

reorientar los servicios de salud y atender la complejidad y heterogeneidad del perfil epidemiológico de la población y responder a la falta de capacidad adquisitiva y representatividad de los usuarios; para profundizar el proceso de descentralización en salud y hacer de la salud un eje transversal que promueva la sinergia de políticas públicas específicas como nutrición, educación, saneamiento, entre las principales, con otros ministerios (14).

Referencias bibliográficas:

1. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). *La Pobreza en el Perú 2003-2004*. Lima: 2005.
2. Instituto Cuánto. *Anuario estadístico: Perú en números 2005*. Lima.
3. Tuesta, David. "Crecimiento, desigualdad y conflicto". *El Comercio, Sección Economía*. 05 noviembre 2006, p. B3.
4. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). *Encuesta demográfica y de salud familiar-ENDES Continua 2004-2005*. Lima, 2006.
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). *Encuesta nacional de demografía y salud (ENDES 2000)*. Lima, 2001.
6. Ministerio de Salud. *Defunciones Perú 1998*. Lima, 2000.
7. MINSAs-OPS/OMS. "Caracterización de la exclusión social en salud en el Perú. Informe Final". Lima, 2003.
8. OPS-MINSAs. *Perú: Cuentas nacionales en salud 1995-2000*. Lima, 2003.
9. Sen, Amartya. "Why health equity". *Health Economics*, 11:659-66, (2002) <http://www.interscience.wiley.com>
10. Kusnetz, Simón. "Economic Growth and Income Inequality". *American Economic Review*, marzo 1955.
11. Petrera, Margarita. *Balance de las políticas de salud, Informe Anual Oxfam GB 2006-2007*. Lima: CIES, 2007.
12. *Salud en las Américas 2007*, vol. II –Países. Publicación Científica y Técnica N° 622, OPS/OMS.
13. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. *Hacia el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo del Milenio en el Perú. Informe 2004*.
14. OMS, Comisión sobre determinantes sociales de la salud. "Resumen Analítico del Informe Final: Subsana las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud", 2008. www.who.int/social_determinants. ■

LA SALUD HOY: LOS RETOS DEL NUEVO MINISTRO

Pedro Francke

Profesor del Departamento de Economía de la PUCP

1. Situación de la salud y de las políticas de salud

La pobreza, la enfermedad y la muerte siguen siendo muy agudas en el Perú, afectando a las mayorías nacionales con una fuerza terrible. La pobreza se mantiene en 40%, a pesar de 7 años de crecimiento económico. La situación de salud de la población sigue siendo peor que la de países vecinos y con enormes desigualdades, a pesar de algunos avances en atención institucional de partos y tratamiento de enfermedades como el VIH/SIDA. La tasa de mortalidad infantil es todavía superior a 23 por mil, pero en Puno supera los 53 por mil. La tasa de mortalidad materna es de 164, el doble del promedio latinoamericano, y muy lejos de la meta de 66 fijada por los Objetivos del Milenio.

Un estado débil y mal manejado, una alta concentración del poder y la riqueza, y una sociedad que no termina de priorizar y saber cómo proteger su salud, son los principales causantes de fondo de esta situación. El gasto en salud permanece en niveles bajísimos, en particular el aporte del Tesoro Público no llega al 1,5% del PBI mientras el promedio de América Latina es de 3,3%, lo que se debe a un modelo económico que no reparte la riqueza ni da importancia a lo social.

A continuación, un análisis que detalla las políticas de salud en 3 ejes: los determinantes sociales de la salud, el acceso a la atención y el aseguramiento en salud, y la gobernabilidad democrática y la participación ciudadana en salud.

2. Determinantes sociales de la salud

En relación a los determinantes sociales de la salud, sabemos que una política y un sistema de salud, concentrados solamente en atender los daños más no en evitarlos, no puede ser eficaz ni hacer efectivo el derecho a la salud. La promoción de la salud debe controlar y afectar los diversos factores que favorecen la enfermedad, la discapacidad y la muerte, a todo nivel. La falta de agua potable y saneamiento, que sufren 30% y 45% de los peruanos respectivamente, facilita la trasmisión y desarrollo de múltiples enfermedades, en particular de las enfermedades diarreicas que todavía hoy ocupan el segundo lugar en el Perú como responsables de muerte infantil. 23% de los niños menores de 5 años sufre de desnutrición crónica y 69% de los niños menores de 2 años sufre anemia, afectando su desarrollo fisiológico y cognitivo de manera irreversible. Esto ha sido provocado porque, sobre todo entre los pobres, hay una falta de acceso a alimentos saludables, pocos conocimientos y malos hábitos de alimentación, salud y cuidado infantil y una falta de acceso a servicios de calidad, que han sido facilitados por la inexistencia de una adecuada política y programas nutricionales.

La deficiente educación en relación a la salud es una de las principales causas de los serios problemas nutricionales y la mortalidad materna e infantil. Impide además que se logren mejoras posibles en salud bucal, prevención de diabetes y enfermedades del corazón, reducción de embarazos no deseados y abortos, control de enfermedades transmisibles como el VIH/SIDA, la malaria o el dengue, y reducción del consumo de tabaco, drogadicción y alcoholismo. Un medio ambiente contaminado sin controles adecuados es otra causa seria de enfermedad y muerte en el Perú, destacando la contaminación del aire en Lima y en La Oroya, el uso descontrolado de agroquímicos nocivos para la salud, la contaminación de ríos por desechos químicos industriales y del procesamiento de la coca así como de aguas servidas no tratadas. Se estima que el costo económico de la salud perdida por razones ambientales asciende a 3,300 millones de soles anuales por morbilidad y 1,600 millones de soles anuales por mortalidad y provoca alrededor de 6 mil muertes cada año.

Recién hace 4 años se creó una Dirección de Promoción de la Salud en el Ministerio de Salud. Sin embargo, la Promoción de la Salud no ha tenido el apoyo y cambios necesarios para que tenga un impulso mucho más decisivo, cambios que incluyen: (i) un compromiso político muy firme de alto nivel —incluyendo al Presidente, al

Primer ministro y al Congreso— de priorizar la salud pública en el conjunto de políticas y sectores públicos, (ii) establecer organismos intersectoriales (al interior del estado) y de concertación con sectores públicos y privados para promover esfuerzos específicos sobre todos estos temas, (iii) un liderazgo político y social de las autoridades en salud pública, y (iv) una clara estrategia política y comunicacional.

La descentralización y el involucramiento de los gobiernos locales son una oportunidad a aprovechar para promover la promoción de la salud, ya que a nivel regional, local y comunal es más fácil la coordinación intersectorial e interinstitucional, el trabajo conjunto estado-sociedad, y la relación con las redes y organizaciones sociales, factores que son claves en el trabajo de promoción de la salud.

3. Acceso universal a una atención en salud de calidad

Entre 20% y 25% de los peruanos que reportaron enfermedad y sentían la necesidad de tener una consulta de salud, no tuvieron una atención de salud.¹ Las barreras principales son razones económicas (20% de los que no consultan), pero también por razones de no haber establecimiento cercano y falta de confianza (11%). La distancia, la calidad y la adecuación cultural son mucho más importantes para la no atención en zonas rurales. Cerca del 60% de la población no tiene un seguro de salud, y a muchas familias pobres se les exige pagos por la atención impidiéndoles el acceso a ésta.

Reducir las barreras económicas tiene por ello una gran importancia en el Perú para hacer efectivo el derecho a la atención de salud. El Seguro Integral de Salud (SIS) ha sido un avance al respecto, habiendo promovido un aumento en la cobertura de partos institucionales. Sin embargo, el efecto en general del SIS se ha visto muy limitado, ya que, al no haberse sustentado con recursos presupuestales (el 9% de las prestaciones no fue cubierta por problemas de caja²), se han generado serios problemas a los establecimientos de salud, terminando por desvirtuar el derecho, haciendo que se genere discriminación y colas desatendidas. Durante el actual

1 Fuente: Informe Técnico N° 03, Encuesta Nacional de Hogares sobre Condiciones de Vida en el Perú – Junio 2008. INEI, setiembre 2008. La cifra no es exacta porque los cuadros del informe no permiten diferenciar con exactitud si las personas enfermas sienten que necesitan la consulta o no.
 2 Fuente: "Hacia un nuevo contrato social", Banco Mundial, 2006.

gobierno, el DS 006-2007 ha modificado los planes de atención del SIS, ampliándolos a toda la población (antes concentrado en madres gestantes y niños y jóvenes hasta 17 años), pero ha limitado los tipos de atenciones que se cubren, que hoy solamente alcanzan a un 20% a 25% de las causas de morbilidad en el Perú. Al mismo tiempo, el SIS ha tenido serias acusaciones de corrupción y se mantienen serios problemas de gestión en el sistema de salud, lo que ha llevado a muchas críticas de la población al SIS.³

En la actualidad se viene discutiendo en la Comisión de Salud del Congreso una Ley de Aseguramiento Universal en Salud; sin embargo, más allá de los necesarios arreglos institucionales —dentro de los cuales está el acabar con el actual sistema segmentado y dar paso a un Sistema Integrado o único—, será difícil avanzar en cubrir efectivamente los riesgos en salud de la mayoría de la población si no se cuenta con mayor presupuesto y una mejor gestión. En términos presupuestales, el SIS calculó que para cubrir el 65% de los riesgos, se necesitaban 1,050 millones de soles anuales de mayor presupuesto, mientras que ForoSalud calculó que para cubrir 85% de la carga de morbilidad, hacían falta 1,400 millones de soles de presupuesto, que en la actual coyuntura económica demandarán una quebrada de brazo al ministro Valdivieso. Por otro lado, la gestión del sistema de salud, de su sistema hospitalario y de sus redes de atención primaria, también requiere una mejora sustancial, que no se resolverán solamente con mecanismos financieros mediante la mejora de gestión del SIS u otro ente asegurador.

Pero en zonas rurales en particular, a las barreras económicas al acceso se suman otras de tipo geográfico, organizacional y cultural. En relación a las barreras geográficas, permanecen problemas, sobre todo en mediana y alta complejidad. Una inadecuada política de recursos humanos en muchas zonas ha agravado la situación, al facilitar el traslado de médicos a hospitales urbanos y reducir sus incentivos a su permanencia en distritos rurales que es donde hay problemas de acceso geográfico, lo que debe ser revertido. Nuevas alternativas como los equipos locales itinerantes de trabajo extramural en salud (ELITE) o brigadas itinerantes y el mejoramiento de infraestructura y equipos en algunas zonas, han sido hasta la fecha muy limitados, requiriendo una evaluación pormenorizada y un impulso y un presupuesto mucho

mayor. Las barreras geográficas se agravan por problemas organizacionales, con horarios de atención inadecuados, con redes de servicios débilmente organizadas, y con problemas de comunicación y transporte hacia niveles de mediana y alta complejidad. Finalmente, la necesaria interculturalidad de la atención de salud, que debe ser atendida con prioridad, no ha sido resuelta, a pesar que ha habido también avances en relación a las barreras culturales con las iniciativas de parto culturalmente adaptado, pero estas iniciativas no se han extendido a otros servicios ni han resuelto la cuestión de un verdadero diálogo intercultural en salud que revalorice los conocimientos tradicionales. Una iniciativa fuerte para mejorar la salud en zonas rurales es indispensable.

4. *Gobernabilidad democrática y participación ciudadana*

La huelga médica, con altos niveles de confrontación entre los gremios médicos y el ministro del ramo, ha mostrado nuevamente de forma dramática los problemas de gobernabilidad del sector salud. Viendo la situación desde una perspectiva más amplia que la de los reclamos laborales y de este sector de profesionales de la salud, sabemos que los problemas de salud o educación rebasan de lejos las capacidades del Estado y requieren amplitud de alianzas y pactos sociales de largo plazo para soluciones sostenibles. Sin embargo, nuestro régimen institucional es tal que el sector salud atiende la provisión de servicios pero no la formación de voluntades colectivas plasmadas en políticas públicas, porque se concentra en la gestión de sus aparatos proveedores, y soslaya la relación Estado-sociedad.

Como dice un reciente pronunciamiento de ForoSalud:

Hace ya dos años, ForoSalud presentó al nuevo gobierno un plan de emergencia para la salud pública y una propuesta de reforma por el derecho a la salud, incluyendo una política de recursos humanos y espacios de diálogo, permanentes e institucionalizados con las organizaciones gremiales. Empero, en este tiempo, la situación de la salud pública, lejos de mejorar, ha empeorado. Lo mismo ha pasado con los recursos humanos en salud. Esta situación se ha hecho patente en los últimos meses en la incapacidad de respuesta del gobierno a las demandas del gremio médico y trabajadores de la salud. En las regiones de La Libertad, Puno, Cusco, Huancavelica y Loreto durante meses los servidores públicos de salud han paralizado sus labores, sin que hayan tenido respuesta.

3 Así lo establecen los informes de vigilancia de la Defensoría del Pueblo y de ForoSalud.

Ante ello, es de necesidad urgente, por la salud y la vida de peruanos y peruanas, que se depongan las actitudes de confrontación, que dejan de lado a los ciudadanos, usuarios de los servicios de salud, que son la razón de ser del sistema de salud. Hacemos en particular, un llamado al gobierno a que efectivamente priorice la salud pública en el presupuesto y en la agenda del gobierno, convoque a un Diálogo Nacional, democrático y verdaderamente participativo, para la discusión de un Plan Nacional de Salud y reforme su política de recursos humanos, estableciendo las condiciones para que los médicos, profesionales y trabajadores de la salud puedan convertirse en actores claves de una reforma que garantice el derecho a la salud para todos y todas. (La República, 21 de setiembre de 2008).

Por otro lado, como instancias de participación ciudadana, a nivel nacional, se ha establecido el Consejo Nacional de Salud (CNS) con participación de diversos prestadores, gremio médico y un representante de la sociedad civil (entre 11). En el CNS se ha logrado la aprobación de los Lineamientos de Política en Salud Mental y Medicamentos por parte del Consejo Nacional de Salud, así como de varios proyectos de ley importantes. Sin embargo, este organismo ha funcionado de manera intermitente y no ha logrado discutir participativamente y aprobar un Plan Nacional de Salud, como es su mandato legal.

En el nivel regional, con el aporte importante de Forosalud se han realizado importantes e innovadoras contribuciones a la construcción participativa de las políticas de salud. Destacan, entre otros, los procesos de diagnóstico participativo de salud desarrollados sobre cuya base se formularon propuestas de Lineamientos de Política Regional de Salud en muchas regiones entre 2003-2005; las varias Conferencias Regionales de Salud; las consultas ciudadanas de La Libertad y Lambayeque con más de 300 mil votantes en los años 2004-2005. Sin embargo, a pesar de la iniciativa y avance en la participación de la sociedad civil en salud, consideramos que existen aún barreras a la participación ciudadana en salud.

En el nivel local, es la Administración Compartida de los Servicios de Salud mediante los Consejos Locales de Administración de Salud (CLAS) la principal iniciativa de relacionamiento estado-sociedad para una mejor gobernabilidad democrática. Los CLAS funcionan en cerca de dos mil centros y puestos de salud y consisten en un consejo compuesto por un médico del Ministerio de Salud (MINSA) (jefe del establecimiento o de la microrred) y 6 representantes de la comunidad. Los CLAS se constituyen como sociedades sin fines de lucro (la

misma forma jurídica de las ONGs por lo que pertenecen al ámbito privado y no público), ejecutan el plan local de salud —cuya aprobación y financiamiento es acordado con el Ministerio de Salud— y deciden asuntos como las contrataciones de personal, los horarios de atención, las compras de ambulancias y equipos y el mantenimiento de la infraestructura. Hoy, los CLAS gestionan al 30% de los establecimientos de primer nivel de atención de la salud.

Sin embargo, con el nombramiento de médicos realizado en los últimos años, “el número de horas financiadas se han reducido en alrededor de 1.718 horas diarias; esta situación se produce porque alrededor de 360 médicos de diez horas y 137 de ocho horas, trabajan con un contrato que no los obliga a más de seis horas”.⁴ Más importante aún, con este nombramiento los CLAS pierden control sobre los médicos, perdiendo entonces mucha de su autonomía de gestión. Además, muchos médicos nombrados quieren, y eventualmente logran, ser “destacados” a hospitales en las capitales de departamento, pero sin que sean reemplazados en sus plazas en los centros o puestos de salud en distritos alejados, afectando así sensiblemente el servicio de salud (estos “destaques” son uno de los puntos de la plataforma de la actual huelga médica). Un reciente cambio importante en relación a los CLAS se ha dado este año con la promulgación de la Ley 29124 “que establece la cogestión y participación en los establecimientos de primer nivel de atención del Ministerio de Salud y las regiones” y su reglamento, el DS 017-2008-SA.

La descentralización, que los CLAS abordan de una manera particular y alejada hasta la fecha de la institucionalidad existente de gobiernos subnacionales, es probablemente el principal reto para la gobernabilidad del sector. La descentralización en salud ha avanzado en los últimos años mediante la transferencia de presupuesto (el previamente existente, sin aumento ni mejor distribución), funciones y poder a los gobiernos regionales.

La descentralización hacia los gobiernos regionales avanzó sustancialmente entre el 2003 y el 2006. Por ejemplo del presupuesto institucional modificado (PIM) 2008 del programa de salud individual, 2.177 millones corresponden al nivel central (de los cuales 1.865 son gastados en Lima y Callao y sólo 312 en

4 Portocarrero, Augusto. “Financiamiento de los establecimientos CLAS”. *Boletín de Alerta del Observatorio del derecho a la Salud*, N° 7, agosto 2006.

otros departamentos), 1.765 al nivel regional y 261 al nivel municipal⁵.

En la actualidad, podemos caracterizar la situación de la descentralización en salud de la siguiente manera resumida. Una amplia gama de funciones y competencias han sido transferidas a los gobiernos regionales, aún cuando muchas de ellas han sido transferidas sin presupuesto. Buena parte del presupuesto del gasto corriente en salud ha sido transferido a los gobiernos regionales (a excepción de Lima Ciudad), que hoy pagan prácticamente todo el gasto en personal y la mayor parte del gasto en medicamentos. Sin embargo, esa transferencia de recursos se realiza bajo normas muy detalladas y estrictas establecidas por el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), de tal manera que la autonomía de gestión se ve seriamente limitada. Parte de las decisiones sobre el personal —a quien contratar, a quién destacar, qué ascensos otorgar, etc.— recaen sobre las Direcciones Regionales de Salud. Sin embargo, la política de recursos humanos —fijación de remuneraciones, condiciones de entrada y de salida— dependen de leyes y reglamentos nacionales. Como muchas políticas o medidas administrativas en relación a los profesionales y trabajadores requieren de fondos, y estos son controlados por el MEF, la mayor parte de la política de recursos humanos termina dependiendo crucialmente de esta entidad. Los directores regionales de salud son nombrados de manera autónoma por

los gobiernos regionales, como cargos de confianza (sin concurso). Están, por lo tanto, plenamente bajo la autoridad administrativa del gobierno regional, si bien están obligados a cumplir las normas nacionales en salud (en el marco de las funciones y competencia que permanecen en el gobierno central).

Ni el gobierno central ni los gobiernos regionales se han adaptado plenamente todavía a este nuevo marco de descentralización. Por un lado, no existe un espacio institucionalizado de relación entre los gobiernos regionales y sus direcciones regionales de salud, con el gobierno central y el MINSA. Lamentablemente, el llamado Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud carece de una instancia de coordinación entre nivel central y niveles regionales de gobierno en salud. Por otro lado, las reuniones que durante el gobierno anterior se hicieron de manera regular entre el MINSA y las Direcciones Regionales de Salud se descontinuaron.

Así, las necesidades de un diálogo nacional en salud se mantienen a pesar de que, desde hace varios años, y recogiendo parcialmente las propuestas de la sociedad civil, se han establecido diversos mecanismos de participación ciudadana en salud. El balance, sin embargo, muestra todavía grandes limitaciones de la participación ciudadana, provenientes tanto de las políticas públicas al respecto, como de la propia sociedad civil. ■

5 Consulta a Ventana Amigable del MEF, <http://ofi.mef.gob.pe/transparencia/Navegador/default.aspx>, realizada el 26 de setiembre del 2008.