

La salud en el Perú al término del siglo XX; propuestas de cambio para el siglo XXI

La Salud en el Perú al finalizar el siglo XX; análisis crítico situacional

AA Dr. Zuño Burstein Alva

1. INTRODUCCIÓN (MARCO REFERENCIAL)

Se ha pretendido diferenciar lo que se conoce como salud pública o colectiva de la salud individual, considerando que la primera se da en beneficio de toda la población como servicio público, ya que no depende sólo de la existencia de establecimientos de salud, sino que está orientada a reducir la probabilidad de determinadas enfermedades, así como a las actividades de control y mejoramiento ambiental, sistemas de información, educación y comunicación. Mientras tanto, se considera que las intervenciones en salud individual se realizan, generalmente, en un establecimiento de salud y las reciben las personas en particular.

Jorge Castello nos dice que, en el presente siglo, la salud pública no está dirigida sólo al control de las enfermedades transmisibles y de saneamiento ambiental, sino que se hace extensiva al control de las enfermedades no transmisibles. Asimismo, se hacen efectivas las acciones de promoción de la salud en beneficio de los diferentes grupos etarios, así como de la salud ocupacional y de la salud mental. En este avance de la salud pública es importante la presencia de los subsectores públicos y privados como componentes del sector salud, así como la participación de la sociedad civil, bajo la conducción y responsabilidad del MINSA como ente rector. La atención integral de salud y la atención primaria de salud constituyen aspectos fundamentales de la Salud Pública, y la planificación de salud, a través de sus planes y programas de salud, es un elemento importante para contribuir a lograr mejores niveles de vida.

Es preocupante, insiste Castello, que, en el momento actual, el Ministerio de Salud considere únicamente como salud pública tan sólo a las funciones de protección y promoción, tratando separadamente a la atención médica. Según el Ministerio de Salud, la protección y promoción estará a cargo del Estado y la recuperación, como atención

médica, forma parte de un modelo privatizador y a cargo de entidades prestadoras de salud. Esta situación es inadmisibles, sostiene Castello, por los riesgos que significa para la seguridad de la atención integral de salud de las grandes mayorías de la población peruana.

La OMS define a la salud como el estado de bienestar físico, mental y social de la persona. Pero, esta sencilla pero contundente, comprometedor e integralista definición es complementada y ampliada por Jorge Castello al expresar que "la salud es un fenómeno de efecto resultante de la interrelación e interacción permanentes de un conjunto de factores políticos, económicos y socio culturales. La salud, aparte de ser fenómeno de efecto, es un proceso social y político muy complejo, ampliamente condicionado por múltiples factores intrasectoriales, intersectoriales y globales, que requieren de un manejo interdisciplinario, con una genuina participación social y una efectiva descentralización, que compromete a toda la sociedad nacional, que cuenta, además, con adecuados recursos y tecnología apropiada y, en función de la distribución geográfica y estratificación socioeconómica de la población. La salud es un medio para alcanzar el desarrollo económico y social y un fin en si misma por ser un componente importante del bienestar social.

Nos hemos comprometido a hacer un análisis crítico situacional de la salud en el Perú al finalizar el siglo XX y, por mi condición de vocero de este grupo de trabajo de la Academia, me voy a permitir, con criterio y metodología de médico clínico, examinar, con la colaboración de los especialistas aquí presentes, la situación de la salud en el Perú, que, paradójicamente, está profundamente enferma, dando a conocer, en un ajustado resumen, los principales síntomas que permitan hacer un diagnóstico y que el grupo del Dr. Carrillo proponga las recomendaciones terapéuticas pertinentes, que serán sometidas a consideración de ustedes.

La mejor expresión de la situación de la salud, nos dice Jorge Castello, es a través del estado de salud de la población y del sistema de servicios de salud, condicionados, a su vez, independientemente y en conjunto, por factores políticos, sociales, económicos y culturales, que son componentes de la realidad nacional.

La situación de salud, considerando el estado de salud, el sistema de servicios de salud y los factores condicionantes de esta situación deben ser estudiados siguiendo un proceso de análisis descriptivo e interpretativo y de síntesis para extraer los elementos de juicio cuantitativos y cualitativos que logren detectar los problemas, necesidades y aspiraciones de salud de la población, los que, al ser contrastados con los recursos disponibles (existentes y potenciales), permitirán elaborar la concepción estratégica de la propuesta en salud, con sus objetivos, políticas, estrategias, planes y programas operativos de salud.

2. SITUACIÓN DE LA SALUD EN EL PERU

En el año 1997, el Ministro de Salud reconoce que en el país sólo el 25% de la población tiene cobertura de algún tipo de seguro de salud; al Instituto Peruano de Seguridad Social sólo le corresponde el 20.5%.

En un estudio realizado por el Instituto Apoyo, en el año 2000, se señala que, en general, se han producido avances en la situación de salud en el país, se ha incrementado el acceso a atención de salud, ha decrecido la tasa de mortalidad materna, morbilidad y de desnutrición infantil y se ha aumentado la cobertura de inmunizaciones en niños menores de cinco años. Pese a ello, los niveles alcanzados están por debajo de países como Chile y Colombia. Las principales causas de muerte, son, aparentemente, los tumores malignos, seguidos de otras enfermedades, como la TBC, el cólera, la malaria y el dengue, estas últimas en los estratos socioeconómicos más bajos. Otra enfermedad que se ha extendido desde su aparición en 1983 es el SIDA. La esperanza de vida ha aumentado de 48 años en 1960, a 63 en 1991 y a 68 en 1996; sin embargo, sigue siendo baja si se compara con otros países latinoamericanos. Entre la población adulta, la mujer se encuentra en mayor situación de desprotección, principalmente si es madre de hogar pobre; sólo el 56% de partos recibe atención profesional; la mortalidad materna llega a 265 fallecidas por cada 100.000 nacidos vivos, la cuarta más alta de América Latina, después de Haití, Bolivia y El Salvador.

La tasa de mortalidad infantil es de 26 por cada 1.000 nacidos vivos en Lima y, en algunas zonas, como

Huancavelica, es de 109 (similar a Camboya y mayor a la de Ruanda). En áreas urbanas, el 16% de niños menores de cinco años está desnutrido y en áreas rurales el porcentaje se eleva a 41%. Las principales causas de mortalidad infantil son las infecciones respiratorias agudas, problemas durante el parto y enfermedades diarreicas agudas.

La Academia Peruana de Salud, en un documento publicado en diciembre del 2000, reitera que el Perú ingresa al siglo XXI con el 25% de la población sin acceso a la atención institucionalizada de salud, otro 20% obligada a pagar directamente su atención, no obstante carecer de ingresos suficientes, 80% de la población sin seguridad social y, además de los otros indicadores conocidos se delata una masiva inaccesibilidad de la población de menores recursos a los medicamentos, desarrollo caótico de recursos humanos, centralismo sectorial, la seguridad social debilitada y el sistema de salud desorganizado con paupérrimo resultado en la evaluación internacional, todo lo cual ubica al Perú en los últimos lugares de América.

En el informe sobre salud en el mundo 2000 de la OMS, que evalúa los 191 sistemas de salud de los países miembros, el Perú ocupa el lugar 172 en cuanto a su capacidad de respuesta, mientras que en la equidad en el financiamiento nos corresponde el lugar 184, ratificando una evidente y muy lamentable situación.

En el Perú el sistema de salud está segmentado, lo que dificulta la rectoría, impide articular eficazmente las acciones prestadoras de servicios de salud y es causa de duplicaciones e ineficacias. El Ministerio de Salud, el seguro social, las municipalidades, las sanidades de las fuerzas armadas y policiales, el sector privado y la comunidad actúan aislada y descoordinadamente, lo que no permite al sector salud ser equitativo y eficiente.

3. POLÍTICA DE SALUD

Para impulsar y fortalecer la salud en el país es necesario e indispensable tener objetivos políticos de salud, que indiquen la situación de salud que se desea alcanzar para el largo y mediano plazo y los objetivos para el corto plazo. Las políticas y estrategias deben formularse tomando como base los problemas, necesidades y aspiraciones de la salud de la población y deben tener una sólida base de sustentación del más alto nivel de decisión del gobierno. El Ministerio de Salud debe ser el principal responsable de su conducción.

“El modelo escogido debe tener niveles de organización y de atención de salud y contar con una racional asignación de recursos reales y financieros, de acuerdo

con las necesidades de los servicios, que le permita cumplir con las acciones de atención integral de la población y que otorgue una atención de calidad en todos los niveles de atención y de acuerdo con los principios de equidad, universalidad y solidaridad, entre otros requerimientos”.

(Jorge Castello).

El gobierno peruano, refiere Rogelio Bermejo, comprometido con la meta proclamada el año 1978 en Alma Ata, de “Salud para todos en el año 2000”, conferencia internacional en la que se aceptó, además, el planteamiento peruano sobre “Atención primaria de la salud”, concebida ésta como el conjunto de acciones desarrolladas por la comunidad, dirigidas a satisfacer sus necesidades básicas de salud, mediante el uso de recursos de sus propias organizaciones, estableció en su Política de Salud el año 1981, los siguientes objetivos: disminuir la morbimortalidad con énfasis en el grupo infantil; proteger el binomio madre-niño dentro del concepto de atención integral, asegurando el cumplimiento de una coherente política poblacional; mejorar los servicios de salud y extender su cobertura.

Para el cumplimiento de los objetivos de la política del sector se formuló un Plan Nacional de Acciones Coordinadas de Salud (PNACS) para el mediano plazo 1982-85. El plan debía abarcar todo el país, según prioridades, buscar la participación activa de la comunidad, así como la de todos los componentes del sistema, de otros sectores y de instituciones de cooperación técnica y financiamiento internacional.

De acuerdo con la política del sector, con el PNACS y con la situación económica del país, se buscó cooperación internacional para formalizar la implementación de la Atención Primaria de la Salud. Desde 1978 hasta 1983 se concretaron hasta siete proyectos con cooperación internacional para el apoyo de programas de salud con la estrategia de la atención primaria.

En el proyecto de Atención Primaria y Servicios Básicos de Salud, con el Banco Mundial, así como en los demás, una de las grandes dificultades fue conseguir la fluidez de la contrapartida nacional, lo que dificultó la ejecución de las acciones. Estos y otros inconvenientes del sector hicieron prácticamente inoperables estos proyectos que, con el cambio de gobierno, entraron en extinción.

En un análisis crítico que hace el mismo Rogelio Bermejo, en junio de 1989, de los lineamientos básicos de la política nacional de salud del gobierno de aquel entonces, concluye que éstos guardaban coherencia con los lineamientos estratégicos de la Atención Primaria de la

Salud de Alma Ata, con el agregado de que se enfatizó la reestructuración del sector para hacerlo más descentralizado y desburocratizado.

Pero resulta, señala Bermejo, que éstos prácticamente quedaron como enunciados retóricos que no pudieron operativizarse por múltiples motivos, entre ellos la gran inestabilidad funcionaria. Los intentos múltiples de reestructuración del sector por lograr su descentralización y desburocratización fracasaron: la primera estuvo muy lejos de ser alcanzada por la grave crisis socioeconómica por la que atravesaba el país y la segunda porque su intento fue contraproducente, ya que aumentó la burocracia debido a la multiplicación de los “funcionarios de confianza” entre los allegados al gobierno de turno, funcionarios sin experiencia que contribuyeron al deterioro del sector, que ya venía afectándolo desde los años 80 o más.

Las apreciaciones críticas hechas por Bermejo para las décadas precedentes se aplican exactamente, para la década de los 90 al 2000.

Pasaremos a analizar sucintamente la organización actual del sector salud, los programas nacionales de salud, la situación de la investigación científica aplicada, la formación y capacitación del personal de salud, el problema de los medicamentos y el gasto público en salud, haciendo referencia a las incoordinaciones y estudios sobre corrupción en el sector salud.

4. ORGANIZACIÓN INSTITUCIONAL PARA LA PROVISIÓN DE SERVICIOS DE SALUD (SECTOR SALUD)

En el Perú, los servicios de salud son provistos, tanto por el subsector público como por el subsector privado. Cada subsector sigue un curso independiente y existe poca coordinación entre ellos.

4.1 Al subsector público pertenecen: 1. El Ministerio de Salud (MINSA). 2. El Seguro Social de Salud (EsSalud) del sector trabajo y promoción social. 3. Las sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales. 4. Las sanidades de los gobiernos locales municipales y 5. Las beneficencias públicas.

4.1.1 El Ministerio de Salud es el órgano del Poder Ejecutivo rector del sector salud y responsable de normar y supervisar la aplicación de la política nacional de salud. Según el último censo del MINSA, éste cuenta con más de 5.933 establecimientos de salud a nivel nacional (136 son hospitales, de los cuales 28 se ubican en Lima metropolitana, 4747 postas médicas, 1009 centros de salud y 41

centros de otro tipo) y es el más importante proveedor de servicios de salud, atiende a más del 60% de hospitalizaciones a nivel nacional y, a través de sus centros y puestos de salud, concentra el 60% del total de atención ambulatoria. El MINSA organiza sus servicios en 4 niveles de atención: 1er. Nivel (puestos y centros de salud, que realizan servicios de atención básica con énfasis en aspectos preventivos, promocionales y acción recuperativa); 2º. Nivel (hospitales locales); 3er. Nivel (hospitales regionales) y 4º. Nivel (hospitales nacionales e institutos especializados). Existen problemas de coordinación entre los establecimientos de salud, lo que lleva a que exista infraestructura subutilizada y problemas de complementariedad.

El presupuesto de los hospitales del MINSA se fija según las necesidades determinadas por la dirección de cada hospital, pero atado a los lineamientos que se usaron en los años anteriores. El financiamiento de este presupuesto proviene de dos fuentes principales: 1. Recursos del tesoro público y 2. Recursos propios provenientes del cobro de tarifas a los usuarios por los servicios y bienes ofrecidos; sin embargo, no existe, a nivel central, una política que establezca una metodología clara para la definición de tarifas.

La organización de los hospitales del MINSA debe respetar, en términos generales, un organigrama determinado por el Ministerio. Según éste, debe existir un Director General, que actúa conjuntamente con un Director Ejecutivo y un Director Administrativo. El Director General es designado por el MINSA y depende directamente del Ministro, aunque ejerce la administración general del hospital sin mayor participación de este Ministerio.

En el Perú, la provisión de servicios de salud por los hospitales públicos está, actualmente, atravesando un proceso de cambio. Por una parte, en los hospitales pertenecientes al MINSA, además del molde tradicional de asignación del presupuesto por el tesoro público, se empieza a poner en práctica otro, en el cual la asignación financiera responde a las necesidades del hospital para la provisión del servicio, estimado según la demanda que

éste tenga. Este nuevo modelo viene implementándose a través de experiencias piloto, mediante el llamado Programa de Administración de Acuerdos de Gestión (PAAG). La política de privatización de la salud, aplicada a estos hospitales con el concepto de autogestión y generación de ingresos propios, que se ha hecho con un carácter empírico y desordenado, ha tenido efectos negativos sobre la eficiencia, eficacia y la equidad de las instituciones hospitalarias estatales.

4.1.2 Mediante la Ley 27056, la reforma neoliberal de salud terminó con el Instituto de Seguridad Social y creó el Seguro Social de Salud EsSalud y en su recientemente aprobado Reglamento de Organización y Funciones, de fecha 21 de marzo del 2001, se ratifica su condición de organismo público descentralizado, con personería jurídica de derecho público interno, adscrito al sector trabajo y promoción social; tiene autonomía técnica, administrativa, económica, financiera, presupuestal y contable. En esta institución se han concentrado las principales atribuciones de dirección y gestión en el Presidente Ejecutivo, designado por el gobierno y dependiente del mismo, lo que ha debilitado el régimen de gobierno tripartito de estado, empleadores y asegurados.

EsSalud, dentro de sus atribuciones, prestaba servicios integrales de salud preventiva, curativa y recuperativa en casos de accidentes de trabajo y enfermedades en general; pero, amplió, recientemente, la cobertura a favor de población no asegurada y de escasos recursos, aunque no se especificaba las características y financiamiento de estos nuevos programas. Parece ser que, con el nuevo Reglamento, estas últimas coberturas se cortarían ya que no figuran explícitamente. Los hospitales pertenecientes al Seguro quedarán bajo la autoridad de la Gerencia Central de Operaciones de EsSalud como órganos descentralizados.

EsSalud cuenta con 282 establecimientos de salud (195 son centros de salud, 71 hospitales –17 ubicados en Lima-, algunas postas médicas y otro tipo de establecimientos). EsSalud es el segundo proveedor de servicios

de hospitalización después del MINSA, pero juega un papel mucho menor en la atención ambulatoria. Los hospitales de EsSalud tienen equipos y bienes de capital más modernos y de mejor calidad que los del MINSA.

El presupuesto de los hospitales de EsSalud es definido por la Oficina de Administración, sobre la base de metas fijadas entre las oficinas de administración general y la gerencia del hospital. Los recursos para financiar el presupuesto provienen de las contribuciones (9% de todas las planillas) y de los aportes de los pensionistas (4% de la pensión). En los hospitales de EsSalud no debe haber ningún desembolso de dinero dentro del hospital por los usuarios. En general, los hospitales cuentan con menor autonomía presupuestaria que los hospitales del MINSA.

Los hospitales de EsSalud designan gerentes en lugar de directores; sin embargo, la autoridad más alta es un Directorio designado por la Gerencia Ejecutiva de EsSalud; el ámbito de acción de estos hospitales está más reglamentado, tanto en términos de organización, como de procedimientos administrativos y de manejo de recursos. Pero, las restricciones económicas por asignaciones presupuestales deficitarias determinan serios problemas de eficiencia y eficacia en la prestación de los servicios asistenciales, así como, entre otros problemas, someter a riesgos lamentables y no poco frecuentes de infecciones intrahospitalarias a los usuarios, por reciclaje de material quirúrgico que debería ser descartable y defectos en el adecuado proceso de esterilización de equipos.

- 4.1.3 Las Sanidades de las Fuerzas Armadas y Policiales, con fueros privativos dependientes de los Ministerios del Interior y Defensa, respectivamente, cuentan con servicios hospitalarios creados para dar atención integral de salud a los miembros y familiares de sus instituciones, a los que se les dió una cierta autonomía con una Dirección de Sanidad, directamente dependiente de su Ministerio; pero, posteriormente, se les ha sometido al mando de Direcciones Generales de las fuerzas a las que pertenecen, quitándoseles autonomía; pero, en cambio, se les ha autorizado la apertura de "clínicas" y

"policlínicas", abiertos al público en general, operando con recursos provenientes del presupuesto nacional y recursos propios obtenidos por la prestación de servicios. Esta apertura, que representa una competencia del Estado, considerada desleal por la Asociación de Clínicas y Hospitales Particulares, ha despertado la protesta del sub-sector privado. Cada una de estas sanidades actúa totalmente al margen de la administración de los otros servicios de salud, públicos o privados.

- 4.1.4 y 4.1.5 Se incorporan dentro del subsector público, con servicios de salud, los gobiernos locales municipales y las beneficencias públicas que, aunque manejan dineros públicos, se organizan y funcionan como los pertenecientes al subsector privado.

- 4.2 En el subsector privado encontramos entidades que ofrecen servicios de salud con fines lucrativos y no lucrativos.

- 4.2.1 Lucrativos, como:

4.2.1.1 las clínicas y hospitales particulares,

4.2.1.2 los consultorios médicos particulares y

4.2.1.3 las empresas intermediadoras de prestación de salud, que ofrecen cobertura económica a estos servicios mediante seguros particulares. Estas empresas aseguradoras de salud, que prometen dar cobertura integral de salud a sus usuarios, cubriendo los gastos por accidentes y enfermedades, tienen conceptos muy sui géneris de lo que significa "salud" para los peruanos; es así como, a pesar de los altos costos que demanda el contrato de afiliación, al alcance sólo de grupos poblacionales de altos ingresos económicos, no consideran como parte de la salud la salud mental, por lo tanto, no cubren las enfermedades mentales, que si son cubiertas en los servicios de salud del sector público; no cubren las denominadas por ellos enfermedades preexistentes, limitan y recortan seriamente los medicamentos indicados, no autorizan el estudio integral del

enfermo (denominándolo "chequeo"), no aceptan la medicina preventiva, recortan los exámenes auxiliares, limitan la edad cronológica de afiliación, establecen tarifas muy reducidas para los servicios de atención directa y por los actos médicos. Para todas estas limitaciones cuentan con un sistema denominado de auditoría médica, a cargo de médicos contratados por ellas, encargados de hacer cumplir sus normas en defensa de los intereses económicos de la Compañía y en perjuicio del paciente, todo esto bajo el argumento de que, para ellas, los seguros de salud no son rentables y que los mantienen como un "servicio de bien social".

4.2.2 Otro grupo de entidades del sub-sector privado que ofrece servicios de salud a grupos poblacionales restringidos y con fines altruistas, no lucrativos, de servicio comunitario o institucional, son:

4.2.2.1 los servicios parroquiales,

4.2.2.2 las ONGs (como Vía Libre, INPPARES, etc.) y

4.2.2.3 los seguros particulares de salud de instituciones profesionales o gremiales.

El subsector privado cuenta con 689 establecimientos a nivel nacional, de los cuales 202 son hospitales del subsector privado lucrativo (87 en Lima). La mayor parte de hospitales y clínicas del país, particularmente en Lima metropolitana, pertenecen al subsector privado; pero, más hospitalizaciones son atendidas por hospitales del MINSA y EsSalud.

En las clínicas privadas, el presupuesto se define según los ingresos de la institución y las necesidades de atención establecidas. El financiamiento proviene de recursos propios, la mayor parte de estos recursos parece provenir de los ingresos por farmacia; adicionalmente, los recursos del hospital provienen de un porcentaje, entre 10 al 20%,

de los honorarios que perciben los médicos por sus consultas, de los pagos de los pacientes por los servicios de hospitalización y de los provenientes de los contratos con las empresas intermediadoras de prestación de salud (seguros empresariales de salud y EPS –Empresas Prestadoras de Salud-).

4.3 Comités Locales De Administración Compartida (CLAS)

Entre las organizaciones de provisión de servicios de salud existe en el Perú el Programa de Administración Compartida (PAC), que busca la descentralización de la gestión de los establecimientos de salud a través de la promoción de la participación comunitaria. El Comité Local de Administración Compartida (CLAS) es una asociación civil, integrada por representantes de la comunidad y el Ministerio de Salud, la cual celebra un contrato de administración con el Ministerio de Salud. El CLAS tiene responsabilidad legal y financiera para la administración de los centros y puestos de salud en su jurisdicción y dispone de recursos públicos para pagar horas extras al personal existente o contratar personal adicional (operando como el sector privado), con el fin de ampliar las horas de atención. Adicionalmente, los ingresos propios generados por las tarifas de atención y la venta de medicamentos no retornan al Ministerio y se utilizan para mejorar las instalaciones y equipos y financiar el costo de atención y medicinas para aquellos que no pueden pagar. Fueron creados en 1994 y a diciembre de 1999 el número de CLAS reconocidos era de 530, los que tenían bajo su administración a más de 1000 establecimientos de salud de áreas rurales del país.

4.4 Entidades Prestadoras De Salud (EPS)

Son entidades privadas que prestan servicios complementarios a los de la seguridad social, creadas a expensas de la Ley 26790; la "Ley de Modernización de la Seguridad Social del Perú" promueve el financiamiento de entidades prestadoras privadas, a expensas del seguro social, restándole el 25% de los aportes a EsSalud para la atención de la denominada cobertura de la capa simple de salud. Hasta el momento, las tres EPS que están operando sólo han logrado incorporar a un porcentaje mínimo de la población asegurada y las organizaciones médicas consideran que estas entidades, con fines de lucro, contradicen el papel solidario que le corresponde al Seguro Social. Actualmente, estas entidades, para mejorar su capacidad de atracción, están ofreciendo

ventajas y abriéndose a sectores sociales más amplios que los iniciales.

En un estudio realizado el año 1999, que tenía por objeto analizar el problema de la corrupción en hospitales públicos del Perú, en el marco del proyecto "Transparencia y rendición de cuentas en los hospitales públicos en América Latina", financiado por el BID y publicado en febrero del 2000 por el Instituto Apoyo, se encontró que el problema de corrupción es significativo en los hospitales públicos y, particularmente, en los del Ministerio de Salud, en una muestra estudiada que incluyó hospitales representativos del Ministerio de Salud, EsSalud y clínicas privadas.

4.5 Programas Nacionales De Salud

El Ministerio de Salud ejecuta acciones de salud, a través de las Direcciones Generales, que figuran en su organigrama general, orientadas a resguardar la salud ambiental (Dirección General de Salud Ambiental); resguardar la calidad de los servicios farmacéuticos (DIGEMID) y promover la salud integral de las personas (Dirección General de Salud de las Personas). Esta última tiene, a cargo de la Dirección Ejecutiva de Programas de Salud, numerosos Programas Nacionales, subdivididos en Dirección de Programas de Salud Mujer y Niño, de Programas Sociales y del Subprograma de Planificación Familiar, de Programas de Enfermedades Transmisibles (lucha contra la TBC, malaria, SIDA, etc.) y Programas Especiales.

Entre los años 1993 y 1994 se crearon los llamados Programas Públicos Focalizados del MINSA, que no están incorporados en la estructura del mismo y que ejecutan acciones de salud específicas, con presupuestos directamente asignados; estos son:

El Programa de Fortalecimiento de los Servicios de Salud, que cuenta con financiamiento del BID, del Fondo de Cooperación Económica de Ultramar del Japón y del tesoro público. Su presupuesto total es de US\$ 98 millones.

El Programa de Salud Básica para Todos, que se inició en 1994 y está financiado en su totalidad por el tesoro público.

El Proyecto de Salud y Nutrición Básica, que se puso en marcha en 1994 y cuenta con financiamiento del Banco Mundial por US\$ 44 millones.

El Proyecto 2000 (Programas de Salud Materno-infantil), cuenta con la cooperación técnica financiera de USAID y un presupuesto de US\$ 60 millones.

El Proyecto de Generación de Capacidades en el Ministerio de Salud) cuenta con un presupuesto de US\$ 2 millones, financiados por la cooperación británica.

El Proyecto Vigía, enfrentando la amenaza de las enfermedades infecciosas emergentes y reemergentes y establecido por convenio entre el MINSA y USAID.

Estos programas especiales están sujetos a mucha vulnerabilidad por la gran concentración de profesionales contratados y el tipo de asignación de fondos.

5. SALUD AMBIENTAL Y AFECCIONES OCUPACIONALES

La salud ambiental no ha tenido, por parte del Estado, la atención que merecería en un país como el nuestro, que cuenta con contaminantes ambientales de diferente índole, produciendo patología diversa en la población general y, sobre todo, en la urbano turgurizada, por factores biológicos, tóxicos y sensibilizantes alérgicos.

No vamos a analizar ahora, por ser de competencia multisectorial, el rol que deberían jugar -y lo hacen, evidentemente, en forma defectuosa-, los organismos responsables de la vigilancia de la salud pública en el desarrollo de programas de educación sanitaria para la población y en el saneamiento ambiental.

Aunque las defunciones por causas de origen laboral representan un problema de gran magnitud en el mundo entero, suelen recibir muy poca atención. Según datos recientes de la OIT, un millón cien mil personas mueren en el mundo cada año como consecuencia de trastornos de origen ocupacional, muchas más que las que mueren en accidentes automovilísticos (999.000) y en conflictos bélicos (502.000).

En el Perú se desactivó el Instituto de Salud Ocupacional y no existen datos estadísticos de las enfermedades de los trabajadores mineros (silicosis), de los trabajadores industriales (asbestosis, dermatosis ocupacionales, quemaduras químicas) y de las producidas por la globalización en la llamada "exportación de riesgo", debido al traslado de industrias a países en desarrollo, donde no rigen los estándares estrictos de seguridad y en trabajadores de salud (TBC multidrogaresistente, hepatitis B y C, etc.).

6. MEDICAMENTOS

La problemática del medicamento no ha sido abordada en nuestro país, a pesar de que las necesidades siguen incrementándose como resultado del aumento

poblacional, de la aparición de nuevas enfermedades, del incremento de la pobreza con los trastornos de la salud que la acompañan y de la continua innovación tecnológica.

Una economía liberal que privilegia el mercado sobre la persona humana, con precios de los medicamentos en constante incremento y presupuestos familiares deficitarios, hacen que la brecha en el acceso a éstos sea cada vez mayor.

Otro gran problema que confronta el sector salud es el serio relajamiento del control que debe existir sobre los medicamentos y drogas que se ponen a disposición de la colectividad y la ausencia de una política de vigilancia farmacológica, que debería ser una obligación del Estado.

7. FORMACIÓN Y CAPACITACION DEL PERSONAL DE SALUD

El recurso humano es el elemento más importante de la prestación de servicios de salud; por lo tanto, es necesario planificarlo mediante un proceso de formación, educación continua y utilización, que contempla una justa política salarial y de incentivos.

En el país se ha producido irracionalmente una proliferación de instituciones formadoras de profesionales y técnicos de salud. En esta insensata carrera no sólo participan instituciones universitarias públicas y privadas, muchas de ellas no calificadas para entregar al país profesionales de la salud adecuadamente preparados, sino, también, un enjambre de academias, institutos, escuelas, servicios asistenciales e instituciones de diversa índole y hasta el Colegio Médico (asumiendo atribuciones que no le corresponden) ofrecen títulos, diplomas o calificaciones de formación y capacitación a personal interesado en las diferentes ramas y niveles del trabajo médico o paramédico. Esta situación da como resultado que exista una oferta en exceso que no responde a las necesidades de la población. Por otro lado, el sistema de salud, por razones económicas, no demanda del personal necesario y ofrece condiciones de trabajo desfavorables, creando un serio problema de desocupación.

Entre 1992 y 1996, el número de médicos se incrementó en 50% y el de enfermeras en 45%; mientras que en 1992 existía un médico por cada 1.145 habitantes, en 1996 había un médico por cada 969 habitantes. La cifra nacional de 10.3 médicos por cada 10 mil habitantes representa el 70% del promedio latinoamericano; pero, hay una tremenda desigualdad en la distribución territorial y debemos llamar la atención sobre el hecho de que la calidad en la formación académica de los profesionales se está deteriorando seriamente.

8. LA INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA EN SALUD

En el Perú se evidencia la falta de apoyo y de fomento de la investigación científica y tecnológica, ausente en las políticas sectoriales de salud.

La inversión financiera es insuficiente; de acuerdo con información de CONCYTEC, el promedio en los últimos cinco años del gasto anual del gobierno nacional en instituciones vinculadas con la ciencia y tecnología ha alcanzado el 0.24% del PBI. Comparativamente, el promedio del gasto de los países en vías de desarrollo es de 0.64% y el de los países desarrollados 2.92%.

El Instituto Nacional de Salud, centro de investigación científica de alto nivel del MINSA, funciona como organismo público descentralizado; tiene responsabilidades normativas y referenciales para laboratorios de salud a nivel nacional, así como para control y producción de biológicos e investigaciones nutricionales; cumple, en la medida de sus posibilidades, con el rol que le corresponde en el país, de producción y difusión científicas; cuenta con infraestructura y tecnología de punta para tales fines. Desafortunadamente, está sujeto a los vaivenes de la política nacional, con cambios frecuentes de personal en sus diferentes niveles y ausencia de incentivos a la carrera de investigador médico.

Los centros de investigación universitarios estatales y privados no cuentan con recursos y su producción científica es penosamente exigua.

9. EL GASTO PÚBLICO EN SALUD

El gasto total destinado a salud se ubica en el Perú por debajo del promedio latinoamericano. Según datos del Banco Mundial, en 1997 el gasto total en salud como porcentaje del PBI fue de 4.1%. En términos de dólares per capita, el gasto total (MINSA, EsSalud y gasto privado) fue, en 1997, de US\$ 90, que era, aproximadamente, la mitad del gasto en otros países de América Latina.

El financiamiento de las actividades de atención a la salud, nos dice el economista Javier Iguíñiz en su estudio sobre deuda externa y política de salud, no depende del financiamiento externo, pues éste es ínfimo. El sector salud no genera problemas de deuda externa, aunque sufre sus consecuencias, como otros sectores sociales.

La reducida asignación de recursos públicos al sistema de salud y la "autosuficiencia financiera" revelan una política del gobierno, con la utilización de los pagos por los pacientes en los hospitales públicos, para cubrir gastos. Los ciudadanos tienen derecho a la protección y promoción de la salud, pero no a la recuperación de la salud; no obstante

la importancia de esta fuente de ingresos, no existe una política definida por parte del MINSA que regule estos mecanismos. Para 1997, se ha estimado que esos pagos cubrieron, en promedio, el 15% del gasto del sector público. Esta es la verdadera privatización del sistema de salud – dice Iguíñiz- y, probablemente, la más dañina para los que tienen menos capacidad de pago, puesto que una consecuencia de estos cobros es el alejamiento del servicio público de los más pobres.

El Banco Mundial recuerda, en un informe reciente, que “el costo de la atención médica es una fuerza disuasoria para la gente”. En 1995, el porcentaje de enfermos que no pudo realizar consultas por razones económicas llegó al 65%; en 1996, al 54.4% y en 1997 al 62.2%. El 70 al 80% de los que no realizan una consulta, aunque consideran que deberían hacerlo, lo hacen por falta de dinero.

Cuantitativamente hablando, esta situación no es, como se pensaba, producto de la gran crisis económica de fines de los años ochenta; resulta, principalmente, de una política que la ha incentivado, porque ve con buenos ojos que así ocurra. A comienzos de los años ochenta, en los hospitales de Lima se cobraba por un monto equivalente al 6-7% del total de ingresos; en 1992 llegaba al 10% y en 1998 es, por lo menos, 25%.

Una contribución particular a la desigualdad en la prestación de servicios de salud es la que se verifica en el manejo de los hospitales y otras instalaciones de salud; mientras que los hospitales son prácticamente la única fuente de servicios secundarios y terciarios para los pobres, se asigna sólo una pequeña proporción para servirlos. Esto se debe, principalmente, al alto grado de comercialización y a la falta de regulación. Los incentivos son para ir hacia la rentabilidad, lo que lleva al abandono del paciente pobre con enfermedad cara. Los hospitales peruanos disfrutaban de un alto grado de autonomía a la caza de “recursos propios”, orientados a atender usuarios capaces de pagar. Así colaboran con la desigualdad entre regiones y con la desigualdad social. Otra fuente de desigualdad es la reforma de la seguridad social, al introducir las EPS; de ese modo, el sector privado con fines de lucro asume el negocio de la atención de salud y le quita al IPSS un porcentaje de los recursos que recibía. Esta desigualdad creciente, resultante de la descarga del gasto sobre las familias, cunde en el mundo dentro de la ola liberal. Es sabido que, cuando el ingreso cae, el gasto en salud cae más. Como consecuencia del ajuste económico al comienzo del primer gobierno de Fujimori, en el que la reducción del consumo total per capita en el

estrato pobre de Lima fue de 22.5%, los gastos en cuidado y conservación de salud cayeron en 86.3%. En el estrato medio de la población, en el que el consumo total per capita se redujo un 24.5%, el de salud lo hizo en un 70.3%.

Es notorio que, parte importante de la población, al no tener acceso a la medicina formal, recurre, cada vez más frecuentemente, a la medicina alternativa, que se sale, totalmente, del control de los organismos oficiales de salud.

Con la finalidad de presentar una síntesis diagnóstica de la situación de salud en el país al finalizar el siglo XX, se consideran como problemas prevalentes de salud más significativos los siguientes:

- Elevados índices de morbimortalidad materno infantil.
- Alta incidencia de enfermedades transmisibles.
- Ingesta calórico proteica deficitaria.
- Atención de salud eminentemente recuperativa.
- Acciones de promoción y protección muy limitadas, inexistentes en muchos casos.
- Doctrina de salud dirigida, preferentemente, a la atención recuperativa.
- Políticas de salud privilegiantes para grupos de mayores ingresos y marginantes para las grandes mayorías.
- Incumplimiento de la función rectora del Ministerio de Salud y poca autoridad real para hacer cumplir las normas de salud.
- Organización estructural y funcional de los sistemas de servicios de salud poco eficaz, deficiente e insatisfactoria.
- Administración de servicios de salud defectuosa e inoperante.
- Escasos recursos reales y financieros.
- Distribución con bajo rendimiento y utilización.
- Preparación y capacitación insuficiente del personal.
- Poca o ninguna preparación de directivos y funcionarios.
- Bajas coberturas de atención.
- Concentración en las grandes ciudades y marginación de las zonas rurales y urbano marginales.
- Escasa o ninguna vinculación de los servicios de salud con la comunidad, siendo su participación muy limitada o inexistente.
- Actitud psicosocial desfavorable del personal frente a los problemas de salud.

Como expresión de los problemas prevalentes se dan las necesidades y aspiraciones, que consisten en modificar favorablemente cada uno de los problemas prevalentes enunciados.

La satisfacción de necesidades y aspiraciones está estimulada por factores impulsores y neutralizadas por factores retardadores; estos últimos pueden ser de tipo político, técnico, administrativo y financiero, educacional, en formación y capacitación del personal, y psicosocial.

10. CONCLUSIONES

- 1) La situación de la salud en el Perú al finalizar el siglo XX está en una profunda y severa crisis, expresada en un deficiente estado de salud y un desorganizado sistema de servicios de salud. Existe poca autoridad real del MINSA para hacer cumplir las normas de salud.
- 2) La política de salud, con tendencia privatizadora, mercantilista, sin participación comunitaria, ni incentivos al personal de salud y a la investigación científica, conduce a la negación de su rol social de servicio a la comunidad.
- 3) Los programas nacionales de salud adolecen de mucha vulnerabilidad.
- 4) Hay deficiente atención a la salud ambiental y afecciones ocupacionales; la investigación científica en salud está desatendida; hay síntomas de corrupción en los hospitales y otros servicios de salud del Estado; la formación y capacitación del personal de salud es defectuosa y en peligroso deterioro.
- 5) No hay una política adecuada de control de calidad del medicamento, el que, además, por su costo está fuera del alcance de las grandes mayorías.
- 6) En el país la salud colectiva está amenazada y la salud individual adolece de un alto grado de desprotección en todos los niveles de estratificación social, haciendo crisis en la gran masa de población con altos índices de pobreza.
- 7) El sistema de salud actual, no obstante algunos avances positivos, sigue siendo ineficaz, ineficiente e inequitativo

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Alcázar, Lorena; Andrade, Raúl. Transparencia y rendición de cuentas en los hospitales públicos: el caso peruano. Washington, DC: BID; Red de Centros de Investigación, 1999.

2. Academia Peruana de Salud. La salud y los retos en el período 2001-2006. XIX Foro «Salud y desarrollo», Lima.
3. Bermejo, Rogelio. La atención primaria de la salud. Lima, Junio 1989.
4. Bustíos, Carlos. Notas sobre salud pública y el derecho a la protección de la salud. Lima: UNMSM, Facultad de Medicina, 2000.
5. Castello, Jorge. La salud. Foro «Discusión del dictamen preliminar para el censo en salud y seguridad social», Frente Nacional de Defensa de la Salud y la Seguridad Social, Lima.
6. ————. Salud pública. X Foro «Salud y desarrollo», Academia Peruana de Salud, Lima.
7. CONCYTEC. Informe No. 1. Lima, Comisión Asesora sobre Investigación en Salud, 2000.
8. Cortez, Rafael. Equidad y calidad de los servicios de salud: el caso de los CLAS. Lima: Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico, 1998.
9. Eficiencia y participación: desafíos para la gestión municipal. III Seminario Nacional de Alcaldes, 1999. Lima: Asociación SER, 2000.
10. EsSalud. Estructura orgánica y reglamento de organización y funciones de EsSalud. Lima: El Peruano, Normas Legales, 23 de marzo 2001.
11. Iguñiz, Javier. Deuda externa y política de salud. Lima: PUCP, Departamento de Economía, 2000.
12. Ministerio de Salud. 2do. Censo de infraestructura sanitaria y recursos del sector salud 1996. Lima: Ministerio de Salud, 1996.
13. Ministerio de Salud. Jornada interinstitucional: red de economía de la salud en Perú (REDES-FPERU). Lima: OPS, 1995.
14. ————. Lineamientos de política de salud 1995-2000; un sector salud con equidad, eficiencia y calidad. El desafío del cambio de milenio. Lima, 1995.
15. ————. Producción de actividades de salud: Perú 1993. Lima, 1994.
16. ————. La reforma del sector salud. Lima, 1995.
17. ————. Resumen gráfico de la situación de salud del Perú. Lima, 1995.
18. ————. Seminario internacional: reforma del sector salud. Lima, 1997.
19. Molina, Raúl et al. Gasto y financiamiento en salud: situación y tendencias. En: Revista Peruana de Salud Pública, 8(1/2); 71-83: 2000.

20. Murrugarra, Edmundo; Valdivia, Martín. Morbilidad autoreportada y los retornos a la salud para los varones urbanos en el Perú: enfermedad vs. incapacidad. Lima: GRADE, 2000.
21. Ortiz de Zevallos, Gabriel et al. Salud; task forces agenda para la primera década. Lima: Instituto Apoyo, 2000.
22. ——. et al. La economía política de las reformas institucionales en el Perú: los casos de educación, salud y pensiones. Washington, DC: BID, 1999.
23. Petrera, Margarita et al. La gestión estatal y la privatización en el sector salud, la seguridad social y el sector financiero. Lima: IEP, 1993.
24. ——. et al. Modelo de programación para la atención básica en salud: Perú 1988-2010. Lima: USAID, 1991.
25. Vásquez, Enrique et al. Inversión social para un buen gobierno en el Perú. Lima: Centro de Investigación de la Universidad del Pacífico, 2000.