Trabajo decente y productivo: nombramiento de contratados por méritos y establecimiento de un sistema de evaluación del desempeño,
Remuneraciones bajas y diferenciadas institucionalmente.	<ul style="list-style-type: none"> Revisión y reordenamiento del escalafón, trabajado interinstitucionalmente entre Minsa-EsSalud-Sanidades.
Subempleo creciente de los profesionales de salud.	<ul style="list-style-type: none"> Concertación sectorial para requerimiento de mayor espacio fiscal para salud y metas remunerativas reales.
Insatisfacción del personal de salud con aspectos importantes del trabajo.	<ul style="list-style-type: none"> Política de dialogo permanente y reconocimiento al mérito.
Alta conflictividad laboral.	<ul style="list-style-type: none"> Política de concertación y negociación.

El sector salud puede, desde ya, hacer mucho para recuperar la gobernabilidad en el campo de recursos humanos y para formular e implementar una nueva política de *mejor desempeño con desarrollo humano*, pese a la escasez fiscal y a tratarse de un problema no sólo sectorial sino multisectorial. Esto quiere decir que la nueva política propone paulatinamente reequilibrar el campo de recursos humanos en salud, tanto en cuanto a la relación entre el mundo del trabajo y el de la formación, como los equilibrios dentro de estos dos mundos: el equilibrio entre la cantidad y la calidad en la formación, y el equilibrio entre los sueldos y condiciones laborales (el régimen laboral) y el desempeño.

Cada medida de política a implementarse supone una conducta proactiva. Por eso se proponen, como

estrategias adicionales, las de gobernar la educación desde las plazas ofertadas y sus perfiles; relanzar con nuevas características la acreditación y generalizarla para todos los pregrados, especializaciones y postgrados en salud; formular concertadamente la segunda reforma universitaria en salud; asumir los nombramientos de contratados como parte de un nuevo régimen de premiación del mejor desempeño; abrir el diálogo y la concertación nacional y sectorial sobre los graves problemas existentes sobre recursos humanos y sus enormes potencialidades para el desarrollo; concertar sectorialmente el requerimiento, siempre permanente, de un mayor espacio fiscal para salud; y trabajar conjuntamente con el sector educación para lograr soluciones en este campo.

4.3 Análisis de costos y beneficios de las opciones de política

Los problemas mencionados son parte de un problema mayor y, por demás, complejo, pues tiene altas externalidades al sector salud. Así, por ejemplo, el tema de las migraciones y de la independencia cada vez mayor de los aparatos formadores respecto a los proveedores de servicios obliga a trabajar en el nivel de las políticas públicas, yendo más allá de las políticas sectoriales e institucionales. Se requiere introducir en la Agenda Nacional este tema, "propositivamente", porque los gremios lo elevan como queja, pero compete enfocarlo como tema de interés nacional, en que se juega el destino de la nación: el escenario probable, de no hacerse nada, es la generalización de la educación superior en salud en el país para egresados emigrantes. El Perú como proveedor de técnicos y profesionales hacia fuera, dada la falta de trabajo dentro, actuando la franja que no se pueda ir, además, como factor de compresión de los salarios de los que laboran.

De esta manera, los costos de la inacción frente a los

problemas presentes en el campo de los recursos humanos son los costos del escenario probable de no hacerse nada, esto es, la conversión paulatina de la educación superior en plataforma de exportación, sin posibilidad real de control de su calidad, con impacto negativo hacia los servicios nacionales; y de rebote, la paulatina conversión del sistema de salud en un sistema de pobres para pobres. Aquí la pobreza no refiere sólo a los magros ingresos del personal sino a sus bajas competencias profesionales.

La emigración a otros países es, de otro lado, una fuga de capital humano realmente necesario en el país. La baja calidad de los nuevos profesionales de salud redundaría también en un bajo capital humano para el desarrollo del país, pues tanto los que atienden como los atendidos se verían limitados para el desarrollo de las potencialidades que poseen. En pocas palabras, la inacción se traduciría en grandes costos para el desarrollo del país en el mediano y/o largo plazo.

4.4 Obstáculos para la implementación

Señalamos tres posibles obstáculos para una política de reasunción de la regulación. El primero es la probable resistencia de las universidades de baja calidad o con enfoque no educativo de la formación, las cuales basan sus objetivos (de oferta y/o captación) en el simple lucro, viendo la educación como un simple negocio. Podrían ser las primeras en oponerse a toda intención de fortalecimiento de la rectoría en recursos humanos, pues medidas de políticas relacionadas con la regulación atentarían directamente a la rentabilidad de sus "negocios".

El segundo es la dimensión nacional y no sólo sectorial

del problema, lo que hace que la solución corresponda a una coordinación con el Ministerio de Educación y Ministerio de Trabajo, entidades que aparentemente no colocan en el primer plano la acreditación de instituciones educativas.

El tercero es la existencia de un techo fiscal bajo para el sector salud, en tanto el presupuesto destinado a salud en el Perú traduce su consideración como punto subordinado a otros en la agenda nacional. El gasto en salud per cápita prácticamente no se ha movido en los últimos 10 años. Requiere en paralelo, por tanto, un pacto sectorial por más recursos para salud.

4.5 Hoja de ruta: medidas sugeridas

100 días:

- Consejo Consultivo de Recursos Humanos, que concerte la nueva política.
- Fortalecimiento de las capacidades de gobierno en recursos humanos.
- Oferta planificada del perfil de plazas nuevas del Minsa y EsSalud.
- Relanzamiento de la Comisión de Acreditación de Facultades o Escuelas de Medicina (Cafme) y extensión de la acreditación.
- Reforma del Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos (IDREH) y de la Oficina de Gestión de Personal del Minsa y refundación en un nuevo instituto de RHS.
- El mejor equipo al mando del gobierno en el campo de recursos humanos.
- Diálogo sectorial y nacional sobre RRHH; convocatoria a Conferencia Nacional especializada en RRHH en salud.
- Estrategias de redistribución para la equidad en la disponibilidad: establecer incentivos para el trabajo en salud en zonas con mayores necesidades de salud. Valoración de agentes comunitarios de salud.

Un año:

Estrategias para la gobernabilidad del campo de recursos humanos

- Diálogo y concertación nacional y sectorial sobre los graves problemas existentes sobre humanos.

Estrategias de mejora de las condiciones y relaciones laborales, la capacitación y la satisfacción con el trabajo

- Impulso a un nuevo marco normativo laboral integral en salud.
- Desarrollo profesional continuo por competencias.

Estrategias para la formación pertinente y de calidad de los recursos humanos en salud

- Acreditación de instituciones formadoras y certificación de la competencia profesional.
- Promoción de un horizonte más amplio para la formación en salud: un nuevo proyecto de Reforma de la Formación en Salud.

Estrategias para el manejo de conflictos laborales

- Concertación sectorial para un mayor presupuesto para salud.

Cinco años:

Estrategias para la gobernabilidad del campo de recursos humanos

- En marcha la formulación participativa de políticas de gestión y desarrollo de RHS.
- Planificación estratégica de recursos humanos en salud.
- Gestión integrada y descentralizada de RHS.
- Investigación y acción en gestión y desarrollo de RHS.
- Fortalecimiento institucional conseguido del nuevo Instituto de RRHH.

Estrategias de mejora de las condiciones y relaciones laborales, la capacitación y la satisfacción con el trabajo

- Mecanismos establecidos de relación laboral para un trabajo decente y productivo, aumentando la satisfacción de usuarios internos.

Estrategias para la formación pertinente y de calidad de los recursos humanos en salud

- Regulación instalada de las vacantes y perfil de egresados de las entidades formadoras.
- Formación de recursos humanos en salud sobre la base de necesidades de salud de la población y del nuevo modelo de atención.

- Ames, Rolando, Enrique Bernales et. al.
2000 *Situación de la democracia en el Perú. 2000-2001*. Lima: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú.
- Apoyo Comunicaciones
2001 *El Comercio Anuario 2000-2001*. Lima.
- Arroyo, Juan y Marina Irigoyen
2005 *Desafíos de la democracia participativa local en la descentralización: Una lectura a partir de doce experiencias*. Lima: DFID, Care Perú.
- Arroyo, Juan
2004 "A medio quinquenio en salud". En: *Pobreza y Desarrollo en el Perú. Informe anual 2003-2004*. Lima: Oxfam.
- Bermejo, Rogelio
2002 "La planificación de la salud en el Perú". En: *OPS-Perú, Cien años de cooperación al Perú 1902-2002*. Lima: OPS, pp. 215-231.
- Bodero, María Elena
2003 *Los servicios de agua y saneamiento en el Perú. Un diagnóstico y estadísticas*. Lima: PAS BM - ACIDI.
- Bossert, Thomas
2000 *La descentralización de los sistemas de salud en Latinoamérica: un análisis compartido de Chile, Colombia y Bolivia*. PHR.
- Bustíos, Carlos
1998 *Situación de la fuerza de trabajo médica en el Perú*. Lima: Escuela Nacional de Salud Pública.
- Calderón Cockburn, Julio
2004 *Agua y Saneamiento: El caso del Perú Rural*. Lima: ITDG, Oficina Regional para América Latina.
- CIES-Observatorio del Derecho a la Salud, Cedep
2005 *Construyendo ciudadanía. El derecho humano al agua*. Lima: febrero.
- CIES-Observatorio del Derecho a la Salud, ForoSalud
2005 *II Conferencia Nacional de Salud. Hacia una reforma sanitaria por el derecho a la salud*. Lima.
- CIES-Observatorio del Derecho a la Salud, ForoSalud
2005 *II Conferencia Nacional de Salud. Hacia una reforma sanitaria por el derecho a la salud*. Lima.

- Cohen, Jean y Andrew Arato
2000 *Sociedad Civil y Teoría Política*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Comisión Nacional por la Segunda Reforma Universitaria
2002 *El Sentido de la Segunda Reforma Universitaria*. Lima.
- Consejo Nacional del Ambiente
2001 *Informe Nacional sobre el Estado del Ambiente 2001*. Lima.
- Dienel, Meter y Harm Hans
2000 *Repensar la democracia. Los nuevos núcleos de intervención participativa*. Barcelona: Ediciones Serval.
- Dirección General de Salud Ambiental
www.digesa.sld.pe
- Fondo Nacional del Ambiente
2003 *Foro Internacional. Humanizando el transporte: experiencias y oportunidades*. Lima.
- ForoSalud
2003 *Anteproyecto de Ley de Democratización de la Gestión Pública en Salud*. Lima.
- Francke, Pedro
2005 "Propuestas de reforma de programas nutricionales infantiles en el Perú". En: *Actualidad Económica*. Lima: marzo.
- Hall, Tom
2001 *Metodología de Planificación de Recursos Humanos en Salud*. Cuernavaca: Funsalud-Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Hirschman, Albert
1970 *Exit, Voice, and Loyalty. Responses to Decline in Firms, Organizations, and States*. Massachusetts: Cambridge, Harvard University Press.
- INEI
2005 Nota de Prensa N° 191. Lima: www.inei.gob.pe
- Korc, Marcelo
2004 "Exposición a contaminantes del aire en áreas urbanas e industriales del Perú". En: *Hojas de divulgación técnica*. N° 94, setiembre. Centro Panamericano de Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente/ Organización Panamericana de la Salud.
- Lipietz, A.
1986 "New tendencies in the international division of labour: regimes of accumulation and modes of regulation". En: A. Scott y M. Storper, eds., *Production, work, territory: the geographical anatomy of industrial capitalism*. Londres.
- Ministerio de Educación del Perú, Unidad de Estadística Educativa
2004 *Cifras de la Educación 1998-2003*. Lima: Minedu, mayo.
- Ministerio de Salud y Organización Panamericana de la Salud
2004 *Cuentas Nacionales de Salud. Perú 1995-2000*. Lima: Minsa/OPS.
- Ministerio de Salud
2001 *Por un país saludable. Propuesta de Políticas para la Salud*. Lima.
- Ministerio de Vivienda, Construcción y Saneamiento.
2004 *Pronasar, acercando el bienestar a quienes viven lejos*. Versión Lima: folleto y página web.

Organización Panamericana de la Salud

2004 *Situación de la Salud en las Américas. Indicadores básicos*. Washington DC.

Organización Panamericana de la Salud

1982 *Red Panamericana de Muestreo de la Contaminación del Aire. Informe final 1967-1980*. Lima: División de Protección de la Salud Ambiental. Serie Técnica 23.

Panfichi, Aldo (editor)

2002 *Sociedad Civil, Esfera Política y Democratización en América Latina: Andes y Cono Sur*. Lima: Fondo Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Perú /Fondo de Cultura Económica.

Rubín de Celis Enrique, Rogelio Bermejo y Manuel Sotelo

1994 *Aportes para un Modelo de Atención*. Lima: Ministerio de Salud-Dirección Ejecutiva de Servicios de Salud.

Vallejo, Nilo

2002 "Desarrollo de los Recursos Humanos de Salud en el Perú". En: *OPS-Perú, Cien años de cooperación al Perú 1902-2002*. Lima: OPS.

Viola, Eduardo

2004 "Reflexões sobre as dimensões da globalização, as novas forças internacionais e a redefinição do horizonte da democracia". En: Gerschman, Silvia & Werneck Vianna, Maria Lucia. *A Miragem da Pos-Modernidade: Democracia e políticas sociais no contexto da globalizacao*. Río de Janeiro: Editora Fiocruz.