

Salud en el Perú: diagnóstico y propuestas para el período 2006-2011¹

Pedro Francke, Juan Arroyo y Alfredo Guzmán – ForoSalud

Este documento presenta propuestas en relación con las políticas de salud para el período 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. Estos problemas son: 1) 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 2) 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, además de ser parte consustancial del derecho a la salud, es un medio indispensable para transformar la política y los servicios de salud, de manera que estos recojan las necesidades y expectativas de la población. 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 de salud en el pasado.

Breve diagnóstico

La situación sanitaria en el Perú es precaria, así lo demuestran los indicadores básicos de mortalidad, desnutrición, anemia y la persistencia de enfermedades infecto contagiosas que ya fueron erradicadas en otros países.

Lo más grave es que un 25% de la población peruana está excluida del sistema de salud, a pesar de que el Estado ha intentando, a través del Ministerio de Salud (Minsa), llegar a los más pobres y de haberse triplicado el número de establecimientos y recursos humanos.

El gasto en salud del Perú fluctúa entre un 4,6% y un 4,8% del PBI, muy por debajo del promedio latino-



Foto CIES

Sistema de salud. *Un cuarto de la población está excluida de él.*

americano de 7,3%. Este gasto se estima en aproximadamente 2.500 millones de dólares, donde solo un 23% corresponde al gasto público y un 39% al gasto de los hogares.

Primera área clave: la promoción de la salud

Esta es una área que ha sido tradicionalmente poco atendida por las políticas de salud, a pesar de su primordial importancia. La promoción de la salud abarca numerosos temas, de los cuales damos prioridad a cuatro, en concordancia con los acuerdos de la II Conferencia Nacional de Salud. En primer lugar, es conocido el impacto que tiene el agua potable en las enfermedades diarreicas y otras enfermedades transmisibles. De acuerdo con la ENAHO 2003-2004, solo el 64,4% de los hogares peruanos cuenta con acceso a la red pública de agua potable y un 18% se abastece de ríos, acequias o manantiales.

1/ El presente artículo está basado en el documento "Políticas de Salud 2006-2011" realizado por los autores en el marco del Proyecto Perú Elecciones 2006, cuyo objetivo es elevar el nivel del debate electoral y brindar opciones de política para el gobierno 2006-2011. El proyecto cuenta con la participación del Acuerdo Nacional, la Asociación Civil Transparencia, el CIES, el Instituto de Defensa Legal, el JNE y Propuesta Ciudadana. Podrá descargar la versión completa de este estudio en <http://www.consortio.org/eleccionesperu2006/>

Cuadro 1

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	6,0	4,7	7,7	6,3	5,9	7,4
Camión cisterna u otro	3,2	3,3	2,1	4,1	4,6	3,5	3,9
Río, acequia, manantial	21,4	18,8	16,9	14,0	15,6	18,0	12,6
Otra	5,9	4,3	6,2	5,2	5,0	4,1	4,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

a/: Las cifras del año 2001 no son estrictamente comparables con la serie 1997-2000, debido a cambios metodológicos.

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 año 2005 pertenecen al Censo Nacional de Población y Vivienda. Resultados preliminares.

Fuente: Instituto Nacional de Estadística e Informática-INEI. ENAHO IV Trim. 1997-2001, ENAHO 2003/2004, Censo nacional 2005.

Este acceso a la red pública de agua es del 81,1% en el nivel urbano y de 33,2%² en el nivel rural. Por otro lado, el 22% de la población rural contaba con servicios de saneamiento, mientras que en el ámbito urbano dicho servicio alcanzaba al 67% de la población (véase el cuadro 1).

Por razones de género, las mujeres son las principales responsables del trabajo doméstico, por lo que en los hogares que no tienen conexión domiciliar de agua, son ellas quienes deben dedicar media o una hora diaria al pesado trabajo de acarrearla.

Con respecto a la nutrición, las cifras muestran que uno de cada cuatro niños peruanos menores de cin-

co años sufre de desnutrición crónica. Por otro lado, de acuerdo con la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar (Endes), el 69% de los niños menores a dos años son anémicos. Como en otros casos, nos encontramos con que estos problemas se agravan en las zonas rurales (véase el cuadro 2).

En cuanto a la educación sanitaria; si bien en los últimos años los programas de salud y la Dirección Ejecutiva de Participación Comunitaria han venido realizando esfuerzos para que la educación sanitaria llegue a más personas, lo que se hace todavía es muy insuficiente. El enfoque debiera estar orientado a la prevención. Por otro lado, el plan de estudios de educación básica trata de forma débil y desarticulada la educación en salud.

Por último, tenemos el problema de contaminación del medio ambiente. Por ejemplo, en el año 2000, la población en Lima estaba expuesta a concentraciones diarias de partículas suspendidas (PST) entre 150 y 298 $\mu\text{g}/\text{m}^3$, valor que supera por mucho los estándares internacionales de 75 $\mu\text{g}/\text{m}^3$. Parte del problema radica en que varios estándares nacionales exceden largamente los niveles propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

«...uno de cada cuatro niños peruanos menores de cinco años sufre de desnutrición crónica. [...] el 69% de los niños menores a dos años son anémicos...»

Foto CIES



Agua potable. Solo 64% de los hogares accede a la red pública.

2/ Se considera el porcentaje de familias que cuentan con conexión a la red pública dentro o fuera de la vivienda.

Cuadro 2

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

Opciones de políticas

Existen tres alternativas para solucionar este problema: enfrentarlo de forma decidida y prioritaria, priorizar solo algunas de estas áreas o mantener el status quo. A continuación discutiremos solo la primera alternativa, las discusiones de las otras dos están disponibles en el documento original.

Si se enfrentara el problema de una manera decidida y prioritaria, la promoción de la salud se convertiría en una de las primeras prioridades del sector, convirtiéndose en una de las actividades principales de la alta dirección del Minsa, con expertos capaces de proponer y dialogar respecto de políticas de agua, nutrición, educación y medio ambiente, reforzando la Dirección General de Salud Ambiental (DIGESA). El ministro del ramo dedicaría buena parte de su agenda y buena parte de su fuerza política al diálogo intersectorial e interinstitucional, posiblemente estableciéndose un organismo multisectorial para este tema. La promoción de la salud pasaría a desempeñar un papel central en las relaciones de los gobiernos regionales y se incluiría en los acuerdos de gestión. Al respecto, se promovería una acción intersectorial en el nivel regional y el fortalecimiento de las direcciones regionales de salud ambiental. Habría una política única entre quienes hoy son el Minsa, EsSalud y las sanidades de las Fuerzas Armadas y de la Policía, y habría iniciativas fuertes para que el sistema de salud promueva la salud en todo el país.

Esta alternativa demanda un alto esfuerzo en el nivel de la dirigencia 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 alti-



Foto CIES

Contaminación ambiental en Lima. Supera los estándares internacionales.

bajos en sus resultados, con grandes avances en algunas áreas y menores logros en otras, como corresponde a un proceso de aprendizaje. Su impacto en los niveles de salud, en particular de los más pobres³, sería significativo.

3/ El documento original incluye una hoja de ruta sugerida para los primeros cien días, un año y cinco años del próximo gobierno, para los cuatro temas clave planteados al inicio de este artículo.



Segmentación del sistema de salud. Genera ineficiencias.

Segunda área clave: la reforma sanitaria y el aseguramiento universal

Graves ineficiencias e iniquidades provienen de la segmentación del sistema de salud: por un lado, el Ministerio de Salud; por el otro, el Ministerio de Trabajo con EsSalud. Asimismo, el Ministerio de Defensa con las sanidades del Ejército, Marina y Aviación y, por último, el Ministerio del Interior con la sanidad de la Policía. Esta segmentación cuadruplica las inversiones, genera conflicto y desorden normativo.

Opciones de políticas

Es fundamental terminar con la fragmentación institucional existente, constituyendo un fondo único comprendido por los subfondos del Minsa, EsSalud y las sanidades y que, a través de un aseguramiento universal, permita el acceso de toda la población a un sistema de salud con justicia social, equidad, calidad y eficiencia.

Esta reforma sanitaria debe permitir que exista un solo órgano rector, el Minsa, y un ente administrador financiero de la salud individual que maneje el fondo único, el que estará constituido por el aporte del tesoro público y el aporte solidario de los asegurados que se encuentren en los dos quintiles menos pobres.

4/ En el corto y mediano plazo y de acuerdo con un incremento en el gasto en salud, esta franja de beneficios deberá ir incrementándose.

5/ Creada sobre la base de la actual Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud, manteniéndose como un organismo público descentralizado del Minsa.

Este fondo único permitirá que toda la población cuente con un Plan de Beneficios básico garantizado y obligatorio⁴, determinado por los perfiles epidemiológicos nacionales; además de la existencia de un subfondo para enfermedades catastróficas, que proteja a los usuarios ante eventualidades médicas de alto costo. Los actuales afiliados a EsSalud, sanidades y otros sistemas mantendrán todos sus beneficios.

La provisión de los servicios de salud se dará a través de prestadores públicos y privados, articulados en redes a lo largo del territorio nacional. Se contemplarán indicadores y metas a cumplir por los proveedores y se creará un órgano fiscalizador de todo este sistema, que además ejerza la defensa del usuario: la Superintendencia Nacional de Salud⁵.

Tercer área clave: una propuesta de política de recursos humanos en salud

La actual situación de relativa ingobernabilidad y de precarización salarial y laboral del sistema de salud en el Perú, es resultado de un ciclo largo que produjo varios desplazamientos. El primero de ellos es la desarticulación entre el mundo del trabajo en salud y el mundo de la formación en salud. Como ambos marchan bajo lógicas diferentes, la oferta educativa crece muy por encima de la demanda de los servicios; sin embargo, la demanda educativa en salud es superior a la oferta de las universidades e institutos superiores (véase el gráfico 1).

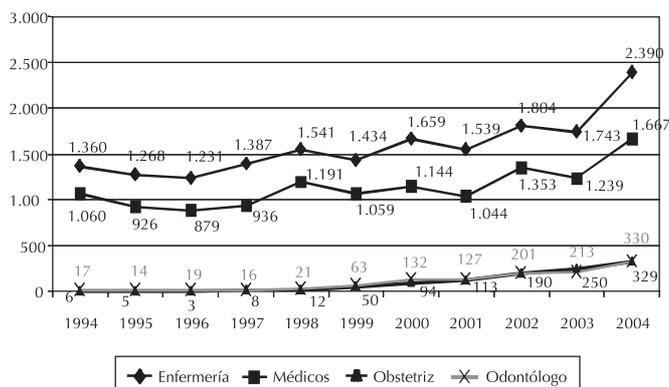
El segundo gran cambio ha sido la ampliación de la respuesta institucional a los problemas de salud y, por lo tanto, el establecimiento de un nuevo nivel histórico de demanda efectiva en el Perú desde 1995 en adelante, a partir no solo de una ampliación de la infraestructura física y del financiamiento,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

El tercer cambio importante ha sido la transformación casi completa del régimen laboral, el paso del sistema

«...Este fondo único permitirá que toda la población cuente con un Plan de Beneficios básico garantizado y obligatorio, determinado por los perfiles epidemiológicos nacionales...»

Gráfico 1

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



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

de nombramientos al de contrataciones y el hecho de que los salarios reales se hayan mantenido solo 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.

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, actualmente variable clave del desempeño del sistema de salud.

Finalmente, el quinto 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,



Demanda educativa en salud. Es superior a la oferta de las universidades e institutos.

«Nos encontramos frente a un campo desestructurado de recursos humanos, donde la precarización salarial/laboral y el desempeño han sido puestos en conflicto...»

y el reemplazo de la gobernanza⁶ y gobernabilidad por la autorregulación.

Estos cinco desplazamientos han alimentado una crisis de gobernabilidad de la formación en salud y un mediano conflicto laboral en el mundo del trabajo en salud. Nos encontramos frente a un campo desestructurado de recursos humanos, donde la precarización salarial/laboral y el desempeño han sido puestos en conflicto, y se ha desvinculado la oferta educativa de la demanda de servicios.

Opciones de políticas

Se requiere recuperar la gobernabilidad y mejorar el desempeño con desarrollo humano, mediante un planteamiento estratégico y concertado. Esto se conseguirá con intervenciones orientadas a solucionar los problemas relacionados con la formación y capacitación, la rectoría y gobernabilidad de los recursos humanos, y el ámbito del trabajo, las cuales se resumen en el cuadro 3.

Finalmente, para la implementación de las políticas de recursos humanos, señalamos tres posibles obstáculos: 1) la probable resistencia de las universidades de baja calidad; 2) la dimensión nacional y no sectorial del problema, lo que hace que la solución corresponda a una coordinación con el Ministerio de Educación y Ministerio de Trabajo; y 3) la existencia de un techo fiscal bajo para el sector salud.

Cuarta área clave: una propuesta política de participación social y apertura democrática de la gestión pública en salud

El 12 de agosto de 2002 fue aprobada la Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado,

6/ Capacidad del Estado para proveer eficazmente los servicios públicos.

Cuadro 3

Intervenciones propuestas

En el ámbito de la rectoría y la gobernabilidad del campo de recursos humanos

- Impulso a un nuevo marco normativo laboral integral en salud, en correspondencia con el marco del empleo y de la 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 el Minsa, EsSalud y las sanidades de las Fuerza Armadas y de la Policía.

En 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.
- 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 por los demandantes.
- Establecimiento de un fondo o porcentaje del presupuesto anual para capacitación, para el desarrollo profesional continuo por competencias.

En 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 de manera interinstitucional entre el Minsa-EsSalud-Sanidades.
- Concertación sectorial para requerimiento de mayor espacio fiscal para salud y metas remunerativas reales.

que estableció en la práctica la visión-objetivo del sector salud para el 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.

Hoy queda claro que se trata de una propuesta que no resuelve la segmentación, no es compatible con

7/ Es el conjunto de mecanismos de participación social en la formulación de políticas y control social de la gestión en los niveles nacional, regional, provincial y local.

«Está demostrado que problemas como los de salud y educación superan las capacidades del Estado y, por lo tanto, requieren alianzas y pactos sociales firmes para soluciones sostenibles»

la descentralización y, por último, regatea la participación social y concertación con la sociedad civil.

Está demostrado que problemas como los de salud y educación superan las capacidades del Estado y, por lo tanto, requieren alianzas y pactos sociales firmes para soluciones sostenibles. Sin embargo, el régimen institucional del sector salud atiende la provisión de servicios mas no la formación de voluntades colectivas plasmadas en políticas públicas, y soslaya la dimensión de la gobernabilidad o la relación Estado-sociedad.

Si el discurso sanitario habla de la necesidad de un cambio de prácticas no saludables, y se desea que este sea efectivo y sostenible, se tiene que facilitar que la población se ponga en acción.

Opciones de políticas

Se recomienda implementar un sistema participativo integrado. En materia de participación ciudadana es necesario que el Estado y la sociedad civil acuerden políticas y metas, bajo un Sistema Nacional de Participación Social en Salud⁷, cuya finalidad sea proteger la salud de la persona humana en el marco de una igualdad de oportunidades y fo-



Foto CIES

Participación ciudadana. Es necesario que el Estado y la sociedad civil acuerden políticas y metas.

mentar un sistema democrático y descentralizado de la gestión pública en salud.

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, mediante un nuevo Sistema Nacional Descentralizado y Participativo en Salud (CNS), con funciones claras y composición amplia de la sociedad civil, facilitando la renovación del sistema de consejos nacional, regionales y provinciales de salud.

Por otro lado, se requiere fortalecer los Consejos Locales de Administración de Salud (CLAS), modificar su orientación centrada en la oferta de servicios, vinculándolos a 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.

Por último, las políticas de participación ciudadana tendrán que enfrentar la débil cultura cívica exis-



Foto CIES

Problemas de salud. *La solución sostenible requiere alianzas y pactos sociales firmes.*

tente hoy en el Perú, así como el insuficiente desarrollo de la sociedad civil organizada en salud. Además, deberán enfrentar la permanente ilusión en la que puede caer cada equipo ministerial, de que podrá resolver los problemas de salud solo con fuerzas propias.