

A modo de introducción: de julio de 2006 a noviembre de 2007

Cuando Alan García inició su gobierno recibió una situación de salud de la población que seguía siendo peor que la de sus países vecinos, a pesar de algunos avances en atención institucional de partos y en tratamiento de enfermedades como el VIH/SIDA y la Tuberculosis multidrogorresistente. La Tasa de Mortalidad Infantil era todavía superior a 23 por mil, pero en Puno superaba los 53 por mil, lo que daba muestra de las enormes desigualdades existentes en salud. La Tasa de Mortalidad Materna era de 164, el doble del promedio latinoamericano, y se encontraba muy lejos de la meta de 66 fijada por los Objetivos del Milenio.

«La Tasa de Mortalidad Infantil era todavía superior a 23 por mil, pero en Puno superaba los 53 por mil, lo que daba muestra de las enormes desigualdades existentes en salud»

Causas principales de esta dramática situación eran el escaso control de los factores sociales y ambientales que generan riesgos para la salud, el bajo gasto público en este sector, la existencia de un sistema de atención de salud segmentado, inequitativo e ineficaz y un gobierno en salud débil y alejado de la población que recién estaba empezando a descentralizarse y a abrirse a la participación ciudadana.

Como si esto fuera poco, aparecieron nuevas amenazas a la salud pública, como un TLC que consideraba protecciones a la propiedad intelectual que tenían un efecto potencial sobre los precios y sobre el acceso a las medicinas que el Ministerio de Salud estimó muy grave¹, nuevos virus y enfermedades de mayor resistencia a las drogas y cambios sociales que planteaban nuevos riesgos, como la alimentación, la vida sedentaria, la concentración en las ciudades y el envejecimiento poblacional. Había también oportunidades: un crecimiento económico que generaba mayores ingresos al fisco, una población más educada y con mayor acceso a medios masivos de comunicación, un



Foto CIES

Los problemas de salud en el Perú tienen efectos importantes sobre el crecimiento económico sostenido, sobre la lucha contra la pobreza y sobre la gobernabilidad.

rápido crecimiento en el número de médicos y de profesionales de la salud (aunque con serios problemas de regulación y de calidad), el inicio de un proceso de descentralización con Gobiernos Regionales y municipios acumulando capacidades y experiencia, y una sociedad civil activa, organizada y con una gran disposición de participación y de cooperación.

Debe recordarse, además, que los problemas de salud en el Perú tienen efectos importantes sobre el crecimiento económico sostenido, sobre la lucha contra la pobreza y sobre la gobernabilidad. Que 30% de los niños a los cinco años tenga retardo de crecimiento y que dos de cada tres niños menores de dos años tenga anemia, lleva a dificultades en el aprendizaje, de graves efectos en lo que se ha llamado "la era del conocimiento". Estos niños sufrirán efectos de largo plazo sobre su productividad y sus ingresos que, al combinarse con problemas posteriores de accidentes y enfermedades, generarán un serio lastre a sus posibilidades de salir de la pobreza.

Las debilidades del sistema de salud llevan, además, a que un alto porcentaje de mujeres, sobre todo en

^{1/} Las enmiendas introducidas en 2007 por los demócratas en Estados Unidos ha disminuido sustancialmente este riesgo a la salud pública, el que, sin embargo, puede reavivarse con los Acuerdos Comerciales con la Unión Europea y el grupo de países llamado EFTA.



El gobierno no ha registrado avances reales en cuanto a la descentralización.

las zonas rurales, tenga más hijos de los que quisiera tener, lo que agrava la carga sobre las familias y dificulta el cuidado de esos niños. Finalmente, el goce (o no) del derecho a la salud determina las posibilidades de las familias de participar más activamente en la vida pública del país, así como sus niveles de confianza en el Estado, confianza que resulta indispensable para el respeto a la ley y al orden social.

Frente a los grandes retos de la salud pública peruana, las primeras iniciativas del nuevo gobierno en el terreno de la salud fueron la ampliación de horarios y el *shock* de inversiones, pero que no llegaron a la red primaria de atención. Posteriormente, se anunció la ampliación del Seguro Integral de Salud (SIS) a nuevos grupos étnicos, pero la ausencia de reglamentaciones claras en relación a las poblaciones a ser atendidas, los riesgos a cubrir o los paquetes de servicios a ofrecer y, sobre todo, los recursos presupuestales, generaron una notoria falta de orientación en esta iniciativa política.

Por otro lado, en el terreno de lo que se conoce como los determinantes sociales de la salud, resultan

«...los problemas de salud del Perú tienen efectos importantes sobre el crecimiento económico sostenido, sobre la lucha contra la pobreza y sobre la gobernabilidad»

importantes las iniciativas de “Agua para todos” y la priorización de la lucha contra la desnutrición infantil en torno al programa CRECER.

Al mismo tiempo, ha habido notorios vacíos y varios déficit. La poca prioridad para la salud es particularmente preocupante. El presupuesto para la salud aprobado para el año 2007 creció, en relación con el año 2005, apenas 0,01% del Producto Bruto Interno (PBI), prácticamente nada y muy lejos de lo considerado en el Acuerdo de Partidos Políticos en Salud, que establecía un aumento del 3% del PBI en cinco años. Los “créditos suplementarios” posteriores han añadido algunos recursos al sector, pero todavía muy por debajo de las necesidades básicas de este. El presupuesto para el 2008 muestra avances pero aún insuficientes en relación a la meta establecida en el Acuerdo de Partidos Políticos en Salud, que señala que el gasto en salud debe alcanzar el promedio latinoamericano para el año 2011.

La falta de presupuesto es expresión de una baja prioridad política otorgada a la salud. Síntoma de lo mismo es que, ante la contaminación causada por actividades como la minería y otras con serios efectos sobre la salud pública, la acción del gobierno haya sido tardía y complaciente. Esta realidad es percibida por la ciudadanía: el 74%, es decir, casi tres de cada cuatro personas, considera que el gobierno le presta poca o ninguna atención a la salud, según la encuesta del Instituto de Opinión Pública de la Universidad Católica.

Al mismo tiempo, no hay una visión estratégica ni planes para avanzar hacia un aseguramiento universal que incluya nuevos grupos en el SIS y que desarrolle la relación Ministerio de Salud-EsSalud hacia un sistema integral. Tampoco hay un impulso efectivo de la promoción de la salud y los temas de interculturalidad, de equidad de género y de derechos se encuentran ausentes en la política de salud.

Finalmente, el gobierno no ha registrado avances reales en cuanto a la descentralización (más allá del anuncio de una municipalización que no se sabe ni cómo se hace ni a dónde va, y de anuncios de transferencias de competencias sin presupuesto) ni tampoco ha promovido la participación ciudadana en salud. Esto refleja un problema mayor en el Ministerio de Salud: el notorio deterioro de su capacidad técnica y de gobierno, debido a la desarticulación de varios de los equipos técnicos con experiencia, el despido de algunos de sus mejores profesionales, su reemplazo por personal insuficientemente preparado y la politización exacerbada dentro del ministerio con distintos grupos que compiten entre sí.

«Las debilidades del sistema de salud llevan, además, a que un alto porcentaje de mujeres, sobre todo en las zonas rurales, tenga más hijos de los que quisiera tener»

Pero este año ha habido otro cambio importante en la política de salud: la acumulación de reclamos y la actitud más vigilante de la ciudadanía y de los medios de prensa frente a los servicios de salud. Esto no se limita a las denuncias de corrupción en el SIS, que han sido lo más notorio, sino que incluye pacientes de hospitales públicos que han resultado contaminados por VIH/SIDA, personas vacunadas que posteriormente sufren problemas de salud llegando incluso a la muerte, ensayos clínicos cuyo reglamento es modificado en desmedro de la seguridad de los pacientes, entre otros temas.

En las últimas semanas, esta andanada de demandas desde la ciudadanía ha recibido una respuesta en el proyecto de Ley del llamado "SOAT médico", que el Ejecutivo ha propuesto al Congreso de la República. Pero algunos de estos problemas claramente no se deben a una mala práctica médica, como es el caso de los pacientes contaminados con VIH/SIDA o de los problemas con las vacunas. Siendo necesario una respuesta que resguarde los derechos de los pacientes, esta debe considerar las responsabilidades institucionales antes que las individuales y garantizar una respuesta rápida a la dramática situación que pasan muchas de estas personas, antes que agotarse en un largo vía crucis burocrático, ya sea por la parte administrativa de los seguros o por la del Poder Judicial.

El proyecto de Ley que al respecto presentara ForoSalud al Congreso de la República con el respaldo de 50

mil firmas ciudadanas tiene estas características y ya ha sido previamente aprobado por la Comisión de Salud del congreso, por lo que debe ser considerado en el debate.

En síntesis, frente a una salud pública que debía enfrentar grandes retos, el gobierno ha tomado algunas iniciativas cuyos niveles de avance y de eficacia deben aún evaluarse con detenimiento. Al mismo tiempo, se trata de iniciativas parciales antes que de una estrategia planificada y concertada donde varios de los problemas principales han sido insuficientemente enfrentados. Al acercarse el final del año, y con ello haber transcurrido casi una tercera parte del período de gobierno, se presenta una buena oportunidad para un nuevo análisis de los retos de la salud pública en el Perú, que, ojalá, sirva para inspirar una discusión que ilumine a nuestros gobernantes en los próximos años.

Primer reto: rescatar la importancia de la salud pública

La salud pública no podrá progresar si no recibe una atención preferente por parte del gobierno y de la ciudadanía. Hasta ahora, la salud no es prioritaria en relación a la política económica ni como parte de la política social. Desde el punto de vista de las políticas públicas existen cuatro aspectos clave al respecto.

El primero se refiere al presupuesto, ya que en el Perú el Estado solo destina 1,6% del PBI a la salud pública, frente a un promedio regional de 2,7% o al 4,9% de Brasil o al 5,7% de Costa Rica.

El segundo se refiere a la prioridad que debe darse a la salud pública frente a sectores económicos que generan riesgos, como la contaminación ambiental por la minería y por otras actividades o por el transporte público en Lima. Hay que recordar que el costo económico de la salud perdida por razones ambientales asciende a 3.300 millones de Nuevos Soles anuales por morbilidad y a 1.600 millones de Nuevos Soles anuales por mortalidad, además de provocar alrededor de 6 mil muertes cada año.

«...frente a una salud pública que debía enfrentar grandes retos, el gobierno ha tomado algunas iniciativas cuyos niveles de avance y de eficacia deben aún evaluarse con detenimiento»

Foto CIES



La salud pública no podrá progresar si no recibe una atención preferente por parte del gobierno y de la ciudadanía.

El tercero se refiere a la inclusión de criterios de salud pública en la promoción de nuevas actividades económicas y de políticas sociales, como por ejemplo en relación a promover la producción y el consumo de nuevos productos agrícolas o marinos que pueden ser más saludables o a iniciativas para mejorar la educación, que deben incluir un aumento sustancial en las horas de clase y contenidos curriculares dedicados a la promoción y al cuidado de la salud.

Finalmente, está la transmisión de conocimientos y de comportamientos saludables por parte de nuestras autoridades y figuras públicas en relación a, por ejemplo, los hábitos de alimentación y de ejercicio, así como al cuidado de la salud individual y colectiva.

De este modo, lograr que quienes representan a la nación le den importancia a la salud pública y adecuen las políticas económicas, sectorial-productivas y sociales para ello, resulta un primer reto fundamental.

Segundo reto: promoción de la salud

La promoción de la salud debe entenderse de manera amplia como aquella estrategia que, desde la autoridad sanitaria e involucrando a un conjunto de actores estatales y no estatales, se orienta a controlar los factores que generan efectos nocivos sobre la salud, además de potenciar aquellos que tienen efectos positivos sobre la misma. El agua potable y el saneamiento, la nutrición, la educación en salud y el cuidado del medioambiente deben ser prioridades centrales de una política integral de promoción de la salud. Otros factores sociales que deben atenderse son el desordenado tránsito que provoca accidentes severos, la violencia familiar y sexual, particularmente contra mujeres y niños, los problemas de salud mental provocados por relaciones sociales donde predomina el

«Los retos mayores son transformar los actuales programas alimentarios con una adecuación efectiva de los complementos nutricionales otorgados para que se orienten principalmente a las madres gestantes y a los niños menores de dos años»

conflicto, los accidentes y la contaminación dentro de los centros de trabajo y las viviendas inadecuadas donde se concentra el humo de la cocina, el agua se llena de bacterias y se reproducen los mosquitos del dengue y las vinchucas del Mal de Chagas. Como se ve, los retos son múltiples, diversos y fuertes.

Atender estos problemas demanda establecer organismos intersectoriales (al interior del Estado) y de concertación con sectores públicos y privados (por ejemplo en la Mesa de Concertación de Lucha contra la Pobreza) para promover esfuerzos específicos sobre todos estos temas. La promoción de la salud es una tarea pública en la que deben converger el Estado y la sociedad. Para ello se requiere un liderazgo político y social, alianzas con empresas privadas y una clara estrategia comunicacional. Dada la necesidad de liderazgo para una estrategia de promoción de la salud y de su poco desarrollo actual, un primer reto es que las autoridades sanitarias otorguen prioridad a este tema y se logre constituir un fuerte equipo técnico y de gobierno en este tema.

El gobierno ha anunciado el programa CRECER para hacer frente a la desnutrición infantil, que es un área donde la promoción es fundamental. El inicio de una nueva estrategia intersectorial es positivo; el reto es lograr una coordinación eficaz que no sea simplemente una suma de siglas de distintas instituciones y de programas públicos que se reúnen a puertas cerradas, sino una coordinación que logre un compromiso efectivo de Gobiernos Regionales y municipios.

Los retos mayores son transformar los actuales programas alimentarios con una adecuación efectiva de los complementos nutricionales otorgados para que se orienten principalmente a las madres gestantes y a los niños menores de dos años, así como a desarrollar estrategias comunicacionales que guíen a las madres y logren cambios de hábitos en nutrición y en higiene hacia unos más saludables y lograr, así, un vínculo eficaz con el sistema de salud para la atención preventiva y curativa de los niños.



Foto CIES

Dada la necesidad de liderazgo para una estrategia de promoción de la salud y de su poco desarrollo actual, un primer reto es que las autoridades sanitarias otorguen prioridad a este tema.

Tercer reto: aseguramiento con calidad y derechos

El acceso universal a la atención de salud de calidad, si se resuelven todas las barreras de acceso existentes y se establecen mecanismos de exigibilidad que permitan asegurar acceso y calidad, es la base para que la población pueda efectivamente gozar del derecho a la salud.

La búsqueda de lo que se ha llamado aseguramiento universal ha tenido como estrategia principal reducir las barreras económicas eliminando los cobros en el momento de entrega del servicio de salud mediante el Seguro Integral de Salud (SIS). Esta iniciativa ha sido un avance importante en relación al aseguramiento. Sin embargo, se han visto muy limitados sus efectos puesto que, al no haberse sustentado con recursos presupuestales suficientes, el aseguramiento ofrecido y su ampliación a nuevos sectores sociales ha generado serios problemas a los establecimientos de salud, lo que ha terminado por desvirtuar el derecho al generar atenciones diferenciadas y colas desatendidas. Al respecto, es impostergable aumentar significativamente el presupuesto del SIS y precisar las poblaciones, los riesgos de salud y los paquetes de prestaciones.

Al mismo tiempo, la gratuidad en el servicio debe ir acompañada de iniciativas para resolver otras barreras, de manera que haya efectivamente aseguramiento y acceso universal. Las otras barreras de acceso a ser atendidas son de tipo geográfico, organizacional y cultural. En relación a las barreras geográficas, persisten 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 para su permanencia en distritos rurales, que es donde hay problemas de acceso geográfico, lo que debe ser revertido.

Nuevas alternativas como las ELITE o brigadas itinerantes, los hogares de espera materna y el mejoramiento de infraestructura y equipos en algunas zonas, han sido, hasta la fecha, muy limitados y carentes de una dirección nacional, por lo que requieren una evaluación pormenorizada, un impulso y un presupuesto mucho mayor.

Las barreras geográficas se agravan por problemas organizacionales, con horarios de atención inadecuados y parciales, con redes de servicios débilmente organizadas y con problemas de transporte hacia niveles de mediana y alta complejidad, irresueltos en muchos casos. La descentralización con empodera-



Foto MINSa

Las barreras geográficas se agravan por problemas organizacionales, con horarios de atención inadecuados y parciales, con redes de servicios débilmente organizadas.

miento ciudadano y con co-gestión de los servicios, así como la organización de redes que incluyan a los actuales establecimientos y servicios del Minsa, EsSalud, Sanidades y privados y que cuenten, además, con adecuados sistemas de comunicación y de transporte, son fundamentales. En ese sentido, tiene que iniciarse una reforma del sistema de salud que integre los diversos segmentos en los que está dividida la atención de salud en el Perú, situación que genera ineficiencia y desigualdad.

Finalmente, 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 el tema de la interculturalidad de los servicios, lo que debe ser atendido con prioridad.

Cuarto reto: gobierno efectivo y democrático en salud

El gobierno en salud o, como se le llama en el lenguaje salubrista, "rectoría", implica la capacidad de establecer reglas claras y de lograr el compromiso de los diversos actores, públicos y privados, en torno a las estrategias trazadas. Pero en nuestro país el Ministerio de Salud es débil y no se ha adaptado a la descentralización. Existe, además, otro actor público muy importante como EsSalud que no le hace

«...la gratuidad en el servicio debe ir acompañada de iniciativas para resolver otras barreras, de manera que haya efectivamente aseguramiento y acceso universal»



El gobierno ha oscilado entre una anunciada municipalización que ni siquiera se ha iniciado y una nueva Ley de CLAS.

caso al ministerio. Por otra parte, los problemas de corrupción prevalecen, el ministerio no tiene una buena relación con los médicos, profesionales y trabajadores y la regulación de alimentos, medicinas, clínicas privadas, facultades y daños ambientales es muy débil. Si el gobierno no gobierna, ¿cómo va a mejorar entonces la salud pública?

La descentralización en salud es un primer gran reto a este respecto. El ministerio debe tener políticas claras y organismos destinados a relacionarse adecuadamente con las direcciones regionales de salud y con grandes hospitales, dentro de una política orientada a reducir las grandes desigualdades existentes en la salud en el Perú. Por otro lado, los Gobiernos Regionales tienen que asumir que ellos son los que tienen, en la práctica, el gobierno en salud: tienen el presupuesto y nombran autónomamente a los directores regionales de salud. Deben gobernar en coordinación con el Gobierno Central y siguiendo las políticas nacionales, es verdad, pero eso no les quita la responsabilidad de gobernar, responsabilidad que, en muchos casos, las gerencias de desarrollo social y las direcciones regionales de salud no están asumiendo, limitándose a actuar inercialmente.

También tiene que definirse la política en relación a las redes del primer nivel de atención de salud. El gobierno ha oscilado entre una anunciada municipalización que ni siquiera se ha iniciado y una nueva Ley de CLAS. Los CLAS han sido una experiencia importante en la que las propias comunidades eligen a sus representantes para co-gestionar los centros y puestos de salud junto con el ministerio, pero han tenido poco apoyo y en algunos casos han llegado a ser espacios de manipulación. Además, en los últimos años, con el nombramiento de médicos y profesionales de la salud, se les ha quitado toda posibilidad de decisión en este aspecto clave y se ha regresado a la

«Si el gobierno no gobierna,
¿cómo va a mejorar entonces la
salud pública?»

vieja situación de una rápida migración de médicos de zonas rurales a los hospitales principales. Pero si se apuesta por los CLAS como un espacio en el que convergen ministerio, regiones y municipios con una amplia participación ciudadana y, además, se establecen metas claras y se les otorga presupuesto y se les da flexibilidad para el manejo de recursos con transparencia y rendición de cuentas, junto al establecimiento de una nueva legislación laboral que combine adecuadamente derechos fundamentales para los médicos y profesionales con empoderamiento de las poblaciones locales, pueden ser muy eficaces para mejorar la situación de salud.

A nivel central, un primer problema a resolver es el de la corrupción e incapacidad. La creación de una carrera pública en el gobierno en salud, que es distinto a los servicios en salud, es una necesidad urgente. El Ministerio de Salud ha tenido equipos eficientes en varias etapas y varios rubros, pero sin continuidad. Una burocracia altamente calificada, motivada y basada en el mérito, es una necesidad urgente. Por cierto, para ello hay que desterrar la idea de que el Ministro de Salud tiene que ser un médico administrador de hospitales, ya que el gobierno en salud es bastante más que la atención hospitalaria. Un gobierno efectivo en salud debe superar la segmentación, estableciéndose claramente la rectoría del Minsa sobre EsSalud: ningún gobierno con dos cabezas es eficaz.

Finalmente, *last but not least*, el gobierno en salud tiene que basarse en la búsqueda activa de consensos políticos y sociales. Ya no se puede gobernar en base a úkases administrativos, sino en base al convencimiento, al diálogo y a la comunión de voluntades. Debemos tener un Plan Nacional Concertado en Salud que no sea solamente un libro técnico, sino sobre todo un consenso social, un convencimiento nacional cuyos forjadores trasciendan al sector.

El proceso participativo para lograrlo requiere una construcción descentralizada en todas las provincias del país y, sin duda, no será fácil el diálogo entre actores muy disímiles que han estado desconectados durante mucho tiempo, pero es mejor hacer con paciencia y bien algo que dure y sea consistente técnica y socialmente, que volver a publicar otro "plan" que será olvidado al primer cambio de ministro, si no antes.