Allpanchis, núm. 67 (2006), pp. 189-196

debate

¿EN VERDAD MÁS SALUDABLE Y SOLIDARIO?

A propósito de un reciente libro del Banco Mundial

Víctor Zamora

Para este artículo, he decidido parafrasear el título elegido para un muy publicitado libro[1] presentado por el Banco Mundial (BM) a inicios del 2006 y cuyo editor es Daniel Cotlear[2]. El título del capítulo cuatro de esta publicación es aún más provocador: «Políticas pro pobre en el sector público de salud del Perú», cuya autoría pertenece a Rony Lenz y Betty Alvarado. El texto aludido propone una agenda. La pregunta relevante es si ésta conduce o no a la construcción de un país más saludable y solidario con los más pobres. Desde mi punto de vista —por lo menos, en el capítulo dedicado a la salud—, fracasa en el intento por dos razones fundamentales: *1)* no dialoga con la sociedad peruana y, por tanto, no incorpora los avances que ésta ha producido a su interior en relación con la construcción de una agenda concertada para el sector salud, y *2)*

[1] World Bank, *A New Social Contract, an Agenda for Improving Education, Health, and the Social Safety Net in Peru*, Washington DC, 2006.

[2] Quiero agradecer al Banco Mundial por la gentil invitación que me hizo para comentar esta publicación. Este artículo es la versión corregida y aumentada de los comentarios realizados el 25 de enero del 2006, fecha de la presentación oficial.

omite importantes componentes de las políticas públicas en salud que afectan directamente el bienestar y el acceso a los servicios de salud de los y las más pobres del Perú.

Abordemos, primero, el contexto en que emerge este documento. Tal y como se señala en él:

> [...] desde principios de la década de 1990, el sistema de salud peruano atraviesa un lento, pero continuo proceso de cambios, marcado por avances y retrocesos.

Estos cambios se han producido en varias esferas y el BM ha sido un actor muy importante en ellos. Considero que el texto trata de recolocar la agenda del propio banco en respuesta a las nuevas exigencias del sector, así como a los principales resultados producidos en él y las consiguientes críticas. Dentro de éstas, tenemos:

1. La necesidad de impulsar reformas de segunda generación que al tomar como base las lecciones aprendidas de la primera, respondan a la crítica principal: el aumento en las brechas de inequidad[3]. En tal sentido, el libro en general, y este capítulo en particular, tratan de brindar nuevas luces sobre reformas que atiendan a severos cuestionamientos acerca de la forma de concebir e implementar las políticas públicas. Es decir, pasar *a)* de un enfoque economicista y tecnocrático hacia uno más social y político; *b)* de una mirada desde la oferta hacia una orientada más hacia la demanda, y *c)* de una perspectiva concentrada en el capital humano hacia otra basada en el capital social.
2. La necesidad de retomar la iniciativa internacional en relación con la orientación y contenido de las reformas sociales y la emergencia de nuevas agendas y actores. Por ejemplo, las alianzas público-privadas que financian daños específicos, tales como el Fondo Global para VIH-SIDA, Malaria y Tuberculosis —hoy, la mayor fuente financiera externa en la salud peruana—; la iniciativa mundial para el lavado de manos —orientada a reducir la tercera parte de la carga global de enfermedades diarreicas agudas—, o

[3] Al respecto, ver Homedes, Nuria y Antonio Ugalde, «Why neoliberal health reforms have failed in Latin America», *Health Policy* 71, 2005, pp. 83-96 (www.opas.org.br/servico/arquivos/ Sala5519.pdf). También, Robin Broad, «The Washington Consensus Meets the Global Backlash: Shifting Debates and Policies», *Globalizations*, vol. 1, No. 2, diciembre de 2004, pp. 129-154

los nuevos acuerdos internacionales respecto objetivos sanitarios —el más importante de ellos, Los objetivos del milenio—.

3. La necesidad de confrontar y actualizar el pensamiento sobre el desarrollo mediante el diálogo entre dos enfoques distintos: el del BM —reflejado en el Informe de Desarrollo Mundial del 2004, y el del Ministerio Británico para el Desarrollo Internacional (DFID)[4] —reflejado en su estrategia de desarrollo de una nueva relación estado-sociedad, basado en un enfoque de derechos humanos que responda, fundamentalmente, a las necesidades de las personas más pobres y excluidas..., pero no sólo de las más pobres.
4. La necesidad de actualizar y *aggiornar* documentos extremadamente influyentes en el campo de la salud. Me refiero al *Informe sobre el Desarrollo Mundial de 1993: Invirtiendo en salud* y al reporte del BM, *Reforming Health Care for the Poor*[5], publicado en 1999 por Daniel Cotlear.
5. La necesidad de incorporar en el análisis a nuevos y cada vez más influyentes actores en la agenda pública, especialmente en el contexto de construcción y reconstrucción de la democracia —entendida como representativa o participativa—. Aludo a aquellos que levantan su voz desde la demanda o la ciudadanía. Aquellos que ya no son considerados como meras piezas de orden instrumental en el aparato prestador, es decir, como mecanismo para extender la cobertura, sino organizaciones con las que se negocia y a las que, eventualmente, se rinde cuentas. La Defensoría del Pueblo, ForoSalud, redes de vigilancia, asociaciones de personas viviendo con VIH/SIDA, tuberculosis, diabetes, cáncer o alguna discapacidad son algunos de los actores que antes no aparecían en la escena con la fuerza que ahora lo hacen.

En resumen, el contexto, el contenido de la agenda, los actores y sus relaciones, los incentivos y des-incentivos individuales e institucionales han cambiado sustancialmente; por tanto, los procesos y relaciones de poder que dan por resultado las políticas públicas y su orientación. Por ello, el esfuerzo por desarrollar un documento de estas características es loable.

[4] www.dfid.gov.uk
[5] wbln0018.worldbank.org/lac/lacinfoclient.nsf/0/a101bf83cda20985852568a5005658f2/$FILE/ 57.pdf.

CUANDO SE OMITE LO RELEVANTE
La brecha entre el texto, la sociedad peruana y la población más pobre y excluida del Perú

El principal objetivo del documento en cuestión es desarrollar el modelo conceptual de relaciones de rendición de cuentas del *Informe sobre el Desarrollo Mundial 2004*. En consecuencia, pretende poner mayor énfasis en dos de sus ejes: *1)* el de las políticas, y *2)* en la ruta corta de *accountability* (rendición de cuentas), es decir, el que se da entre los usuarios y los prestadores en el punto de entrega de servicios.
Para el primero de ellos, toma como objeto de estudio al Ministerio de Salud, principal proveedor de servicios de salud para los más pobres y para el segundo, como ejemplo a las Asociaciones Comunidades Locales de Administración de Salud (CLAS).
El texto hace bien en concentrar el análisis en el principal prestador de servicios de salud para los pobres, es decir, el Ministerio de Salud. Además, sistematiza y actualiza la información existente en relación con carga de enfermedad, regulación, financiamiento, gestión y provisión. Cada uno de los datos no hace sino resaltar hechos ampliamente conocidos, pero que se encuentran dispersos en varios documentos: marcadas inequidades, ampliación de las brechas, deterioro de la salud pública como consecuencia de los cambios en la gestión, y el inicio de un modelo de atención integral, entre otros. Describe, en detalle, los instrumentos organizacionales, de financiamiento y de gestión innovadores —Programa de Salud Básica Para Todos y Elites, Programa de Administración Compartida (ambos bajo el Programa de Acuerdos de Gestión) y el Seguro Integral de Salud—. Todos ellos tienen sus raíces en los noventa y se han desarrollado de manera dispareja. Finalmente, la publicación pone énfasis en la necesidad de fortalecer las capacidades de gobierno y regulación por parte del estado.
Sin embargo, también quiero señalar los vacíos más relevantes o temas pendientes del documento. El primero y más saltante es que adolece de la falta de hipótesis causales que expliquen el fracaso del sistema peruano en la ampliación del acceso a servicios de calidad para los más pobres. Como tal, carece de una orientación programática explicita. Trabaja, por tanto, de espaldas a la sociedad peruana, la cual ha venido madurando en el logro de cierto nivel de consensos al respecto[6]. Consenso

[6] Al respecto, se puede revisar todos los materiales que sobre propuestas de políticas de

que se ha ido generando, no sin dificultades, en varios niveles del sistema. En este sentido, el documento no presenta un salto cualitativo con relación a documentos de política ya existentes y, en algunos casos, significa un retroceso.

Uno de esos consensos no tomados en cuenta tiene que ver con la necesidad de aumentar los recursos disponibles para el sector. Todos los partidos políticos y organizaciones de la sociedad civil concuerdan en la necesidad de aumentar los recursos públicos destinados al financiamiento de la salud pública. No hay que olvidar que el Perú es uno de los países que menos invierten en salud en América Latina. Esto último permitiría abrir las puertas a otro momento del debate, es decir, concentrarse en los mecanismos que podrían llevarse a cabo para atender este importante punto del nuevo contrato social que se promueve. Dentro de éstos, puedo mencionar algunos: canje de deuda, imposiciones tributarias al alcohol y tabaco, canon, entre otros.

Si de barreras al acceso se trata, el texto obvia mencionar un tema clave, el de los medicamentos y suministros, más aún si se toma en cuenta que éste ha sido, continua siendo y será un tema recurrente en el debate político nacional. Estos constituyen el 80% del costo directo de la atención médica para los más pobres. En el caso del Seguro Integral de Salud (SIS), tal y como lo revelan los estudios del Proyecto Policy, este aspecto y otros cobros relacionados son las principales barreras para la extensión de la cobertura del SIS.

Por lo que acabo de mencionar, el texto pierde la oportunidad de revisar una de las principales políticas promovidas desde el propio BM: la política de cobro de bolsillo en los establecimientos de salud. Instaurada en el Perú a finales del gobierno del presidente García, el tema amerita una evaluación integral.

Hasta ahora, las evidencias existentes en este campo a nivel mundial[7] revelan que el cobro de tarifas ha generado menos ingresos que los esperados; ha actuado como un desincentivo para el uso de servicios, tanto para los pobres como para los no pobres, y no ha propiciado el grado de participación comunitaria que se deseaba. Además, los mecanismos de exoneración para los pobres o los extremadamente pobres fallan en la mayoría de los casos, y existen evidencias

salud ha venido produciendo ForoSalud —la red de la sociedad civil más grande en el Perú— (www.forosalud.org.pe).

[7] Pearson, M., «Abolishing user fees for health care could help the poor, but extra funding needed», Department for International Development-Health Systems Resource Centre (DFID-HSRC), 2004 (www.eldis.org/fulltext/pearson2004.pdf).

contradictorias sobre su impacto en la mejora de la eficiencia o la calidad. La misma evidencia muestra, sin embargo, algunos efectos positivos a considerar: aumento en la disponibilidad de medicamentos e insumos; lo que, a su vez, tiene un impacto positivo en la voluntad de pago de los cuidados de salud y, eventualmente, el incremento en el uso de los servicios. Todos estos campos necesitan de una revisión profunda hacia el futuro.

Aunque el documento abunda en el planteamiento de una gama diversa de mecanismos y herramientas para aumentar la eficiencia financiera del sector, no explicita la necesidad de una agresiva y sostenida lucha contra la corrupción en el sector salud, no sólo porque es una fuente de dispendio, sino porque, fundamentalmente,

> [...] la corrupción en la salud afecta más a los pobres porque son los que tienen menos capacidad para pagar sobornos[8].

Un estudio hecho en el Perú encontró que «el problema de la corrupción es significativo en los hospitales públicos»[9].

Por otro lado, el texto debe balancear su enfoque, ya que tiene un marcado sesgo hacia lo curativo-reparativo y hacia la incorporación de instrumentos que permitan mejorar la gestión de los recursos con la finalidad de reducir las ineficiencias. El documento no rescata, en este sentido, otro de los mayores consensos mundiales y nacionales: invertir más en la promoción de estilos de vida saludables y la prevención de daños, ni la necesidad de incorporar nuevos y poderosos enfoques: derechos humanos, género, interculturalidad, entre otros.

En relación con lo anterior y de manera complementaria, el texto no aborda la necesidad de la adecuación cultural como eje central de política, o la necesidad de eliminar las prácticas de discriminación y estigma presentes en el sistema. Se repite así un error recurrente del pasado: desarrollar políticas que no toman en cuenta los aspectos multiétnico y pluricultural de nuestra sociedad y el hecho que está marcada por lo que Paul Farmer llama *los ejes de la exclusión* —el color de la piel, la clase, el sexo o su orientación, la edad, entre ellos—.

[8] Palabras de David Nussbaum, presidente de Transparencia Internacional, luego de la presentación del *Informe global de la corrupción 2006*.

[9] Alcázar, Lorena y Raúl Andrade, *Documento de Trabajo* No. 1, Instituto Apoyo, 2000. Publicado también por el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), en la serie *Documentos de Trabajo* R-383 (www.grade.org.pe/download/pubs/LA-Paper%20Transparencia%20Hospitales.pdf).

Ejemplos paradigmáticos, como la reciente norma desarrollada por el Ministerio de Salud sobre parto vertical y las iniciativas para reducir o eliminar el estigma y discriminación, no son tomados en cuenta.
Antes de terminar, me detendré, brevemente, en dos temas que me parecen cruciales: las CLAS y el SIS.

- CLAS: el documento presenta, de manera ordenada y didáctica, este innovador mecanismo y sus múltiples ventajas y potencialidades, poniéndolo nuevamente en el centro del debate público. He aquí su principal acierto. Sin embargo, la descripción corresponde a un modelo seriamente debilitado o inexistente. Debería incorporar un análisis más detallado sobre todos aquellos mecanismos implementados en los últimos años que han menoscabado notoriamente los instrumentos de participación ciudadana —algunos de ellos, muy bien descritos por Laura Altobelli y Ricardo Díaz en *Future Generations*—.
Me referiré a cuatro de estos mecanismos que son percibidos como los más relevantes: *1)* regulación controlista, que diminuye ostensiblemente la discrecionalidad de los directivos de las CLAS, recentralizando ese poder en las autoridades regionales;[10] *2)* mecanismo financiero (SIS), que produce el mismo efecto al restringir la discrecionalidad sobre el uso de los recursos captados por los establecimientos, ya sea porque tiene que ser reinvertido en atenciones que son cubiertas por el SIS, o porque el reembolso se queda en el nivel regional; *3)* nombramientos y nuevas regulaciones laborales para el trabajo profesional en salud. Este fenómeno se agudiza, aún más, con la devolución de las facultades a los niveles descentralizados, que reorganizaron sus cuadros de asignación de personal, movilizando las plazas de nombramiento hacia las urbes en desmedro de los medios rurales. Éste es un típico ejemplo de cambio de relaciones de poder y de rendición de cuentas, y de modificación de los ejes de incentivos y desincentivos, y, por último, *4)* retiro del subsidio especial a las actividades de las CLAS.
En términos de eficiencia de la gestión, las CLAS han demostrado, claramente, tener mejores indicadores que los establecimientos no CLAS. Un reto aún pendiente, no obstante, es mostrar evidencias concretas de que esta modalidad de gestión favorece el acceso a las

[10] RM 1746 del 2003, emitida por el ministro de Salud de esa época, doctor Fernando Carbone Campoverde.

poblaciones más pobres y excluidas, cuáles son los mecanismos puestos en marcha, y cuáles son los incentivos y des-incentivos para que esto ocurra; además de identificar los mecanismos formales e informales para su implementación.

- SIS: si bien, se enfatiza su importancia —por todos reconocida—, en el texto se incide, nuevamente, en sus potencialidades como instrumento de gestión. Creo que se podría también destacar sus potencialidades para favorecer la salud integral de la mujer. Me refiero a la demanda que pide que el llamado seguro financie todas las necesidades de la mujer. Es decir, que atienda sus necesidades de salud reproductiva y deje de concentrarse solamente en un punto de esta etapa: el parto. El SIS, en este sentido, debería incorporar mecanismos modernos de contención de costos —por ejemplo, reducir la demanda de atención a través de la provisión de información e insumos— para que, de manera informada, los partos sean los deseados. No hay que olvidar que casi una tercera parte de los embarazos en el Perú no son deseados.

En resumen, la publicación de este documento constituye un aporte para el debate nacional, pero no dialoga adecuadamente con la sociedad peruana y, por tanto, no refleja las principales reflexiones y acuerdos que vienen apareciendo en otros documentos de política sectorial. Sugiero que, a partir de este primer esfuerzo, el Banco Mundial contribuya con un análisis más profundo sobre temas tan importantes como el financiamiento del sector y los mecanismos existentes para ello; las barreras económicas que limitan el acceso a los servicios —en especial, el costo de los medicamentos e insumos, el cobro de tarifas y la corrupción—; la promoción de la salud y sus condicionantes; la necesidad de desarrollar la integralidad del SIS, y la demanda por devolver el poder a los ciudadanos en la gestión de los establecimientos de salud.

Todos estos temas deben ser incorporados a la discusión para que estas propuestas puedan engarzarse mejor con el contexto, el contenido y el sentir de los actores en la salud peruana de hoy, y coadyuvar, de esta manera, a la construcción de un país más saludable y solidario.