

En este breve artículo, buscamos evaluar la política de salud desde dos puntos de vista: 1) los indicadores de salud disponibles; y 2) la propuesta de reforma sanitaria por el derecho a la salud que aprobó la II Conferencia Nacional de Salud².

Los resultados sanitarios

Para evaluar los resultados sanitarios, presentaremos información de dos fuentes: 1) los registros administrativos del Ministerio de Salud (MINSA) (véase el cuadro 1); y 2) los resultados preliminares de la ENDES (véase cuadro 2).

Salud infantil

Respecto de las vacunas, los datos del MINSA y de la ENDES se muestran contradictorios: mientras los primeros muestran una caída de la cobertura, los segundos muestran un incremento. Una posible explicación es que los indicadores del MINSA se basan en población proyectada, pues parece que los nacimientos se han reducido más rápido de lo esperado. Sin embargo, ninguna de estas informaciones refleja el problema de la calidad de las vacunas. Un reporte de la UNICEF-OPS indica que la cadena de frío en el Perú está en estado crítico, con apenas 5% de los establecimientos del MINSA que pueden garantizar



Foto CIES

Olvidados. El derecho a una atención de calidad no está en el centro de la preocupación del sistema.

la temperatura y, por lo tanto, la efectividad de la vacuna. Asimismo, se han presentado reportes recientes de desabastecimiento temporal de vacunas.

- 1/ Resumen del documento homónimo elaborado para medios de comunicación y financiado por ACIDI-IDRC. Podrá descargar la versión completa del documento desde <http://www.consortio.org/ba.asp>
- 2/ Véase: "Hacia una reforma sanitaria por el derecho a la salud". II Conferencia Nacional de Salud, Declaración política. Lima: Forosalud, agosto 2004. Disponible en www.forosalud.org.pe

Cuadro 1

Datos administrativos del MINSA

	1999	2000	2001	2002	2003
Vacunación					
DPT (3ra dosis)	98,90	97,70	91,30	94,80	94,20
Antisarampionosa	92,50	97,20	97,30	95,20	94,70
CRED ^{1/}		61,39	57,11	57,11	45,30
% de parto institucional		42,55	44,19	51,14	59,83
TBC					
Proporción SRI/SRE ^{2/}	73,40	72,20	70,50	65,90	60,80
Tasa de morbilidad registrada	165,40	155,60	149,10	140,30	123,70

1/: Control de crecimiento y desarrollo

2/: Sintomático respiratorio identificado/Sintomático respiratorio examinado

Fuente: Ministerio de Salud

Cuadro 2

Datos de la ENDES continua – primer ciclo

	1996	2000	2004
Partos institucionales			
Nacional	55	58	71
Rural	15	24	44
Vacunación nacional			
Antisarampionosa	86	84	90
DPT 3	77	85	87
Enfermedades diarreicas agudas (EDA) consultadas en centro de salud			
Nacional	30	39	48
Rural	31	38	54
Uso de métodos modernos de anticoncepción			
Nacional	41	50	47
Rural	27	40	33

Fuente: INEI (2005). *Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (ENDES) continua – 2004*. Lima: INEI, abril

En el caso del control de crecimiento y desarrollo (CRED), esta variable ha sufrido una caída en su cobertura, posiblemente exagerada por el problema de la población estimada, pero demasiado grande como para que se deba exclusivamente a ello. Entre las posibles razones de esta situación tenemos: las trabas en el cambio del modelo de atención, a uno integral, y el funcionamiento del Seguro Integral de Salud (SIS), que promueve otras atenciones (por ejemplo, de enfermedades diarreicas agudas-EDA). En efecto, de acuerdo con la ENDES, el tratamiento de las EDA en establecimientos de salud ha aumentado sensiblemente, en particular en las zonas rurales, lo que constituye otro indicador positivo. Una evolución similar se observa en el tratamiento de las infecciones respiratorias agudas (IRA), quizá como consecuencia de la implementación del SIS, así como de proyectos que han mejorado la calidad de la atención.

Salud materna y planificación familiar

En el caso del parto institucional también se ha presentado una situación similar: el porcentaje de cobertura ha aumentado en todos los años. La diferencia entre los datos del registro MINSA y los de la ENDES se debería a que los primeros se refieren solamente a la atención pública. Sin embargo, en ambos casos habría un aumento significativo de 15 puntos porcentuales en los años 2000 a 2003-2004. Los datos de la ENDES muestran que en las zonas rurales,

«...el tratamiento de las EDA en establecimientos de salud ha aumentado sensiblemente, en particular en las zonas rurales, lo que constituye otro indicador positivo»

donde la cobertura era menor, el incremento ha sido aún mayor. Los controles prenatales también se han incrementado. Esta mejoría sería producto de la intervención del SIS, así como de inversiones (Parsalud) y mejoras en la atención (Proyecto 2000-Pro-

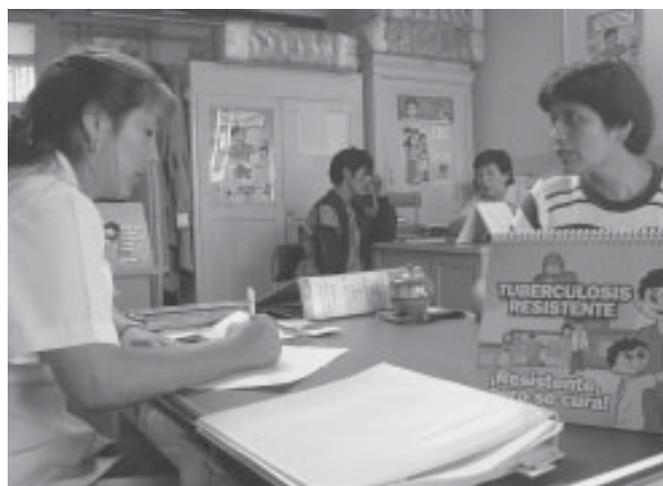


Foto MINSA

Deterioro en el tratamiento. El Perú tiene la más alta incidencia en TBC del continente.

grama de Capacitación Materno Infantil, CMI, y otras iniciativas realizadas en años anteriores, pero cuyo efecto se ve hasta ahora).

En cuanto a los métodos modernos de anticoncepción, entre los años 2000 y 2004, hubo un deterioro, en particular en las zonas rurales, que contrasta notablemente con la mejoría en los otros indicadores de salud materno-infantil. Esto se debería a dos razones: el embate desde las posiciones religiosas conservadoras contra los métodos que donó el MINSA en el período 2001-2003 y el hecho de que estas atenciones no se incluyeron en el SIS, como las otras que han sido analizadas.

Control de enfermedades transmisibles

En el caso de las actividades relacionadas con la atención de las personas con tuberculosis (TBC), estas han sufrido una permanente caída, tanto en la detección [Sintomático respiratorio identificado (SRI)/Sintomático respiratorio examinado (SRE)] como en los tratamientos proporcionados. El esfuerzo de detección es fundamental en el caso de la TBC, ya que si no se realiza una búsqueda activa entre las personas que son sintomáticos respiratorios, estas seguirán contagiando a terceros y agravando su propia enfermedad, pues tienen la creencia de que se trata de otra enfermedad del aparato respiratorio. Al haberse reducido el esfuerzo de captación, no es extraño que haya disminuido también la morbilidad registrada; sin embargo, ello no significa que haya menos casos de TBC, sino que el Gobierno conoce menos casos y, por lo tanto, son solo estos los que reciben tratamiento. Esto resulta grave en un país que tiene la más alta incidencia de TBC del continente.

La causa de esta evolución desfavorable se debería a las debilidades de gestión, como consecuencia del cambio total del equipo de TBC en el MINSA, que no fue reemplazado rápidamente por otro que fuera eficiente. Asimismo, a los problemas de adaptación del programa en el nuevo contexto del modelo de atención integral en salud (MAIS).

Síntesis

Un balance general parece indicar que el SIS ha funcionado como estrategia para aumentar la cobertura de atenciones materno-infantiles clave. Sin embargo, al mismo tiempo, los problemas de gestión y de implementación del modelo de atención integral han llevado a que prioridades de salud pública se debiliten, como es el caso de las vacunaciones (cadena de

Salud descentralizada.
Se espera que la atención llegue a un mayor número de personas.



Foto CIES

frío), los controles de crecimiento y desarrollo, la TBC y la planificación familiar.

Reforma sanitaria: ¿hemos avanzado en un nuevo marco de políticas que asegure el derecho a la salud?

Dirección política y recursos para salud

Un primer aspecto fundamental para hacer realidad el derecho a la salud es que haya una dirección política que otorgue prioridad a la salud y mantenga el rumbo durante un largo período, siempre y cuando se cuente con el compromiso del aparato del Estado en su conjunto.

En el caso del MINSA, esta cartera ha tenido cuatro ministros en menos de cuatro años y la dirección de las gestiones ministeriales ha sido muy diversa. Además, estos cambios han implicado una rotación constante de los funcionarios que se ubican en los escalones intermedios, lo cual ha afectado la capacidad institucional.

Al mismo tiempo, en los niveles presidencial, del Primer Ministro y de las otras carteras ministeriales, no ha existido mayor interés en afrontar intensiva y coherentemente la problemática de la salud. Si los cambios de ministros y de políticas son una muestra de ello, la poca presencia del tema de la salud en la agenda presidencial y del Primer Ministro, la escasa

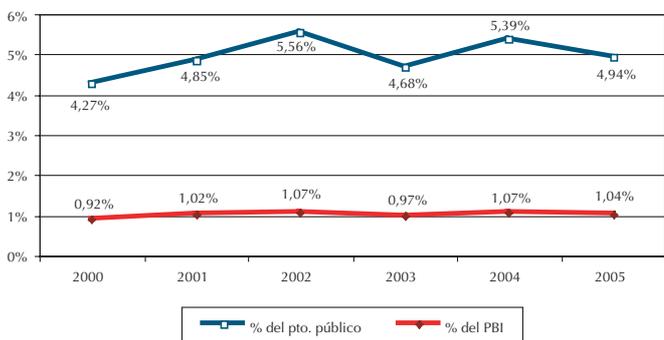
«...que haya disminuido [...] la morbilidad registrada; [...] no significa que haya menos casos de TBC, sino que el Gobierno conoce menos casos y, por lo tanto, son solo estos los que reciben tratamiento»

articulación interministerial en relación con la salud y el bajo presupuesto ratifican esta realidad.

En términos de presupuesto, a pesar de los incrementos producidos en lo que va de esta década, el porcentaje de participación del MINSA en el presupuesto general (alrededor del 5%) y en el PBI (alrededor del 1%) no ha variado de manera significativa, tal como se puede apreciar en el gráfico 1.

Gráfico 1

Participación del sector salud en el presupuesto general de la República y el PBI a precios corrientes^{1/ 2/} (En porcentaje)



1/: Para el sector salud: la información de los años 2000 a 2003 corresponde a la ejecución del presupuesto; el año 2004, al presupuesto modificado; y el año 2005, al proyecto de presupuesto remitido por el MEF.
 2/: El presupuesto general de 2004 corresponde al presupuesto modificado más el crédito (Ley 28254).
 Fuente: Ministerio de Economía y Finanzas (MEF), Dirección Nacional de Presupuesto Público y Marco macroeconómico multianual 2003-2005. Sistema Integrado de Administración Financiera (SIAF).

Readecuación programática

Los principales determinantes que condicionan la salud de la población se encuentran fuera de los servicios del Ministerio de Salud: medio ambiente, medio social, hábitos y costumbres, los cuales deben ser incorporados a las políticas de salud.

Las políticas de salud han avanzado lentamente en este terreno. En el año 2002, estas orientaciones se introdujeron en la nueva propuesta de política del sector e incluyó la organización de una Dirección de Promoción de la Salud. Esta unidad solo ha tenido una dinámica más importante a partir de los últimos meses del año pasado y los primeros meses de este año. Incluso, organizó el I Encuentro Nacional de Promoción de la Salud y elaboró sus propuestas de "Lineamientos de política y de Plan estratégico". Sin embargo, todavía no se ha convertido —o lo ha hecho débilmente— en una fuerza capaz de trans-

formar la dinámica del sistema de salud peruano. Recientemente, una iniciativa de EsSalud también resalta esta política, aunque nuevamente el divorcio entre los dos grandes prestadores/aseguradores públicos, MINSA y EsSalud, reduce la efectividad de las políticas.

Por otro lado, la capacidad del MINSA de actuar en forma efectiva sobre los aspectos de contaminación ambiental que generan más riesgo para la salud ha sido débil. Es más, no existe una articulación significativa de la Dirección General de Salud Ambiental (DIGESA) con las demás instituciones y autoridades ambientales en el Perú. Tan así es que se ha mantenido al margen de iniciativas como la orientada a eliminar el azufre de los combustibles. En el tema del agua, si bien se ha seguido con la vigilancia en las playas, la acción del MINSA ha sido débil o inexistente en relación con otros problemas serios —contaminación de ríos, como el Rímac y otros afectados por la minería; provisión de agua potable en zonas rurales y urbanas; control de calidad en empresas proveedoras—.

En cuanto al tema de nutrición, a pesar de que la dación del reglamento de alimentación infantil y la propuesta de política han significado un avance, esto no se ha reflejado en estrategias operativas que mejoren la respuesta de los establecimientos de salud en el tema nutricional y de los programas alimentario-nutricionales del Estado peruano. En la misma línea, la escasa relación entre el MINSA y el MIMDES-Pronaa en relación con los programas alimentarios es una situación que ha dificultado las reformas, ya que el directorio multisectorial que se creó para el Pronaa —con participación del sector salud— fue posteriormente desactivado.



Foto CIES

Menor calidad. Los datos del MINSA mostrarían una menor efectividad de las vacunas.

«Los principales determinantes que condicionan la salud de la población se encuentran fuera de los servicios del Ministerio de Salud: medio ambiente, medio social, hábitos y costumbres...»

En síntesis, el panorama de la readecuación programática con énfasis en la promoción y la intersectorialidad registra algunos avances limitados, concentrados básicamente en la promoción de la salud.

Reforma democrática en salud

Una de las grandes demandas en la transición democrática era, precisamente, modificar la relación vertical entre el Estado y la población, para abrir paso a un modelo político más participativo y horizontal entre el Estado y la sociedad civil. La principal iniciativa del actual Gobierno, al respecto, fue la presentación, aprobación y puesta en marcha de la Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud (SNCDS). Esta ley establece un espacio de participación limitado de la sociedad civil en el Consejo Nacional de Salud (CNS) y los consejos regionales de salud, pues solo hay un representante de la sociedad civil y uno del Colegio Médico en estos organismos, frente a cuatro de los distintos organismos públicos proveedores/aseguradores de salud (MINSA, EsSalud, Sanidad de la Policía Nacional del Perú, Sanidad de las Fuerzas Armadas). Además, estos organismos mezclan dos funciones: la discusión de políticas y la coordinación entre proveedores. Finalmente, el SNCDS no establece un mecanismo de comunicación o de relación entre el CNS y los consejos regionales o entre estos y los consejos provinciales.

La experiencia de tres años de funcionamiento del SNCDS es decepcionante. En el primer año, la participación de la sociedad civil fue totalmente desvirtuada durante la gestión del ministro Carbone, quien, con la complicidad del entonces Dr. Francisco Sánchez Moreno, organizó unas elecciones tramposas y fraudulentas para impedir que las fuerzas críticas a su gestión de la sociedad civil ganaran las elecciones. Posteriormente, el CNS no se ha convertido en el espacio privilegiado de concertación entre el Estado y la sociedad civil, pues no se ha discutido los temas principales de la agenda política del sector ni se ha avanzado en las propuestas centrales de refor-



Foto MINSA

En aumento. El tratamiento de las EDA en establecimientos de salud ha aumentado sensiblemente.

ma necesarias. Los Consejos Regionales de Salud tienen, por otro lado, experiencias disímiles: algunos de ellos han establecido espacios amplios de participación de la sociedad civil y han avanzado en las discusiones de los planes estratégicos regionales de salud, mientras que otros han desvirtuado dicha participación.

Sobre la participación ciudadana, la actual gestión viene abriendo puertas a la ciudadanía mediante la "Cruzada Nacional por los Derechos y Deberes de los Ciudadanos", donde la población podrá dar su opinión a través de la "Carta de la Salud" y de algunos talleres y reuniones que se vienen organizando en el nivel macrorregional. Esta cruzada tendrá un

«Los Consejos Regionales de Salud tienen [...] experiencias disímiles: algunos de ellos han establecido espacios amplios de participación de la sociedad civil [...], mientras que otros han desvirtuado dicha participación»

«A mi hija casi la botaron del servicio de emergencias pediátricas, le dieron de alta con 40 grados de fiebre, incluso no le cambiaron la bata»

piloto en Lima y Ayacucho, para después difundirse al resto del país. Sin embargo, los espacios de participación abiertos hasta la fecha son aún limitados: no se han basado en el espacio de participación legalmente definido, que es el CNS; la carta es un instrumento de comunicación unidireccional y los talleres tienen aún una convocatoria limitada y son dirigidos, exclusivamente, por el Estado y no en forma concertada con la sociedad civil. La consulta ciudadana en salud llevada a cabo por el Gobierno Regional de Lambayeque, con participación del MINSA, representa una experiencia más avanzada de participación. Tan así es que los temas y opciones de la consulta fueron discutidos con la sociedad civil y sujetos de una votación con amplia participación ciudadana³.

De manera simultánea se está reduciendo, sustancialmente, el empoderamiento ciudadano en los Comités Locales de Administración en Salud (CLAS), que se habían configurado como una experiencia de participación ciudadana directa en la gestión de los servicios de salud de primer nivel. En efecto, esta pérdida de poder ciudadano se debe al nombramiento de los médicos de estos establecimientos, anteriormente bajo el régimen de contrato a plazo fijo, que elimina la capacidad de la comunidad de seleccionar los médicos que se adapten mejor a la localidad (como, por ejemplo, dominio del idioma predominante) o de remover a los médicos que no cumplen adecuadamente con sus funciones.

Nuevo modelo de atención

El principal problema del modelo de atención de salud es que el ciudadano y su derecho a una atención de calidad no están en el centro de la preocupación del sistema de salud vigente:

“A mi hija casi la botaron del servicio de emergencias pediátricas, le dieron de alta con 40

grados de fiebre, incluso no le cambiaron la bata. En mi casa tengo los uniformes del hospital de emergencias pediátricas, la llevé al Instituto de Salud del Niño y uno de los médicos me dijo “allá la joden y nosotros tenemos que arreglarlo”, le tuve que rogar para que aceptara a mi hija” (padre de una de las niñas contaminadas de VIH / SIDA en el Hospital de Emergencias Pediátricas).

Esto explica, en gran medida, más allá de las limitaciones presupuestales que puedan existir, los constantes problemas que se producen en los servicios. Un primer cambio sería la reforma de la estructura de la organización de los servicios, constituyéndose los ciudadanos y sus derechos como el eje central, lo cual implicaría también una mayor participación de la población en su control. El modelo de atención debe, además, reconocer al ciudadano en sus diferentes dimensiones (social, cultural, etc.) y recuperar sus formas tradicionales de curación.

Como parte de esta lógica, se aprobó, a inicios de la década de 2000, el cambio del esquema de programas verticales desarticulados al de un modelo de atención integral de salud. Sin embargo, los problemas



Foto CIES

A un lado. El control de crecimiento habría sido descuidado en el nuevo modelo de atención.

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

de gestión se vieron agravados porque, al fuerte cambio institucional que esto suponía, se superpuso el cambio del personal técnico en forma masiva y su reemplazo por profesionales con conexión política, pero poca competencia técnica y desconocimiento del modelo de atención integral. Como hemos visto previamente, es probable que estos cambios hayan afectado el desempeño de los servicios de salud y, de manera negativa, algunos indicadores sanitarios fundamentales.

Sistema integrado y descentralizado

La estructura actual del sector sigue desarticulada en varios proveedores (el MINSA, las direcciones regionales de Salud-DIRESA, EsSalud y la Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policial), tiene un financiamiento determinado de manera histórica por el MEF y una organización de los servicios alrededor de los profesionales de la salud. El SNCDS, creado para afrontar la dispersión del sector, no ha cambiado las relaciones nacionales entre los diversos proveedores ni ha fortalecido el papel rector del MINSA.

«La falta de dirección del proceso genera el riesgo de que la descentralización del sector salud termine en desorden y descontrol, lo cual podría afectar las prioridades nacionales»

Los mayores cambios, al respecto, se encuentran en la esfera de la descentralización del sector salud. Sin embargo, las disposiciones legales vigentes no establecen una clara distribución de competencias entre los tres niveles de Gobierno. Es decir, no hay una visión clara de adónde debe llevarnos el proceso de descentralización en salud ni de la ruta o camino que seguirá dicho proceso.

A pesar de ello, se ha iniciado de facto la descentralización de salud, al entregar la mayor parte del presupuesto del gasto corriente de estos sectores a los gobiernos regionales⁴. El mecanismo para el control efectivo de esos recursos pasa por los Directores Regionales de Salud, cuyo nombramiento se ha hecho por concurso dirigido conjuntamente entre los gobiernos regionales y los ministerios centrales respectivos, pero que ahora dependen de los Gobiernos regionales.



Foto MINSA

Cobertura más amplia. Ahora se atienden más nacimientos por año.

En los últimos meses, el esfuerzo del sector en torno de la descentralización ha estado más orientado a conformar los Consejos Regionales de Salud. Sin embargo, entre los aspectos positivos podemos mencionar que el MINSA es el único ministerio que se está reuniendo trimestralmente con los Gobiernos regionales y sus DIRESA (ya ha tenido tres) para discutir temas de política de salud, mejora de los procedimientos administrativos MINSA-DIRESA y descentralización. Adicionalmente, el MINSA, ante la imposibilidad de transferir competencias en el corto plazo, ha firmado convenios con las DIRESA para delegar competencias, como la del nombramiento de funcionarios en las regiones.

A manera de síntesis, podemos decir que el gran cambio que se puede producir en las políticas sociales en este Gobierno se deberá, más que a una iniciativa y estrategia formulada desde dentro de los sectores sociales, al proceso de descentralización. Este proceso se desarrolla sin que estén claros los objetivos a los que se quiere llegar ni el camino para lograrlos, lo cual es válido tanto en el nivel general como de los sectores sociales. Dada esta situación, el sector salud va caminando, simplemente por inercia, hacia una descentralización limitada al segmento MINSA y centrada en los Gobiernos regionales. La falta de dirección del proceso genera el riesgo de que la descentralización del sector salud termine en desorden y descontrol, lo cual podría afectar las prioridades nacionales. Asimismo, podría reducir el espacio a una mayor descentralización y participación en el nivel local. Como hemos visto, la participación ciudadana en el nivel regional, en los Consejos Regionales de Salud, se ve fuertemente limitada.

4/ Excepto en Lima y Callao.