

# SALUD PARA TODOS Y TODAS EN UN PAÍS DESIGUAL Y DIVERSO: BUENAS SEÑALES Y PRONTOS DESAFÍOS

Yon, Carmen J.;

;

© 2016, INSTITUTO DE ESTUDIOS PERUANOS



This work is licensed under the Creative Commons Attribution License (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/legalcode>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction, provided the original work is properly credited.

*IDRC Grant: 107433-001-Indigenous Health, Social Inequity, and Interculturality: Research and Critical Evaluation of Interventions Implemented In Peru*

# SALUD PARA TODOS Y TODAS EN UN PAÍS DESIGUAL Y DIVERSO: buenas señales y pronto desafíos



Carmen Yon Leau\*

Aunque se observan mejoras en las últimas décadas, la salud en el Perú sigue siendo una clara expresión de desigualdades socioeconómicas, territoriales y étnicas. Ello ocurre a pesar del incremento de la cobertura de los servicios públicos y la expansión de la afiliación al Seguro Integral de Salud (SIS) entre la población pobre y rural. Podríamos decir que no se han modificado sustancialmente los términos de la relación entre el Estado y los ciudadanos que hacen uso de los servicios públicos de salud, que son los únicos a los que puede acceder la mayor parte de la población pobre, rural o de pueblos indígenas. Más aun, la situación de salud de estas poblaciones expresa las limitaciones de políticas que ponen el principal peso en el acceso a servicios de salud, sin enfrentar con el mismo énfasis probadas causas

sociales de los problemas sanitarios, tales como la falta de agua segura y saneamiento, la inseguridad alimentaria, la inequidad y la violencia de género, la ausencia de oportunidades educativas y económicas, así como otras desigualdades sociales reconocidas como determinantes de la salud por la Organización Mundial de la Salud (OMS). Podría decirse que, en el mejor de los casos, se ha logrado una precaria “inclusión”, pero sin reconocimiento pleno de los derechos de la población en materia de salud.

Los indicadores nacionales encubren grandes disparidades entre regiones y entre grupos de la población, como se evidencia, por ejemplo, en los indicadores de desnutrición crónica infantil (DCI) y mortalidad materna. Según la ENDES 2015, mientras la tasa de DCI en las zonas urbanas es de 9.2 %, en los ámbitos rurales esta es tres veces

\* Socióloga y Antropóloga Médica, investigadora del IEP.

mayor y alcanza el 27.7 %. La razón de mortalidad materna calculada para el periodo 2007-2011 (MINSA 2013) en ámbitos urbanos es de 70 por 100 mil nacidos vivos, lo que contrasta con la cifra para zonas rurales, que es más del doble, de 161.5 por 100 mil nacidos vivos. Estas disparidades se dan a la par que se han acortado las brechas en el acceso a los servicios de salud. Así, por ejemplo, el porcentaje de mujeres que tuvo algún control prenatal por un proveedor de salud en zonas rurales pasó de 38.4 % en 1991 a 91.3 % en 2015, y el parto institucional se incrementó de 15.2 % a 74.2 % en el mismo período. También hay problemas de salud que se dan de modo igualmente preocupante en áreas urbanas y rurales, como es el caso de la anemia infantil, que afecta a casi el 30 % de los niños urbanos y al 40 % de los rurales. A esto se suma la creciente presencia del sobrepeso y la obesidad, asociadas a enfermedades crónicas como la diabetes y la hipertensión, en diferentes grupos de la población.

*Los indicadores nacionales encubren grandes disparidades entre regiones y entre grupos de la población, como se evidencia, por ejemplo, en los indicadores de desnutrición crónica infantil (DCI) y mortalidad materna.*

La ampliación de la cobertura de los servicios de salud estatales se ha visto favorecida por la expansión del programa de transferencias condicionadas JUNTOS, que tiene como uno de sus

requisitos acudir a los controles prenatales y al control de crecimiento y desarrollo de los niños menores de tres años; así como por la afiliación al Seguro Integral de Salud (SIS). El SIS, desde sus inicios en el 2001 y luego como parte de la política de Aseguramiento Universal en Salud (2009), ha incrementado progresivamente la afiliación de las personas en situación de pobreza. Así, la población rural, donde la incidencia de la pobreza es mayor, tiene actualmente una tasa de aseguramiento de 81,4 %, la que es más alta que en las zonas urbanas, donde se trata del 70.7 % (INEI 2015). La expansión de la cobertura de los servicios de salud públicos no ha resuelto problemas de aceptación y calidad de atención, ni ha abonado al reconocimiento de la salud como un derecho. Los informes de la Defensoría del Pueblo sobre el funcionamiento del Seguro Integral de Salud-SIS (2007) y el sistema de Aseguramiento Universal en Salud-AUS (2011 y 2013), así como de los servicios de atención de emergencias (2016), evidencian problemas estructurales y de gestión en el sistema sanitario peruano que afectan seriamente la calidad de atención de los EESS donde se implementan estos mecanismos de aseguramiento en salud. Estos informes evidencian que la política de aseguramiento de los más pobres no puede garantizar su derecho a la salud en tanto el sistema sanitario del país se encuentra seriamente limitado por la falta de financiamiento, una débil rectoría, la falta de recursos para la infraestructura, equipamiento e insumos, la carencia de personal asistencial, así como la pobre calidad de los servicios de salud. Además, no ha habido una real implementación de políticas para que los servicios de salud dialoguen de manera más equitativa con la cultura y la medicina indígena y, en general, respeten los derechos individuales y colectivos de ciudadanos y ciudadanas.

**ACCESO UNIVERSAL CON CALIDAD: ¿ESTA VEZ, QUÉ CAMBIARÁ EN TÉRMINOS DE REDISTRIBUCIÓN Y RECONOCIMIENTO<sup>1</sup>?**

El actual gobierno de PPK plantea el acceso universal a los servicios de salud y la atención de calidad como parte de sus objetivos principales en el ámbito sanitario. Se retoma así ofrecimientos de la frustrada reforma de salud del anterior gobierno. Si el gobierno de Humala vinculó el acceso universal a la salud a la inclusión social, el actual ha insistido en que ello es parte de la modernización del país indicando que “sin salud no hay desarrollo”.

*La nueva ministra ha acatado el fallo del Poder Judicial e iniciado las acciones para garantizar que la AOE sea accesible en los servicios públicos de salud, eliminando así la actual inequidad existente.*

La ministra de Salud, Patricia García, empezó su gestión dando buenas señales respecto a mejoras del sistema de salud, al anunciar que se buscará recuperar la calidad de atención en la relación médico-paciente y “poner en el centro las necesidades de las personas”, así como enfrentar la fragmentación del sistema de salud mediante la unificación del MINSA y ESSALUD para hacer un mejor uso de los recursos del sistema de salud en diferentes niveles de atención<sup>2</sup>. También ha

acatado el fallo del Poder Judicial e iniciado las acciones para garantizar que la AOE sea accesible en los servicios públicos de salud, eliminando así la actual inequidad existente respecto a quienes pueden comprarla en las farmacias. Cada una de estas medidas implica enfrentar actores individuales y colectivos que ya empezaron a expresarse, así como una serie de cambios y medidas específicas de corto, mediano y largo plazo. Por razones de espacio, aquí me concentraré en los retos para lograr mejoras en la calidad de atención de los servicios de salud, tomando en cuenta para ello resultados de diversos estudios, así como de informes de supervisión realizados por la Defensoría del Pueblo.

**Calidad de atención desde proveedores y usuarios/as**

En primer lugar, debe notarse que lo que significa calidad de atención para los prestadores de salud no siempre es lo mismo que para las personas usuarias. Un estudio realizado por Anderson (2001) en ámbitos rurales de Áncash, Puno y La Libertad, mostraba la centralidad del componente eficacia para las usuarias, mientras que para los proveedores se daba por sentada la eficacia siempre que las usuarias “cumplan” con lo que se espera que realicen. Entre esto último está la adherencia de las usuarias a los tratamientos e indicaciones, pero también la expectativa de que sigan el sistema de referencias y contra-referencias de los establecimientos de salud, lo que no concuerda con la práctica y expectativas de la población. El buen trato, que en el caso de los proveedores fue el componente central en su modelo de calidad, acorde con la reforma de salud de fines de los noventa que enfatizaba “calidad con calidez”, también se definió con lógicas distintas. Mientras para las usuarias “buen trato” implicaba aspectos más profundos, como

1 Categorías usadas por la politóloga Nancy Fraser en sus reflexiones sobre las formas de superar la injusticia y la desigualdad.

2 Estos planteamientos concuerdan con recomendaciones de ForoSalud, espacio de debate y propuestas de la sociedad civil.

relaciones de mayor equidad que les permitan tener control y decisión, para los proveedores se trataba de aspectos como llamarlas por su nombre y ser amables con ellas.

*La capacidad resolutive de los servicios de salud es un indicador fundamental de la calidad de atención en zonas rurales; así como lo es el buen trato, entendido como opuesto a la imposición y la falta de “paciencia” para comprenderse mutuamente.*

Estudios posteriores con usuarios rurales e indígenas (p. ej. Chávez et ál. 2015; Yon 2015) reafirman que la capacidad resolutive de los servicios de salud es un indicador fundamental de la calidad de atención en zonas rurales; así como lo es el buen trato, entendido como opuesto a la imposición y la falta de “paciencia” para comprenderse mutuamente. Así, el buen trato se definió en comunidades awajún y wampis como un trato horizontal, sin regaños ni maltratos, con buena actitud para escuchar dudas y dar información en términos entendibles para los usuarios (Chávez et ál. 2015). Visto desde los prestadores, esto se dificulta considerablemente cuando no se comparte la lengua y no se posee una formación en salud intercultural, así como por la carga de trabajo y el poco tiempo que deben destinar a cada usuario/a. Aspectos recurrentes que disminuyen la calidad de atención reconocidos tanto por proveedores como por usuarios en nuestros estudios y en informes de la Defensoría, son el tiempo prolongado de espera, la falta de disponibilidad de medicamentos y especialistas, así como de un sistema efectivo de referencia a establecimientos de mayor capacidad resolutive.

### Mayor presupuesto y financiamiento del SIS

Para empezar a enfrentar los problemas estructurales del sector Salud se requiere incrementar su presupuesto, de modo que este permita reducir las brechas en personal, camas hospitalarias, medicamentos y otros recursos que son insuficientes para atender la actual demanda de los servicios de salud.

Pese a las sostenidas tasas de crecimiento económico que ha tenido el Perú en la última década, el porcentaje del PBI que se invierte en salud (5,5 %) está dentro de los más bajos en América Latina<sup>3</sup>. Este problema es reconocido en el plan de gobierno de PPK, donde se propone un incremento progresivo de 0.5 % anual hasta llegar al 7.5 % del PBI (promedio latinoamericano). Por lo pronto, el panorama para el año 2016 es desalentador, pues la Ley de Presupuesto 2016 reduce el presupuesto del sector respecto al año 2015, así como los recursos asignados al SIS para gastos operativos. Un reto urgente es contar con un plan de financiamiento que permita empezar a cubrir las brechas existentes, de lo contrario la disminución de tiempo de espera, la disponibilidad de medicinas, entre otras mejoras ofrecidas, no se podrán concretar.

### Mejorar sistemas de contratación y evaluación

El Presupuesto por Resultados (PpR) es una estrategia de gestión pública del MEF que vincula la asignación de recursos a productos y resultados medibles, buscando eficiencia y transparencia en el gasto. Se usa para evaluar el desempeño de las instituciones públicas, e incentivarlas a que cumplan con los resultados que se definen como prioritarios para los ciudadanos/as desde las entidades del gobierno nacional que tienen la rectoría de las políticas. Contrariamente a la finalidad del PpR

<sup>3</sup> Esta cifra corresponde al año 2014. Base de datos de la OMS.

de poner en el centro el bienestar de los ciudadanos, lo que encontramos en diversas investigaciones cualitativas realizadas en zonas rurales (Yon 2016), es que este instrumento termina siendo una camisa de fuerza tanto para los funcionarios como para el personal asistencial. Estos se ven dificultados de brindar una atención de calidad y acorde a las necesidades de las poblaciones usuarias, pues sus esfuerzos se deben concentrar en el logro de coberturas estipuladas.

*Pese a las sostenidas tasas de crecimiento económico que ha tenido el Perú en la última década, el porcentaje del PBI que se invierte en salud (5,5 %) está dentro de los más bajos en América Latina.*

Otra situación no contemplada en la formulación del PpR, pero presente en la experiencia cotidiana de los trabajadores de salud, es que estos últimos terminan siendo perjudicados en las condiciones de su contratación y se sienten desmotivados por ser responsabilizados de no cumplir con las metas asignadas, cuando esto depende de una serie de deficiencias en presupuesto, cantidad de personal requerido, transporte y difícil acceso geográfico. Se trasladan así las limitaciones del sistema de salud al personal con menor estabilidad y derechos laborales dentro de este. Un exfuncionario de la Red de salud de Condorcanqui (Amazonas) indicó que el corto tiempo de los contratos (de uno a tres meses) de su personal se sustentaba en la necesidad de ejercer presión sobre este, ya que “lo que se quiere es que cumplan con su producción, pues debido a la falta de resultados en los indicadores,

el MEF no aumenta el presupuesto que se asigna a la región y, por el contrario, hay riesgo de que el monto se siga recortando año a año” (Chávez, et ál., 2015:78).

Un desafío pendiente es la incorporación de indicadores de calidad de atención en el PpR, los que tendrían que fundamentarse en una lógica que coloque los derechos y necesidades de los usuarios por delante. Además, se requieren modos sistemáticos de evaluar la capacidad resolutive y los recursos (ej. personal, medicinas y equipamiento) con los que cuentan los servicios de salud de acuerdo a su nivel de complejidad. Resulta muy pertinente la recomendación de implementar progresivamente un sistema de acreditación sectorial de los establecimientos de salud para asegurar que estos cumplan con estándares de calidad internacionales (IEP-Diálogos de Política Pública 2015), los que tendrían que combinarse con indicadores de calidad de atención que recuperen las opiniones de las/os usuarias/os.

Se trata de pensar las políticas de salud con criterios de equidad social y no solo con una lógica de eficiencia en el gasto. Esta lógica, que se centra en indicadores de productividad, se ve retada cuando se dice que el PpR pone en el centro a los ciudadanos, pero no considera indicadores de calidad de atención y ejercicio de derechos, ni que llegar a los más pobres y a quienes habitan en zonas de más difícil acceso requiere de una mayor inversión de tiempo y dinero.

### Implementar la Política Sectorial de Salud Intercultural

Si el aseguramiento universal en salud es uno de los instrumentos para la redistribución en salud, la política sectorial en salud intercultural —sometida a consulta previa y promulgada en abril de 2016

luego de una acción de amparo—, lo es para el reconocimiento de la diversidad cultural del país. Aunque la salud intercultural no se restringe a los pueblos indígenas, tanto esta política como la creación de la Dirección de Pueblos Indígenas a fines del gobierno de Humala, representan un avance importante en el reconocimiento de sus conocimientos y derechos en salud. Como lo muestra el informe de supervisión de la Defensoría del Pueblo (2015), la ausencia de la implementación de la interculturalidad en los servicios de salud estatales contribuye a la vulnerabilidad en salud de las poblaciones indígenas, las que son afectadas por una “acumulación epidemiológica” de enfermedades infecciosas que no se han erradicado y de nuevas enfermedades, como la infección por VIH, y otras, relacionadas con la migración, la urbanización y la contaminación de su hábitat.

*La implementación de la política de salud intercultural dependerá de que cuente con presupuesto, personal suficiente y capacitado, e indicadores específicos, los que incluyen, pero no se reducen a hablar el mismo idioma o a ofrecer un trato amable.*

La implementación de la política de salud intercultural dependerá de que cuente con presupuesto, personal suficiente y capacitado, e indicadores específicos, los que incluyen, pero no se reducen a hablar el mismo idioma o a ofrecer un trato amable. Los ejes principales de la política plantean retos mayores, como son: mejorar la calidad de atención de los servicios de salud que atienden a pueblos indígenas desde una perspectiva intercultural y de derechos humanos, formar personal de salud en estos enfoques, revalorar la medicina

indígena y su articulación con la medicina oficial, así como fortalecer la participación y vigilancia comunitaria.

#### MULTISECTORIALIDAD Y DETERMINANTES SOCIALES

El acceso a servicios de salud que ofrezcan una buena calidad de atención explica solo una parte de las disparidades en salud. Tan importante como ello, es hacer efectivas políticas multisectoriales e intersectoriales, que aborden los llamados determinantes sociales de salud, o las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen (incluida la salud de los ecosistemas), de las que dependen la mayor parte de estas inequidades en salud (OMS 2009). El plan de gobierno de PPK propone como estrategia para abordar estas causas sociales de la salud “extender a todo el país el modelo integral e incluyente de salud, basado en la persona, la familia y la comunidad: MAIS BFC”. El MAIS propone una visión multidimensional de la salud e incluye diferentes etapas de vida de las personas, buscando promover ambientes, viviendas y hábitos saludables, atendiendo aspectos como la alimentación y el saneamiento, además del acceso a los servicios de salud.

Aquí es necesario recordar que diversos esfuerzos multisectoriales se han quedado a medio camino, en tanto se han formulado planes y formado comisiones que suponen acciones articuladas de diversos sectores, pero estas no se han logrado implementar o se han hecho de manera muy parcial. Este es el caso de las intervenciones relacionadas con la malnutrición (ej. desnutrición, anemia, sobrepeso y obesidad). El desafío sigue siendo que los esfuerzos realizados por el sector Salud sean complementados con la efectiva implementación en diferentes niveles —local, regional y nacional— de leyes, planes y estrategias para promover la alimentación saludable, enfrentar la inseguridad alimentaria y

garantizar el acceso a agua segura y saneamiento, como son: la Ley de Alimentación Saludable, el Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, el Plan Nacional de Agricultura Familiar y el Programa Nacional de Saneamiento Rural. Este también es el caso del Plan Multisectorial para la Prevención del Embarazo en Adolescentes 2013-2021, que no se ha logrado implementar, pese a que el porcentaje de madres adolescentes, tanto en zonas rurales como urbanas, se mantiene casi sin variación en las últimas décadas, y solo en 35.8% de los casos se trató de un embarazo deseado en ese momento (ENDES 2015). Por su parte, el Plan Nacional de Violencia contra la Mujer 2009-2015 ha tenido un exiguo presupuesto (estimado en 0.08% del presupuesto del gobierno nacional) y principalmente ha dependido de los esfuerzos del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, pese a ser multisectorial (Flora Tristán 2016), y esperamos que no ocurra lo mismo con el Plan Nacional contra la Violencia de Género que entra en vigencia este año.

El camino quizá es más corto si se logra hacer cumplir la Declaración de Helsinki sobre La Salud en todas las Políticas (2013), la que propone que las políticas públicas tomen en cuenta de manera sistemática las implicancias en la salud y la equidad en salud de las decisiones que se toman en diferentes sectores y niveles de gobernanza. Así, por ejemplo, el Ministerio de Energía y Minas, el Ministerio del Ambiente y otras instancias competentes tendrían que aplicar medidas efectivas de prevención y remediación de los daños en la salud y medioambiente de los derrames petroleros y la contaminación de las aguas por los relaves mineros; así como el Ministerio de Agricultura debe hacerse responsable de un control estricto del uso de agrotóxicos para evitar potenciales y futuros daños a la salud.

Tenemos la oportunidad de avanzar hacia una real reforma en salud si se logra establecer un nuevo contrato social con los ciudadanos y ciudadanas en términos de redistribución y reconocimiento en las políticas que afectan el derecho a la salud; especialmente en el caso de quienes enfrentan mayores inequidades sanitarias por tener menos ingresos, habitar en zonas rurales, o ser discriminados por su género, orientación sexual, edad, etnicidad u otras razones. Esto abonaría a la “modernización” del país, si se entiende que esta supone reconocimiento de derechos básicos, equidad social y laicidad del Estado. □

#### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDERSON, Jeanine, *Tendiendo puentes. Calidad de atención desde la perspectiva de las mujeres rurales y de los proveedores de los servicios de salud*. Lima: Movimiento Manuela Ramos. 2001.

CHÁVEZ, Claudia, Carmen YON y Cynthia CÁRDENAS. *El aporte de los egresados del Programa de Formación de Enfermos Técnicos en Salud Intercultural Amazónica de AIDSESP a la salud intercultural. Estudio de caso en dos comunidades de Amazonas*. Documento de trabajo. Lima: IEP. 2015.

DEFENSORÍA DEL PUEBLO. “Problemas advertidos con la implementación del Aseguramiento Universal en Salud (AUS)”. Lima: Defensoría del Pueblo. 2011.

DEFENSORÍA DEL PUEBLO. Informe Defensorial N° 161. “Camino al aseguramiento universal en salud: resultados de la supervisión nacional a hospitales”. Lima: Defensoría del Pueblo. 2013.

DEFENSORÍA DEL PUEBLO. Informe Defensorial N° 169. “La defensa del derecho de los pueblos indígenas amazónicos a una salud intercultural”. Lima: Defensoría del Pueblo. 2015.



CMP Flora Tristán. Informe analítico sobre el grado de presupuesto asignado y ejecutado a octubre 2015 de: El Plan Nacional contra la Violencia hacia la Mujer 2009-2015 (PNCVHM), el Plan Nacional de Seguridad Ciudadana 2013-2018 (PNSC) y el Plan de Igualdad de Género 2012-2017 (PLANIG). Lima: Flora Tristán. 2016.

OMS (Organización Mundial de la Salud). "Subsanar las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Informe final de la Comisión sobre Determinantes de la Salud". 2009.

YON, Carmen. *Institucionalización del parto vertical con pertinencia intercultural en Churcampá. Retos pendientes*. 2015.

YON, Carmen. "Salud, nutrición, medio ambiente y desarrollo rural: cambios, continuidades y desafíos". En *Seminario Permanente de Investigación Agraria - SEPIA XVI*. 2016.

**Este artículo debe citarse de la siguiente manera:**

Yon, Carmen. "Salud para todos y todas en un país desigual y diverso: buenas señales y retos desafíos", *Revista Argumentos*. Año 10, n.º 3 Setiembre 2016. <http://revistaargumentos.iep.org.pe/articulos/salud-todos-todas-pais-desigual-diverso-buenas-senales-prontos-desafios/> ISSN 2076-7722