

Investigaciones Breves 26



Políticas para eliminar las barreras geográficas en salud

Carlos Eyzaguirre Beltroy, César Fallaque Solís
Sonia Lou Alarcón



CIES
consejo de investigación
económica y social



CIES - Observatorio
del Derecho a la Salud



care

POLÍTICAS PARA ELIMINAR LAS BARRERAS
GEOGRÁFICAS EN SALUD

Investigaciones
BREVES 26

POLÍTICAS PARA ELIMINAR
LAS BARRERAS GEOGRÁFICAS
EN SALUD

Maroni Consultores S. A. C.

Carlos Eyzaguirre Beltroy
César Fallaque Solís
Sonia Lou Alarcón



CIES
consorcio de investigación
económica y social



CIES - Observatorio
del Derecho a la Salud



- © Carlos Eyzaguirre Beltroy
César Fallaque Solís
Sonia Lou Alarcón

- © Consorcio de Investigación Económica y Social
Observatorio del Derecho a la Salud
<www.consortio.org/observatorio>

- © CARE-Perú
Programa Derechos en Salud
<www.care.org.pe>

Edición: Lima, marzo de 2007
Revisión técnica: Alfonso Nino Guerrero
Edición y corrección: Luis Andrade Ciudad
Arte de carátula: Julissa Soriano
Impreso por Ediciones Nova Print SAC

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N.º 2007-03272
ISBN 978-9972-804-73-1

Esta publicación forma parte del proyecto Observatorio del Derecho a la Salud, auspiciado por la Fundación Ford.

El Observatorio del Derecho a la Salud es una iniciativa del Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES). Su propósito es impulsar una comunidad que articule los derechos humanos con la salud pública, promoviendo los vínculos entre ambos, así como el análisis independiente y la generación de conocimiento útil alrededor del derecho a la salud.

El Observatorio del Derecho a la Salud y CARE-Perú no comparten necesariamente las opiniones vertidas en la presente publicación, que son responsabilidad exclusiva de sus autores.

Contenido

ABREVIATURAS MÁS UTILIZADAS	11
PRESENTACIÓN	13
RESUMEN EJECUTIVO	15
CAPÍTULO 1	
INTRODUCCIÓN	19
1.1 Introducción	19
1.2 Antecedentes	20
1.2.1 En América Latina	20
1.2.2 En el Perú	23
1.3 Objetivos	29
1.4 Definiciones	30
1.4.1 Exclusión social	30
1.4.2 Exclusión social en salud	30
1.4.3 Poblaciones excluidas de la atención sanitaria	30
1.4.4 Barreras geográficas en salud	31
CAPÍTULO 2	
APROXIMACIÓN TEÓRICO-CONCEPTUAL	33
2.1 Marco teórico para el análisis	33
2.2 Marco teórico de referencia que orienta las políticas de salud para eliminar las barreras geográficas	35

2.2.1	Los derechos humanos y el desarrollo	35
2.2.3	La exclusión	41
2.2.4	Importancia y dependencia de las políticas públicas	45
2.2.5	Salud intercultural	44
2.2.6	Género y salud	45
CAPÍTULO 3		
APROXIMACIÓN METODOLÓGICA		47
3.1	Fuentes de información	47
3.2	Procesamiento de la información	47
CAPÍTULO 4		
HALAZGOS		49
4.1	Marco institucional del sector Salud	49
4.2	El Acuerdo Nacional y el Acuerdo de Partidos Políticos	50
4.3	El proceso de descentralización	52
4.4	Estrategias implementadas por el Ministerio de Salud para reducir las barreras geográficas	54
4.5	Las políticas sectoriales y el plan estratégico del quinquenio	58
4.5.1	Los lineamientos de políticas sectoriales para el período 2002-2012	58
4.5.2	Seguro Integral de Salud (SIS)	58
4.5.3	Política de gestión y desarrollo de los recursos humanos con respeto y dignidad	60
4.5.4	Creación del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud (SNCDS)	60
4.5.5	Financiamiento interno y externo orientado a los sectores más pobres	61
4.6	Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS)	61
4.6.1	Programas de Atención Integral de Salud por Etapas de la Vida (PAIS)	62
4.6.2	Programa de Atención Integral a la Familia (PAFAM)	62
4.6.3	Las estrategias sanitarias nacionales y regionales	63
4.7	Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas (AISPED)	64

4.8	Estrategias desplegadas por terceros	66
4.8.1	Plan Integral de Salud en la Amazonía Peruana (PISAP)	66
4.8.2	Experiencia en Ayacucho	67
4.9	Las casas de espera	68
4.10	Los promotores de salud (agentes comunitarios de salud)	70
4.11	Presupuesto relacionado con la estrategia de atención de poblaciones excluidas y dispersas	71

CAPÍTULO 5

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN

5.1	Del sector Salud	77
5.2	Distribución de los recursos del sector	79
5.3	Del presupuesto	70
5.4	De los establecimientos del primer nivel de atención	81
5.5	Del enfoque intercultural y de derechos	82
5.6	La tradición de desatención de las zonas rurales	83

CAPÍTULO 6

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1	Conclusiones	87
6.2	Recomendaciones	89
6.2.1	A nivel de las políticas nacionales	89
6.2.2	A nivel de los servicios de salud	90
6.2.3	A nivel de la relación entre los servicios de salud y la comunidad	92
6.2.4	Acciones operativas	93
6.3	Organización de las medidas sugeridas	93
6.3.1	Cien días	93
6.3.2	Un año	94
6.3.3	Cinco años	95

BIBLIOGRAFÍA

97

ABREVIATURAS MÁS UTILIZADAS

AISPED	Atención Integral en Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas
CLAS	Comités locales de administración de salud
CNS	Consejo Nacional de Salud
DESC	Derechos Económicos, Sociales y Culturales
DIRESA	Dirección regional de salud
DISA	Dirección de salud
ELITES	Equipos locales itinerantes de trabajo extramural en salud
EDA	Enfermedad diarreica aguda
ENAHO	Encuesta Nacional de Hogares
ENDES	Encuesta Nacional de Demografía y Salud
ENNIV	Encuesta Nacional sobre Niveles de Vida
INS	Instituto Nacional de Salud
INRENA	Instituto Nacional de Recursos Naturales
IRA	Infecciones respiratorias agudas
MAIS	Modelo de Atención Integral de Salud
MIMDES	Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social
MINEDU	Ministerio de Educación
MINSA	Ministerio de Salud
NBI	Necesidades básicas insatisfechas
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
PAAG	Programa de Apoyo a los Acuerdos de Gestión

PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
PSBPT	Programa de Salud Básica para Todos
SIS	Seguro Integral de Salud
SNCDS	Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud
SOAT	Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito
Unesco	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura

PRESENTACIÓN

El texto que se presenta intenta revisar las políticas diseñadas por el sector Salud para disminuir las barreras geográficas a fin de promover el mayor acceso a la atención de salud en los diversos sectores de la sociedad peruana.

La experiencia de campo de los autores en comunidades indígenas les permite proponer la hipótesis que los criterios utilizados para la priorización de la atención de salud en Perú repercuten de manera negativa en las poblaciones pobres y en extrema pobreza que se encuentran en las zonas más alejadas de las grandes ciudades debido a su escasa densidad poblacional. Ello perjudica a las comunidades campesinas y nativas, caseríos o asentamientos humanos de zonas rurales a través de la limitada asignación de los recursos a los establecimientos de salud de los cuales dependen. Asimismo, ellos señalan que desde un punto de vista sociocultural, muchas de las políticas diseñadas por el sector no han contemplado la participación de la población, aspecto que está siendo paulatinamente corregido desde inicios de esta década al haberse incorporado la dimensión de los derechos humanos, criterios y pautas de atención interculturales en buena parte de los programas que benefician a la población rural andina y amazónica.

El documento pretende contribuir con información que permita sensibilizar al sector Salud, a la comunidad académica y a la sociedad civil sobre la débil articulación de políticas existentes y a la necesidad de construir políticas que desde el Estado logren la efectividad en el ejercicio del derecho a la salud.

Dada la complejidad del tema, ha sido enriquecedora la participación de profesionales de la salud, del derecho y de las ciencias sociales, lo que indica el estilo transdisciplinario de las actuales y futuras investigaciones en el entendimiento y comprensión de los complejos problemas por los que atraviesa la salud en nuestro país.

Agradecemos la asesoría del señor Alfonso Nino Guerrero.

CARE-Perú, Programa Derechos en Salud
CIES, Observatorio del Derecho a la Salud

RESUMEN EJECUTIVO

Los principales objetivos de este documento son analizar las políticas implementadas por el sector Salud para eliminar las barreras geográficas que limitan el acceso a la atención de salud, y proponer políticas y acciones orientadas a lograr el acceso universal a servicios de calidad que sean aceptados por la población.

En el desarrollo de la investigación se establece que las barreras geográficas son una forma de exclusión que se expresa en la dificultad que tienen las personas para acceder de manera oportuna y adecuada a los servicios de salud. Estas barreras pueden ser: a) dificultades propias de la localización de su comunidad, b) carencia de vías de comunicación adecuadas o c) distribución física de los servicios de salud. Finalmente, consideramos importante mencionar la calidad del servicio, que para el presente estudio se refiere a contar o no contar con los recursos humanos necesarios para resolver oportunamente los problemas de salud que se presenten o, simplemente, no contar con personal permanente. Esto significa diferencias en la efectividad del derecho a la salud de las poblaciones pobres y en extrema pobreza.

Los resultados de la investigación muestran un proceso paulatino de reforma del sector Salud en el cual se han ido incorporando progresivamente lineamientos de políticas que colocan al ser humano y a la colectividad en el centro del proceso de transformación de los servicios de salud y, al mismo tiempo, los convierten en posibles beneficiarios de servicios de calidad.

La principal fuente de información fueron documentos elaborados por el sector Salud que delinear su actuación, así como la sistematización

de un conjunto de entrevistas realizadas a profesionales expertos en la problemática de salud. Asimismo, se incorporan estrategias iniciadas por sectores civiles y entidades cooperantes que luego han sido continuadas por el sector Salud. Documentos como el Acuerdo Nacional y el acuerdo de los partidos políticos también son mencionados.

El presente texto ha sido elaborado considerando las limitaciones temporales de la propia investigación. En ese sentido, no pretende ser una revisión exhaustiva de cada una de las experiencias locales en todo nuestro territorio —que son muchas— sino mostrar el panorama de las poblaciones excluidas y dispersas en el marco del enfoque basado en derechos, el derecho a la salud y el derecho a la interculturalidad en salud.

Desde los enfoques mencionados anteriormente, hemos abordado las estrategias que tienen un impacto directo en la disminución de las barreras geográficas, como los equipos locales itinerantes de trabajo extra-mural en salud (ELITES), la norma técnica de Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas (AISPED), las casas de espera y los promotores de salud.

Como resultado de la investigación, establecemos algunas conclusiones:

- La exclusión geográfica está estrechamente ligada a la exclusión cultural, de carácter histórico. Los pueblos indígenas y las poblaciones rurales son quienes enfrentan mayores problemas en la realización de sus derechos, al ser comunidades extremadamente pobres. La invisibilidad en la que se encuentran permite que los índices de mortalidad y desnutrición crónica de sus integrantes se mantengan constantes.
- A pesar de que el Estado peruano ha suscrito una serie de tratados internacionales que reconocen el pleno ejercicio de los derechos fundamentales de la persona, las estrategias abordadas por éste para superar las barreras económicas, culturales y geográficas no tienen un efecto positivo por no estar acompañadas de una voluntad política que indique la correspondencia en la distribución de los recursos.
- Existen importantes avances en la normativa propuesta por el sector Salud para abordar las barreras geográficas; en este sentido, el plan estratégico institucional, el Modelo Integral de Salud y la norma técnica del AISPED deben ser reconocidos por sus valiosos aportes. En estos documentos se incorporan los enfoques de género, interculturalidad

y desarrollo basado en derechos, lo que coloca al MINSA como uno de los sectores que más han avanzado en el tema intercultural. Podemos señalar que el perfil de la persona excluida se caracteriza porque ésta es pobre, rural, indígena y carente de servicios básicos —educación y salud entre ellos—; habla un idioma vernáculo diferente del castellano y se encuentra en situación de discriminación y negación constante de sus derechos y libertades fundamentales.

- Existen poblaciones que, de acuerdo con la norma técnica AISPED, deberían ser cubiertas por equipos móviles itinerantes, cosa que no sucede. La razón es la misma en todos los casos: ausencia de personal y medios logísticos para realizar el desplazamiento. Si bien esta ausencia podría justificarse en algún momento, no se evidencian esfuerzos para cubrir estas carencias y, de este modo, la falta de atención de salud de estas personas se convierte en una situación “normal”.
- El trabajo de los ELITES —actualmente sujeto a la norma técnica del AISPED— es elogiado, pero por lo general sus esfuerzos no son suficientes para cubrir las demandas de salud de las poblaciones excluidas debido a que los escasos recursos asignados a estos grupos no permiten realizar visitas frecuentes mediante las cuales se podría brindar una atención integral en un tiempo razonable; además, tendría que cubrirse a todas las comunidades excluidas.
- La programación de las visitas de las brigadas de salud debe realizarse de manera coordinada entre los puestos de salud, los centros médicos, la red de salud y la dirección regional de salud (DIRESA), de tal manera que la priorización de actividades no duplique innecesariamente los esfuerzos y permita cubrir a la población que se encuentra en un estado más vulnerable.
- Se deben replantear los criterios de atención de las brigadas de salud; no siempre la población que se encuentra a tres horas de distancia de un puesto de salud recibe atención integral debido a que éste no cuenta con personal médico sino sólo técnico. Asimismo, la población que se encuentra geográficamente dispersa —como en el caso de las comunidades nativas— se guía por cosmovisiones diferentes de la occidental; el sector debería ser capaz de entenderlas como parte del enfoque intercultural que propone.
- La alta rotación del personal de salud no permite sistematizar las experiencias exitosas en el trato a las poblaciones excluidas.

- Existen problemas con el abastecimiento. Como el Seguro Integral de Salud (SIS) no repone oportunamente los insumos médicos, los establecimientos de salud no están abastecidos en forma permanente con el material básico que requieren. La situación de olvido y pobreza se convierte en la “normalidad”.
- En el sistema de salud no existe un órgano capaz de articular los esfuerzos de todos los sectores y evitar, de este modo, que se dupliquen las inversiones y se generen conflictos, desorden normativo y subsidios cruzados que incrementan la inequidad y la inaccesibilidad a los servicios. En este sentido, se puede decir que la creación del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud aún no ha producido resultados.
- La alta dispersión de las inversiones en los órganos administrativos dificulta la programación del trabajo de los establecimientos de salud y, por lo tanto, también constituye una de las causas de la falta de acceso a los servicios.

Capítulo 1

INTRODUCCIÓN

1.1 INTRODUCCIÓN

El Estado peruano reconoce el derecho a la salud y el derecho a la atención sanitaria para todos sus habitantes. Sin embargo, un sector importante de la población no accede a los servicios de salud debido a múltiples factores que dependen de las características tanto de los servicios de salud como de la población.

La magnitud de la exclusión en América Latina y el Caribe es considerable; su naturaleza es multicausal y para analizarla se requiere utilizar diversos enfoques; es decir, no existe una única manera de interpretar los datos. Es importante notar que si bien la exclusión y la pobreza están asociadas, no son sinónimos, puesto que hay personas pobres con acceso a los servicios de salud y otras que no son pobres y no tienen acceso a ellos. Otro factor que influye en la exclusión está relacionado con el nivel de segmentación de los distintos subsistemas de salud de una sociedad —como los subsistemas público, privado y de seguridad social—, que no responden adecuadamente a los problemas de la población. Esto ha dado lugar al fortalecimiento de un subsistema comunitario. La coexistencia de distintos sistemas, combinada con la falta de regulación por las autoridades sanitarias, ha generado altos niveles de exclusión y una gran ineficiencia en el uso de los recursos del sector.

La exclusión puede medirse desde un punto de vista interno o externo al sector Salud, lo que depende de que las estadísticas de base se manejen dentro o fuera de éste. Entre los indicadores externos, la primera forma

de medir la exclusión consiste en considerar el número de personas que no están cubiertas por los sistemas de seguridad social, los cuales se sostienen con el aporte de los trabajadores formales, que destinan una parte de sus ingresos —generalmente cofinanciados por el gobierno o los empleadores— a primas de seguro que cubren tanto la jubilación como las prestaciones de salud. En algunos casos, los familiares dependientes de los asegurados también están cubiertos.

La segunda medida se basa en calcular ciertas *disparidades de acceso*. Aquí consideraremos el nivel de pobreza, la restricción geográfica y los antecedentes culturales. La carencia absoluta de recursos origina una falta de poder adquisitivo que impide la satisfacción de necesidades mínimas —entre ellas, los cuidados de salud— y es razonable suponer que una importante proporción de los pobres —aunque no todos— forma parte de los excluidos. La restricción geográfica mide el número de personas que, aunque tienen derecho a acceder a los servicios de salud, en la práctica están demasiado aisladas o, sencillamente, su comunidad no cuenta con servicios; el número de estas personas se ha estimado en 107 millones para América Latina. Por último, y no menos importante, consideramos la disparidad cultural, que determina que ciertos grupos —principalmente por sus características étnicas— no se acerquen a los servicios por una percepción de que en éstos no se respetarán sus costumbres, por el riesgo —real o supuesto— de que serán maltratados, o porque prefieren utilizar sistemas tradicionales de medicina o autoatención.

Desde una mirada cuantitativa, es cierto que la población ubicada en territorios dispersos y excluidos es mucho menor que la que está en áreas urbanas y rurales con regular acceso a servicios de salud, pero desde el punto de vista ético y del derecho a la salud, la desatención de esas personas es inaceptable.

1.2 ANTECEDENTES

1.2.1 *En América Latina*

Entre los principales problemas que presenta la atención sanitaria en la región de las Américas, las autoridades sanitarias de los diferentes países resaltaron diversos temas asociados a la precariedad institucional de la salud pública y a la falta de equidad y eficiencia de los actuales sistemas

de salud.¹ El limitado acceso a los servicios de salud fue mayoritariamente considerado como el principal problema que afecta a países como Bolivia, Chile, Colombia, Guatemala, Panamá, Paraguay, Perú y República Dominicana, en tanto que para la Argentina ocupa el segundo lugar en orden de importancia.

Las autoridades atribuyeron los principales problemas de atención de la salud a varios conjuntos de causas, el primero de los cuales se relaciona con las condiciones económicas: pobreza, desigualdad, baja calidad de vida y exclusión social. A este respecto, un grupo de países señala tendencias de carácter general: pobreza (Argentina, Bolivia, Brasil, Guatemala, Nicaragua, Panamá y Perú), desempleo (Argentina), y malas condiciones ambientales y de saneamiento básico (El Salvador y Paraguay). Estas barreras se refieren a la carencia de medios económicos para financiar el costo de las atenciones, especialmente en poblaciones pobres que no han podido acceder a los planes de beneficios ofrecidos a través de los regímenes de aseguramiento.

El segundo conjunto de factores está asociado a limitaciones presupuestales para dotar de recursos humanos, tecnológicos y de infraestructura a la red institucional de servicios públicos de salud. El déficit presupuestario aparece como la primera causa de los problemas de atención en Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Nicaragua y Perú. La escasa oferta de servicios en zonas rurales y periurbanas se destaca en los casos de Bolivia, Colombia, Ecuador, Nicaragua, Panamá y Paraguay.

Por otra parte, en el Ecuador y el Perú se mencionan las limitaciones en materia de recursos humanos, vinculadas tanto a su déficit como al bajo grado de compromiso del personal de salud, que se manifiesta en mala atención o huelgas sistemáticas. Se señala, asimismo, la ineficiencia en los servicios de salud (Panamá y Perú). En igual proporción figuran el insuficiente seguimiento, evaluación y reorientación de los servicios (Nicaragua y Perú), la falta de articulación entre las lógicas que rigen los sectores privado y público de salud (Uruguay y Chile) y el desfase entre una situación epidemiológica en transformación y los modelos de atención existentes (Brasil y Uruguay).

1 *Percepción de los problemas de salud por parte de las autoridades sanitarias*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2005.

Cuadro 1
AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE (17 PAÍSES): PRINCIPALES PROBLEMAS DE ATENCIÓN DE LA SALUD DE LA POBLACIÓN

Países	Problemas			Tercero en importancia
	Primero en importancia	Segundo en importancia	Tercero en importancia	
Argentina	Superar la emergencia sanitaria producto de la crisis del año 2001.	Garantizar a toda la población el acceso a servicios y medicamentos esenciales.	Superar brechas estadísticas de salud que delimitan los márgenes de la falta de equidad.	Costos.
Bolivia	Inaccesibilidad geográfica.	Barreras culturales.	Falta de equidad en la atención.	—
Brasil	Transición epidemiológica hacia enfermedades no transmisibles.	Aumento de complejidad y costo de los servicios.	Deficit de recursos.	—
Chile	Falta de equidad en el acceso.	Calidad insuficiente de los servicios.	—	—
Colombia	Insuficiente accesibilidad en la prestación de servicios de salud.	Ineficiencias en organización y operación en la prestación de servicios.	Cambio del perfil epidemiológico por envejecimiento de la población.	—
Costa Rica	Falta de eficacia, calidad y equidad de los servicios.	Sostenibilidad financiera precaria.	Costos de la prestación de servicios de salud.	—
Ecuador	Insuficiente equidad y eficiencia en los servicios.	Deficit de recursos humanos.	Enfermedades emergentes y reemergentes.	—
El Salvador	Deficit de recursos.	Necesidades de salud insatisfechas en las zonas rurales.	Falta de alimentación adecuada.	—
Guatemala	Acceso limitado a servicios de salud.	Demandá insatisfecha.	Anemia, parasitismo, desnutrición.	—
Honduras	Diarreas.	Neumonía.	Insuficiente eficacia, equidad y calidad en la provisión de servicios de salud.	—
Nicaragua	Necesidades insatisfechas.	Deficit de recursos.	Aumento de los costos.	—
Panamá	Accesibilidad insuficiente a los servicios.	Falta de equidad de los servicios.	Escasa capacidad resolutoria de los servicios de guardias de urgencia.	—
Paraguay	Acceso no equitativo a los servicios de salud.	Infraestructura inadecuada.	Deficit en recursos humanos. Acumulación epidemiológica.	—
Perú	Bajo acceso a los servicios, particularmente los vinculados con el embarazo, el puerperio y el recién nacido.	Insuficiente calidad y eficacia en los servicios.	Cobertura insuficiente.	—
República Dominicana	Limitada cobertura en atención primaria.	Desarticulación del presupuesto.	Debilidad en atención primaria y su articulación con niveles superiores.	—
Uruguay	Ausencia de un modelo de atención integral de salud en que participen agentes privados y públicos.	Ausencia de programas para la atención de las enfermedades no transmisibles.	—	—
Venezuela	—	—	—	—

Fuente: *Percepción de los problemas de salud por parte de las autoridades sanitarias*. Comisión Económica para América Latina y el Caribe, 2005.
Elaboración: Alfonso Nájico.

Un aspecto importante de la exclusión corresponde al ámbito de las condiciones sociodemográficas que caracterizan a la población regional, como su alta dispersión geográfica —especialmente en las zonas rurales de sierra y selva—, que se traduce en inaccesibilidad de los servicios de salud debido a la escasez de medios de transporte y de comunicación (Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, El Salvador y Perú). Estos aspectos pueden ser considerados como “barreras geográficas” que agudizan dos de los principales problemas en la atención de la salud: el escaso acceso a los servicios pertinentes y la limitada capacidad de resolución de las instituciones a las cuales estos grupos pueden recurrir, dada su precariedad presupuestaria y de infraestructura o su mala distribución geográfica.²

1.2.2 En el Perú

Establecida la República, la articulación y exclusión geográfica de la población evolucionó ya entrado el siglo XX. Se desarrollaron políticas de instalación de medios mecánicos de transporte y comunicación terrestre basados en el uso de vehículos motorizados, con el abandono progresivo de caminos peatonales o de acémilas, dadas las características geográficas de los países cordilleranos, en los que la penetración por carretera es una opción altamente costosa. En el Perú, esta peculiaridad retardó y dificultó enormemente el desarrollo de una política de carreteras que permitiera comunicar a todos los pueblos de manera eficiente.

Los sucesivos gobiernos, con su lógica de mejorar las exportaciones, priorizaron la construcción de la carretera Panamericana, que articulaba la zona costera dejando en situación de marginalidad al resto de departamentos del país y rompía con el mercado interno y la comunicación que existía entre la sierra y la costa. En estas condiciones, se inició un proceso de migración de la sierra a la costa. Este esquema de articulación e integración del país deja a la Amazonía, desde la selva alta cordillerana hasta los llanos, en la marginalidad absoluta.

Pero se debe recordar lo siguiente:

2 *Agenda social. Políticas y programas nacionales de salud en América Latina, Panorama social de América Latina*, CEPAL, 2005.

la exclusión y [...] la segregación de los indígenas no tiene su punto de partida aquí, se remonta al proceso de colonización donde los pobladores de las alturas y de los márgenes de los ríos alejados quedaron fuera del proceso colonizador, que violentaba y se diferenciaba de los patrones de producción y organización social que siempre habían tenido. Los millones de compatriotas supervivientes en el fondo de la escala poblacional han mantenido por siglos sus propios espacios culturales y se han aislado de un proceso de modernización que no les pertenece, como con agudeza señala Luis Guillermo Lumbreras. A sus ojos, una cultura extraña les rodea, mientras ellos mantienen el modo de vida y la imagen del mundo que les transmitieron sus antepasados y que se sienten obligados a conservar.³

En estas circunstancias, la presencia del Estado ha sido casi nula en las zonas rurales de la selva y de la sierra; de ahí que el desarrollo de los principales servicios —como los de salud, educación y otros servicios como luz, agua, vías de comunicación, etcétera— en estas zonas del país haya sido muy bajo, lo que ha determinado que el Perú se caracterice por su enorme desigualdad social. Más de la mitad de la población es pobre, y más de la tercera parte se encuentra en situación de extrema pobreza.

En el Perú, los Andes y la Amazonía constituyen un vasto territorio en el que los avances científico-tecnológicos, al igual que las comunicaciones, han penetrado de manera desigual. Esto ha generado una comunicación y un intercambio económico y cultural diferenciados, que ha dejado a los pueblos indígenas en situación de aislamiento. Actualmente, estos pueblos están expuestos a una mayor vulneración de sus derechos, especialmente los referidos a la vida, la salud, la identidad étnica y cultural, el libre desarrollo y el bienestar en su propio hábitat.

Durante las décadas de 1970 y 1980, la atención sanitaria de las comunidades campesinas y nativas, los caseríos y los centros poblados menores donde se concentraba la mayoría de personas pobres estuvo a cargo de misiones y de algunas ONG que instalaron botiquines comunales y realizaron actividades de emergencia sanitaria. Éste se constituyó en el primer eslabón en la cadena de los servicios de salud.

Las causas de la exclusión en el Perú son múltiples. Es difícil probar la cadena de causalidad, pues los diferentes factores están interrelacionados

3 Proyecto Qhapaq Ñan. *Informe de campaña 2002-2003*. Lima: Instituto Nacional de Cultura, 2003, p. 8.

y son anteriores a la fundación de la República. Consideramos pertinente mencionar en el presente estudio uno de los párrafos del prefacio del *Informe final* de la Comisión de la Verdad y Reconciliación:

Un rasgo característico del país ha sido su frágil integración nacional, expresada en la gran fragmentación de sus espacios regionales y la falta de reconocimiento cabal de la diversidad étnica de sus habitantes. En ese contexto, se constata la imposición de patrones culturales occidentales y la tendencia a marginar a los demás sectores, especialmente a los rurales indígenas (p. 5).

No es una novedad señalar que la incidencia de la pobreza —en especial de la pobreza extrema— es mucho mayor en las zonas rurales que en las urbanas. Así, encontramos datos como que las niñas y los niños menores de 5 años que viven en las zonas rurales tienen una razón de mortalidad casi 2,2 veces mayor —85 por cada mil durante el período 1990-2000— que la de sus semejantes en zonas urbanas —39 por cada mil en el período 1990-2000—. En las áreas rurales del país, la pobreza tiene un carácter más estructural: 77,1% de la población rural es pobre y 50,3% se encuentra en situación de pobreza extrema. Estas personas afrontan una situación de exclusión respecto de las acciones del Estado.

Las poblaciones geográficamente excluidas en el Perú se encuentran ubicadas en las áreas altoandinas y en la Amazonía. Estas áreas están distribuidas como centros poblados menores, caseríos, comunidades campesinas, comunidades nativas y grupos poblacionales no reconocidos por el Estado. En algunos casos, dentro de estas poblaciones existen grupos de personas que carecen hasta de documentos de identidad que permitan registrarlas o cuantificarlas. Esto se debe ya sea a su alta movilidad —como en el caso de los pueblos indígenas en situación de aislamiento y/o contacto inicial— o a su gran dispersión —por ejemplo, las familias ubicadas en algunas riberas de los ríos amazónicos—.

En este orden de ideas, nos parece oportuno presentar algunos casos a partir de los cuales se puede inferir la situación de inaccesibilidad a los servicios de salud por parte de la población.⁴

⁴ A lo dicho debemos agregar, aunque formalmente no constituya materia del presente estudio, que está población es, además, indígena con una lengua vernácula diferente del castellano, es pobre y sufre varias formas de discriminación.

Caso 1

TAYAKOME, YOMIBATO, PALOTOA TEPARO Y MAIZAL

Estas cuatro comunidades se encuentran ubicadas en la región Madre de Dios, en el Parque Nacional del Manu. Maizal no se encuentra registrada por el Ministerio de Agricultura. Las otras tres comunidades pertenecen al pueblo machiguenga y son muy tradicionales. Palotoa Teparo está ubicada en la zona de amortiguamiento del parque y depende del centro de salud de Shintuya, distante a cinco horas en pequepeque.

En junio de 2004, en estas comunidades se produjo un brote de enfermedad diarreica aguda (EDA). Fallecieron 12 personas —entre ellas cuatro menores de un año y seis de uno a cuatro años— y se presentaron más de 70 casos, de los cuales solo 46 fueron registrados en el Ministerio de Salud (MINSa).

Paralelamente los pacientes de la comunidad de Tayakome acudieron al puesto del Instituto Nacional de Recursos Naturales (INRENA), a tres horas de la comunidad. No pudieron ser trasladados al puesto del MINSa por la lejanía.

La técnica sanitaria de Palotoa tuvo conocimiento de que otras personas enfermaron con diarrea, pero no pudo realizar el seguimiento debido a que son zonas alejadas y no cuenta con ningún tipo de movilidad para su traslado.

Los niños que fallecieron en la localidad de Yomibato fueron atendidos por la técnica sanitaria solamente al inicio de su enfermedad, pues el establecimiento contaba únicamente con ocho sobres de sales de rehidratación oral y un frasco de solución polielectrolítica, que se terminaron al tratar los primeros casos.

Cuando se realizaba la investigación del brote en la localidad de Tayakome, el técnico de enfermería mencionó que días antes había escuchado el rumor de que un niño había fallecido en Maronal, pero no había podido hacer la investigación porque no contaba con movilidad ni combustible para el desplazamiento. En la localidad de Maronal, un hombre confirmó que uno de sus hijos varones, de cuatro meses de edad, había fallecido el 19 de julio con un cuadro clínico de diarreas y vómitos, pero dijo que el hecho no se había notificado a ninguna instancia.

En la localidad de Palotoa, durante los días en los que el puesto de salud estaba cerrado porque la técnica de enfermería estaba de descanso, murió una persona de 80 años que, según sus familiares, había presentado diarreas acuosas con sangre y vómitos.

Cuando se presentaron los casos de EDA en Maizal, un grupo de indígenas aún se encontraba en la margen izquierda del río Manu. Ellos refirieron que los nativos con los que no se tomó contacto estuvieron en las casas de los enfermos y se llevaron algunos objetos —ollas, recipientes de plástico— y alimentos. Por lo tanto, es posible que estos nativos hayan tenido contacto con el agente causante de la EDA, pero no se dispone de mayores datos por la falta de investigación acerca del caso.

La antropóloga Fanny Puygrenier, que viene realizando investigaciones en las comunidades nativas del Parque Nacional del Manu, refiere que durante 2004 han fallecido 12 niños menores de 5 años en la localidad de Yomibato, incluidos los cuatro niños fallecidos por EDA. Al consultar a la técnica sanitaria sobre este aspecto, ella dijo que, hasta la fecha, en su jurisdicción han fallecido ocho niños. De los cuatro niños fallecidos antes del brote, tres no tuvieron acceso a los servicios de salud. Cuando falleció la niña el 24 de mayo, el puesto de salud estaba cerrado porque la técnica sanitaria estaba en un curso de capacitación sobre nutrición en Puerto Maldonado. El puesto de salud de Yomibato permaneció cerrado durante un mes.

Fuente: Dirección Regional de Salud Madre de Dios, Oficina General de Epidemiología.

Caso 2 AENDOSHIARI

Es una comunidad nativa machiguenga de la cuenca del Alto Urubamba, ubicada a más de dos días de camino de la posta de salud de Kepashiato, la más cercana. En marzo de 2006, no se contaba con registros sanitarios sobre esta población debido a que las visitas de los equipos de salud estaban suspendidas desde hacía más de tres años, pues el centro de salud no contaba con el personal ni con la logística requeridos para realizar los desplazamientos.

En ese mes se produjo una ruptura del gaseoducto de Camisea, lo cual representó una oportunidad para que el equipo ELITE de la DIRESA Cusco aprovechara el apoyo de la empresa Transportadora de Gas Perú (TGP) para realizar una visita.

Fuente: UNESCO.

Caso 3

VENCEDOR, NUEVE DE OCTUBRE, TRES UNIDOS Y OTROS

En mayo de 2006, en la cuenca del Pisqui —distrito de Contamana, provincia de Ucayali, región Loreto—, la Defensoría del Pueblo constató lo siguiente:

- Ninguna de las comunidades shipibo-conibo —Santa María, Tres Unidos, Tres Hermanos, Túpac Amaru, Santa Rosa, San Luis de Charashmaná, Nuevo Irasola, Vencedor y Nueve de Octubre— había recibido una visita del personal médico del MINSA desde hacía aproximadamente un año y medio. Asimismo, si bien existen dos postas de salud en las comunidades nativas Santa Rosa y San Luis de Charashmaná, las dos técnicas enfermeras que están a cargo de éstas no logran cubrir a todas las comunidades de su jurisdicción debido a la falta de recursos logísticos. Por eso, en las comunidades nativas Santa María, Vencedor, Tres Unidos y Nueve de Octubre aproximadamente 16 niños menores de un año no han recibido vacunas.
- En las nueve comunidades nativas se han recogido datos sobre el fallecimiento de personas. Los pobladores señalaron que el MINSA no cuenta con esta información debido a que los pacientes no fueron trasladados a la posta médica. En 2005 fallecieron 10 personas, 5 de ellas menores de 2 años. Las principales causas de muerte fueron la diarrea aguda y las infecciones. En lo que iba de 2006 al parecer fallecieron 6 personas, 3 de ellas menores de 8 meses, por las mismas causas.
- Del mismo modo, de acuerdo con la información proporcionada por los pobladores, una enfermedad que ha causado la muerte de algunos de estos niños es la denominada pelagra. La pobreza en la que vive la población genera este tipo de daños en la salud de las personas.
- Por otro lado, se ha constatado que algunos menores también presentan *pénfigo foliáceo*, enfermedad que deteriora seriamente la salud del paciente y cuyo tratamiento, a base de corticoides, no está cubierto por el Seguro Integral de Salud. Esta enfermedad es crónica y no tiene curación, sólo se puede controlar. Pero la falta de recursos de los comuneros impide que puedan costear el tratamiento de sus hijos, que incluye el consumo de alimentos que no necesariamente se encuentran en la zona.

Sobre la base de la información proveniente de la Encuesta Nacional sobre Niveles de Vida (ENNIV), se estima que la población excluida asciende a 2,8 millones de personas —lo que equivale a 11% de la población total— y 46% de ella habita en áreas rurales. Asimismo, 0,8 millones de personas excluidas viven en Lima Metropolitana, en áreas periurbanas o marginales. El informe de Amnistía Internacional Perú de 2006 señala:

A pesar de los compromisos legales y políticos que Perú ha asumido, de acuerdo a las estimaciones del Ministerio de Salud de Perú, el 25% de la población del país, es decir cerca de 6.500.000 personas, no tienen acceso a la atención primaria de la salud [...] para ocho de cada diez mujeres el acceso a los servicios de salud materno-infantil, es visto como un gran problema.⁵

En el nivel de análisis de la severidad de la barrera de acceso —análisis relativo—, se observan diferencias en la identificación de los departamentos con mayor porcentaje de población rural. Así, en el caso de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDES), los departamentos de Huancavelica, Cajamarca, Amazonas, Apurímac, Huánuco y Puno son los que registran los mayores índices de ruralidad. Por otra parte, la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) señala que los departamentos de Madre de Dios, Puno, Loreto, Huancavelica, Apurímac, Ucayali y Cajamarca son los que presentan mayores dificultades de accesibilidad geográfica.

1.3 OBJETIVOS

Esta investigación analizará las estrategias que ha implementado el sector Salud del gobierno peruano para eliminar las barreras geográficas en salud en el marco del modelo de desarrollo con enfoque de derechos humanos y la legislación nacional e internacional vigente que impulsa la aplicación del derecho a la salud. Asimismo, tomaremos en cuenta las características de los principales afectados e incidiremos en cómo impacta la fragmentación del sistema de salud sobre esta exclusión. Finalmente, expondremos algunas recomendaciones.

5 Amnistía Internacional Perú. Índice AI: AMR 46/004/2006, p. 11.

1.4 DEFINICIONES

1.4.1 Exclusión social

Situación en la que determinados sectores sociales se ven impedidos de acceder a condiciones de vida que les permitan satisfacer sus necesidades esenciales, contar con servicios básicos y participar en el desarrollo de la sociedad en la que viven en igualdad de condiciones respecto de los demás miembros.

1.4.2 Exclusión social en salud

Situación en la que la sociedad en general, a través de los poderes públicos, no garantiza que un individuo —o un grupo de individuos— satisfaga sus necesidades de salud accediendo a los servicios de alguno de los subsistemas de salud existentes en forma oportuna y de manera adecuada, sin importar su capacidad de pago. Es importante hacer notar que la definición no sólo se refiere a garantizar el acceso, sino también a la calidad y oportunidad de la atención. La exclusión en salud se expresa en brechas de cobertura; es decir, en el porcentaje de la población que, por diversos motivos, queda fuera del ámbito de acción del sistema.

1.4.3 Poblaciones excluidas de la atención sanitaria

Para la atención de salud, la norma considera que las poblaciones excluidas y dispersas, a las cuales les resulta difícil acceder debido a las características geográficas del lugar en el que viven, son las que se encuentran a más de tres horas del establecimiento de salud más cercano por el medio más usual de transporte.⁶ Este criterio abarca sobre todo a los pueblos indígenas, las comunidades campesinas andinas y las comunidades de habitantes desplazados por problemas de violencia social, repoblamiento o relacionados con los lugares fronterizos. Comprende a la totalidad de sus habitantes en las diferentes etapas de sus vidas.

6 MINSa. Norma técnica AISPED, 2004.

1.4.4 Barreras geográficas en salud

Según la norma técnica 028 MINSA/DGSP, Norma Técnica de Atención Integral de Salud a Poblaciones Excluidas y Dispersas, se define como la situación que afecta a aquellas poblaciones que se encuentran a más de tres horas del establecimiento de salud más cercano por el medio de transporte más usual en la zona. Asimismo, se considera excluidas geográficamente a aquellas poblaciones que por su ubicación inaccesible, están a una distancia de más de un día de un establecimiento de referencia de mayor capacidad resolutive que el establecimiento donde se inicia la atención. Ejemplo: un puesto de salud con un solo técnico sanitario ubicado a más de un día de un centro de salud de la microrred.

Capítulo 2

APROXIMACIÓN TEÓRICO-CONCEPTUAL

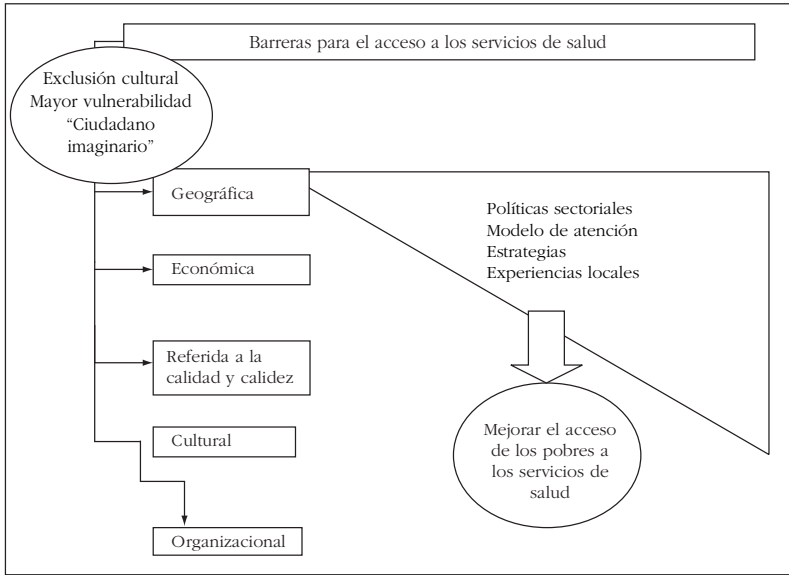
2.1 MARCO TEÓRICO PARA EL ANÁLISIS

Consideramos que la definición de inaccesibilidad geográfica en salud que aplica el MINSA —la situación de las poblaciones que se encuentran a más de tres horas del establecimiento de salud más cercano por el medio de transporte más usual en la zona y la de aquellas que, por su ubicación inaccesible, están a una distancia de más de un día de un establecimiento de referencia de mayor capacidad resolutive que el establecimiento donde se inicia la atención— es un concepto simplificador que toma en cuenta únicamente la distancia y deja lado otros factores relevantes en el campo de la exclusión (ver gráfico 1).

El presente estudio abordará la inaccesibilidad geográfica con un enfoque que trasciende la distancia que tiene que recorrer el usuario para acceder a los servicios de salud. La característica principal de la inaccesibilidad geográfica es que configura grupos especiales de demanda de atención que “aíslan” a determinadas poblaciones y les construyen un entorno social y sanitario que las diferencia de las poblaciones que tienen fácil acceso.

De acuerdo con esta concepción, se considera que existen tres factores importantes para analizar el acceso geográfico. El primero es el factor cultural. Precisamente por el hecho de vivir en un contexto marcado por la inaccesibilidad y el limitado acceso cotidiano a lo que se llama modernidad, los procesos de salud-enfermedad de estas personas serán leídos desde su propia lógica; por tanto, las medidas que tomarán para resolver

Gráfico 1
BARRERAS PARA EL ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD



sus problemas de salud serán totalmente diferentes de los de otros grupos poblacionales, puesto que su contexto sociocultural determina también distintas valoraciones.

El segundo factor se refiere a la vulnerabilidad y se relaciona con la posibilidad de prevenir y resolver los problemas de salud. El solo hecho de que son poblaciones distantes de los servicios de salud las coloca en una posición en la que tienen muchas dificultades para atenderse en dichos servicios, ya que, generalmente, éstos no disponen de los mecanismos necesarios para responder oportunamente y facilitar el acceso a este tipo de poblaciones. No es raro que tan sólo por cuestiones de distancia el personal de los servicios de salud sean los actores menos informados de la presencia de determinadas enfermedades en poblaciones inaccesibles; por lo tanto, el riesgo de falta de oportunidad en la atención es bastante alto.

El tercer aspecto está relacionado con los niveles de ciudadanía, pues la población que sufre inaccesibilidad geográfica también enfrenta

problemas en este campo. Hay personas que no figuran en el Registro Nacional de Identificación y, por tanto, como no se las considera como ciudadanos, no pueden ejercitar sus derechos. La situación se agrava por el hecho de que este tipo de poblaciones no constituyen realmente una prioridad para el Estado; sus integrantes viven como ciudadanos imaginarios, puesto que el Estado les concede únicamente apoyos muy pequeños para mejorar sus condiciones de salud y bienestar. Un aspecto importante en el tema de la ciudadanía se centra en el desarrollo de capacidades individuales y colectivas para interrelacionarse con otros actores públicos o privados y establecer mecanismos de negociación. Éste es un aspecto muy poco desarrollado. Las relaciones que se establecen entre este tipo de poblaciones y las instituciones públicas y privadas se caracterizan por su verticalidad, pues el poder siempre se concentra en quien tiene más capacidades.

2.2 MARCO TEÓRICO DE REFERENCIA QUE ORIENTA LAS POLÍTICAS DE SALUD PARA ELIMINAR LAS BARRERAS GEOGRÁFICAS

2.2.1 *Los derechos humanos y el desarrollo*

En el ámbito internacional, el Perú, al igual que otros países del mundo, ha suscrito acuerdos que definen un marco para la intervención social. El sector Salud actúa en este marco. En este análisis se han considerado como documentos internacionales importantes los siguientes:

- La Conferencia Mundial de Derechos Humanos (1993)
- La Cumbre Social de Copenhague (1995)
- Los Objetivos del Milenio

La Conferencia Mundial de Derechos Humanos declara que la pobreza extrema y la exclusión social constituyen un atentado contra la dignidad humana. Señala que urge tomar medidas para comprender mejor la pobreza extrema y sus causas; en particular, las relacionadas con el problema del desarrollo, con el fin de promover los derechos humanos de los más pobres, poner fin a la pobreza extrema y la exclusión social e impulsar el goce de los frutos del progreso social. Es indispensable que los Estados favorezcan la participación de los más pobres en las decisiones adoptadas

por la comunidad en la que viven, y promuevan los derechos y la lucha contra la pobreza extrema.⁷

Para la Cumbre Social de Copenhague,⁸ los derechos humanos son un “elemento integral de la agenda para el desarrollo”. El imperio de la ley, el acceso a la justicia, etcétera, son condiciones necesarias para el desarrollo humano; es decir, la realización de los derechos humanos es una condición necesaria pero no suficiente para el desarrollo humano.

La declaración de los Objetivos del Milenio define los valores fundamentales para las relaciones internacionales en el siglo XXI, la igualdad de derechos y oportunidades entre hombres y mujeres de todas las sociedades, así como la práctica de la tolerancia hacia la diversidad cultural en atención a la declaración universal de la Unesco sobre este tema. A su vez, los países miembros de las Naciones Unidas que suscribieron esta declaración han expresado su voluntad de realizar las acciones necesarias para garantizar los derechos humanos y libertades fundamentales en armonía con los tratados internacionales que garantizan los derechos civiles, políticos, sociales, económicos y culturales.^{9,10} El Programa de las Naciones

7 Punto 25 de la Declaración de Viena de 1993.

8 Naciones Unidas. *Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social: la Declaración de Copenhague y el Programa de Acción*. Nueva York, 1993.

9 Resolución 55/2 de la Asamblea General de la Organización de Naciones Unidas, Declaración del Milenio. Setiembre de 2000.

10 Queremos destacar los valores y principios que se establecen en esta declaración como valores fundamentales esenciales para las relaciones internacionales en el siglo XXI:

Libertad. Hombres y mujeres tienen el derecho de vivir sus vidas y criar a sus hijos en dignidad, libres de hambre y del temor a la violencia, opresión o injusticia. El gobierno democrático y participativo basado en la voluntad del pueblo es lo que mejor asegura estos derechos.

Igualdad. A ningún individuo ni nación se le debe negar la oportunidad de beneficiarse del desarrollo. Deben asegurarse iguales derechos y oportunidades a los hombres y mujeres.

Solidaridad. Los desafíos globales deben ser manejados en una forma que distribuya los costos y cargas con justicia, de acuerdo con los principios básicos de equidad y justicia social. Aquellos que sufren o que se benefician menos merecen la ayuda de aquellos que más se benefician.

Tolerancia. Los seres humanos deben respetarse unos a otros, en todas sus diversas creencias, culturas y lenguajes. Las diferencias entre las sociedades no deberían ser temidas o reprimidas, sino apreciadas como un precioso activo de la humanidad. Una cultura de paz y diálogo entre todas las civilizaciones debe ser activamente promovida.

Unidas para el Desarrollo (PNUD) ha recibido el encargo del secretario general de las Naciones Unidas de asumir el papel directivo en la iniciativa de esta organización hacia el logro de los Objetivos del Milenio y se ha trazado la siguiente meta: “Asegurar el compromiso hacia los pueblos indígenas y sus organizaciones es de importancia crítica para prevenir y resolver conflictos, fortalecer la gobernabilidad democrática, reducir la pobreza y lograr una gestión sostenible del medio ambiente”.¹¹

En el marco de los derechos surgen las obligaciones de respetar, proteger y cumplir. El deber de respetar exige que el interesado no viole, directa o indirectamente, el disfrute de ningún derecho humano. El deber de proteger supone que el interesado adopte medidas para impedir que terceras partes conculquen el derecho. El deber de cumplir demanda que el interesado adopte las medidas legislativas, administrativas y de otro tipo apropiadas para alcanzar la plena realización de los derechos humanos.¹²

Los derechos y las obligaciones demandan establecer procesos transparentes entre la racionalización del Estado y los ciudadanos —tales como la rendición de cuentas—, que si no están respaldados por las leyes e implementados en los sectores como una práctica rutinaria con la finalidad de hacer transparente la gestión pública, no pasarán de ser pura apariencia. Por consiguiente, el enfoque de derechos hace hincapié en las obligaciones y exige a todos los que están investidos

Respeto por la naturaleza. Debe mostrarse prudencia en el manejo de todas las especies vivientes y recursos naturales, de acuerdo con los preceptos del desarrollo sostenible. Sólo de esta manera se puede preservar la inconmensurable riqueza que nos provee la naturaleza y dejarla a nuestros descendientes. El actual patrón insostenible de producción y consumo debe ser cambiado en interés del bienestar futuro y de nuestros descendientes.

Responsabilidad compartida. La responsabilidad de gestionar la economía y el desarrollo social del planeta, tanto como las amenazas a la paz y seguridad internacional, debe ser compartida entre las naciones del mundo y debe ser ejercida multilateralmente. Las Naciones Unidas, como la organización más universal y más representativa del mundo, deben jugar el rol central en esta tarea.

- 11 Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. *El PNUD y los pueblos indígenas: Una política de compromiso*. Nueva York, 2002, p. 1.
- 12 Adaptado de “Proyecto de directrices sobre la integración de los derechos humanos en las estrategias de reducción de la pobreza”. Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos. Naciones Unidas. HR/PUB/2002/5.

de responsabilidad, incluidos los Estados y las organizaciones intergubernamentales, que rindan cuenta de su conducta frente a los derechos humanos en el ámbito internacional. Aunque son las propias entidades las que definen los mecanismos de rendición de cuentas más adecuados en su caso particular, éstos deben ser siempre accesibles, transparentes y eficaces.

Para el caso peruano, se puede poner como ejemplo la obligación del Estado de presentar informes periódicos sobre los avances de la implementación del Convenio 169 de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), el cual considera que para el caso de los servicios de salud, éstos deben ser culturalmente adecuados, considerando los recursos humanos y materiales locales.

La igualdad en los derechos implica no discriminación; ambos son principios gemelos que figuran entre los elementos fundamentales de la normativa internacional sobre derechos humanos. De ahí que en el marco normativo internacional de derechos humanos sean objeto de particular interés los individuos y grupos vulnerables, marginados, desfavorecidos o socialmente excluidos. Por consiguiente, la aplicación de este criterio exige que se eliminen las leyes e instituciones que fomentan la discriminación contra determinados individuos y grupos, y se asignen mayores recursos a aquellas esferas de actividad que cuentan con más posibilidades de beneficiar a estos grupos sociales.

Podemos considerar en este punto el hecho de que el Perú se reconozca constitucionalmente como un país pluricultural y, sin embargo, penalice algunas prácticas indígenas relacionadas con el ejercicio de la medicina tradicional.¹³

La integración de los derechos humanos exige, asimismo, la participación activa e informada en la formulación, aplicación y vigilancia

13 “Artículo 290.- Ejercicio ilegal de la medicina: Será reprimido con pena privativa de libertad no mayor de dos años o con prestación de servicio comunitario de veinte a cincuenta y dos jornadas, el que, *careciendo de título*, realice cualquiera de las acciones siguientes: 1. Anuncia, emite diagnósticos, prescribe, administra o aplica cualquier medio supuestamente destinado al cuidado de la salud, aunque obre de modo gratuito, y 2. Expide dictámenes o informes destinados a sustentar el diagnóstico, la prescripción o la administración a que se refiere el inciso 1” [el resaltado es nuestro].

de las estrategias correspondientes. Esto abarca el derecho a participar en la dirección de los asuntos públicos; en este sentido, se requieren mecanismos específicos y arreglos detallados en los diferentes niveles del proceso de adopción de decisiones, con el fin de contribuir a superar los obstáculos con los que tropiezan los pobres y los grupos marginados en general para participar activamente en la vida de sus comunidades. La participación implica: a) manifestaciones de preferencias, b) elección de la política, c) aplicación y vigilancia, y d) evaluación y rendición de cuentas. Sin embargo, mientras no se asegure una educación de calidad que permita el desarrollo de las capacidades locales de los pueblos indígenas, poco se avanzará en la participación efectiva de ellos en los niveles de decisión.

Un aspecto que se debe resaltar es la interdependencia de los derechos; es decir, el hecho de que el disfrute de algunos puede depender de la realización de otros, o bien contribuir a ello. Por ejemplo, para que los indígenas tengan efectivamente el derecho de participar en las estrategias de reducción de la pobreza, tienen que ser libres de organizarse sin restricciones, de reunirse sin trabas y de decir lo que quieran sin intimidación; tienen derecho a conocer los hechos pertinentes y a gozar de un nivel elemental de seguridad económica y bienestar.

Finalmente, el Proyecto de Directrices para el Cumplimiento de los Objetivos del Milenio dice lo siguiente:

El enfoque de derechos humanos puede acelerar la consecución del objetivo de reducir la pobreza de varias maneras: a) instando a la pronta adopción de una estrategia de reducción de la pobreza, basada en los derechos humanos, como obligación jurídica; b) ampliando el ámbito de las estrategias de reducción de la pobreza para abarcar las estructuras de discriminación que generan y mantienen la pobreza; c) exhortando a que se amplíen los derechos civiles y políticos, que pueden contribuir de manera crucial a hacer avanzar la causa de la reducción de la pobreza; d) confirmando que los derechos económicos, sociales y culturales son derechos humanos internacionales vinculantes, e) añadiendo legitimidad a la exigencia de asegurar una importante participación de los pobres en los procesos de adopción de decisiones; f) alertando contra el retroceso en el ejercicio de los derechos y contra el incumplimiento de las obligaciones básicas mínimas con la excusa de alcanzar un equilibrio; y g) creando y

fortaleciendo instituciones que permitan exigir responsabilidades por su actuación a los encargados de formulación de políticas.¹⁴

2.2.2 *El derecho a la salud*

La salud es un derecho fundamental e indispensable para el ejercicio de los demás derechos humanos. Toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud que le permita vivir dignamente.¹⁵ Según esta afirmación, el derecho a la salud no puede considerarse en forma aislada, sino que está íntimamente vinculado con el disfrute de otros derechos humanos y libertades fundamentales, incluidas la no discriminación y la igualdad, conceptos que reflejan la preocupación por los derechos humanos de los grupos vulnerables y desfavorecidos.

Los indicadores para medir y presentar el derecho a la salud deben considerarse en este contexto normativo más amplio. Por consiguiente, los indicadores no sólo deben reflejar las normas concretas relativas al derecho a la salud sino también las disposiciones de derechos humanos conexas, incluidas la no discriminación y la igualdad.¹⁶

El derecho a la salud se alcanza como resultado y consecuencia de un conjunto de condiciones y determinantes de carácter psicológico, ambiental, económico, social y cultural que afectan, de manera positiva o negativa, el estado y la situación de salud de la persona y las colectividades, en tanto constituidas por personas que mantienen simultáneamente su carácter de ser individual y a la vez social.¹⁷ Las obligaciones básicas como contenido mínimo del derecho a la salud son:¹⁸

14 Proyecto de Directrices para el Cumplimiento de los Objetivos del Milenio.

15 Naciones Unidas. Observación General 14 (2000). *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud*: 11/08/2000. Cuestiones sustantivas que se plantean en la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. E/C.12/2004.

16 Informe provisional del relator especial de la Comisión de Derechos Humanos sobre el Derecho de Toda Persona al Disfrute del Más Alto Nivel Posible de Salud Física y mental, Sr. Paul Hunt. 10 de octubre de 2003.

17 Tejada Pardo, David. Informe final de la consultoría "Principales problemas conceptuales y prácticos del ejercicio del derecho a la salud". Lima: Defensoría del Pueblo, 2004.

18 Observación 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales basada en la Declaración de Alma Ata de 1978.

- Garantizar el derecho de acceso a los centros, bienes y servicios de salud, sobre una base no discriminatoria, en especial en lo que respecta a los grupos vulnerables o marginados.
- Asegurar el acceso a una alimentación esencial mínima que sea nutritiva, adecuada y segura, y que garantice que nadie padezca hambre.
- Garantizar el acceso a un hogar, una vivienda y unas condiciones sanitarias básicas, así como al suministro adecuado de agua potable.
- Facilitar medicamentos esenciales, según las definiciones periódicas que figuran en el Programa de Acción sobre Medicamentos Esenciales de la OMS.
- Velar por una distribución equitativa de todas las instalaciones, bienes y servicios de salud.
- Adoptar y aplicar, sobre la base de pruebas epidemiológicas, una estrategia de acción nacional de salud pública para hacer frente a las preocupaciones referidas a toda la población. La estrategia y el plan de acción deberán ser elaborados y revisados periódicamente sobre la base de un proceso participativo y transparente; esa estrategia y ese plan deberán prever métodos, como el derecho a indicadores, y bases de referencia de salud que permitan vigilar estrechamente los progresos realizados. El proceso mediante el cual se conciben la estrategia y el plan de acción y el contenido de ambos deberán prestar especial atención a todos los grupos vulnerables o marginados.

2.2.3 La exclusión

Una perspectiva distinta trata la exclusión como negación de la ciudadanía; es decir, el impedimento para gozar de los derechos civiles, políticos y sociales vinculados, en cada sociedad, a la pauta de derechos y deberes que condiciona legalmente la inclusión en la comunidad sociopolítica.

La perspectiva tradicional de considerar la exclusión geográfica simplemente como un problema de distancias entre la población y el servicio de salud es muy limitada para una realidad sanitaria tan compleja como la peruana. El sistema actual en sí mismo puede ser excluyente por distintos criterios, tales como la cantidad de profesionales con respecto a la población o el número de atenciones por hora. Estas barreras se expresan en una gradiente que incluye diversas manifestaciones que van desde la total

falta de acceso a la prestación de los servicios de salud hasta insuficiencias en el disfrute de otros servicios más complejos y poco frecuentes, pero que a menudo resuelven situaciones graves.

Además del problema que representa la distancia, las personas que logran llegar a un establecimiento de salud tienen que enfrentar las siguientes dificultades:

- El personal de salud no se encuentra.
- El establecimiento de salud no cuenta con las capacidades resolutorias necesarias que le permitan resolver el problema (recursos humanos y equipamiento).
- No se puede culminar la expresión de la demanda sentida por falta del sistema en la transferencia del paciente hacia otro centro de mayor capacidad resolutoria.
- No se puede seguir el protocolo de tratamiento por problemas con la contrarreferencia.
- No se comprende el problema de salud por el contexto de exclusión de información en el que el paciente vive.

Las poblaciones calificadas como excluidas según los criterios antes señalados se encuentran en el estrato I de las necesidades básicas insatisfechas (NBI).¹⁹ Son comunidades rurales cuyos integrantes no cuentan con seguros privados, están en situación de extrema pobreza, pertenecen a grupos étnicos minoritarios, tienen escaso grado de instrucción, carecen de vías de acceso y acuden a los establecimientos de primer nivel y en menor grado a los hospitales, en comparación con los demás grupos.²⁰

Todo este panorama determina para el excluido el siguiente perfil:

- Es pobre.
- Procede de una zona rural.
- Tiene características indígenas.
- Carece de servicios básicos; educación y salud, entre ellos.
- Habla un idioma diferente del castellano.

19 INEI. Censos Nacionales 1993, IX de Población y IV de Vivienda.

20 Petrerá, Margarita. "Financiamiento en salud". En Juan Arroyo (ed.) *La salud peruana en el siglo XXI, retos y propuestas de políticas*. Lima: CIES-DFID-Proyecto Policy, 2002.

2.2.4 Importancia y dependencia de las políticas públicas

Siguiendo el aporte de Joan Subirats, no asumimos la política como una dimensión constitutiva —inescindible— de toda actividad humana o como práctica social integradora por excelencia sino *como proceso y resultante de esa acción*:

Podemos entender cada política pública como un proceso social complejo, a lo largo del cual es posible ver desagregados en su accionar a sectores de los aparatos estatales y también a sectores de la sociedad, que bajo formas institucionalizadas y en torno a una cuestión, configuran campos de relaciones sociales (relaciones de poder, que implican relaciones de fuerza en la producción instrumental y simbólica). Estos sectores van adoptando sucesivas tomas de posición y actúan en consecuencia, transformando la realidad.²¹

A diferencia de los derechos civiles y políticos, para cuya realización se requieren básicamente instrumentos jurídicos adecuados, la realización de los derechos sociales requiere sobre todo acciones positivas por parte del Estado en términos de políticas públicas; es decir, además de su necesaria judicialización, los derechos sociales dependen de la naturaleza, intensidad, calidad y pertinencia de las políticas públicas correspondientes y necesarias para su realización.²²

Por ello, no obstante las limitaciones del marco constitucional que acota las condiciones para el ejercicio pleno de los derechos económicos, sociales y culturales, queda claro que la política pública es el instrumento más importante para garantizar su realización. En este caso, conviene precisar que la política pública no se circunscribe a las políticas sociales, sino que debe abarcar las políticas económicas y las vinculadas tanto al medio ambiente como a los aspectos propiamente institucionales. Este enfoque integral de la política pública no siempre es asumido; existe más bien la tendencia a circunscribirse a las políticas sectoriales que se

21 Subirats, Joan. *Análisis de políticas públicas y eficacia de la administración*. Madrid: INAP, 1989.

22 Tejada Pardo, David. "Sesgos interpretativos y limitaciones en la realización de los 'derechos sociales'."

corresponden más directamente con cada derecho particular: por ejemplo, políticas educativas para el derecho a la educación o políticas de salud para el ejercicio del derecho a la salud.²³

2.2.5 Salud intercultural

Si bien no existe un concepto único sobre lo que es interculturalidad en salud, todos se sustentan en el respeto y la comprensión mutua entre saberes relacionados con la salud de actores culturalmente distintos.²⁴ En términos operativos, un modelo de salud con enfoque intercultural debería potenciar y/o incorporar en el sistema de salud todos aquellos conocimientos, recursos humanos y materiales que la población utiliza para la promoción, prevención y recuperación de su salud. Tomando en cuenta que las barreras geográficas en salud se relacionan exclusivamente con poblaciones indígenas amazónicas o andinas, es impostergable diseñar un modelo de interculturalidad en salud acorde con las características socioculturales de cada población.

La práctica de la atención en salud ha privilegiado un sistema dominante que, en la mayoría de los casos, no reconoce las experiencias y los conocimientos distintos de la medicina académica.

Los cambios en las políticas de salud deben ser progresivos y apuntar a la interculturalidad en salud. Para ello, se requiere crear un sistema educativo en salud que promueva, valore, investigue y rescate los conocimientos de los pueblos indígenas referidos a la salud y la enfermedad. En la actualidad, vemos que muchas veces el personal de salud no está preparado para trabajar en contextos multiculturales. Desde las DIRESA, que operan en ámbitos en los que no existen poblaciones indígenas, se deben mejorar los mecanismos de participación ciudadana con el fin de promover la salud; las poblaciones indígenas en situación de contacto inicial o aislamiento merecen un tratamiento especial.

23 Tejada Pardo, David. "Sesgos interpretativos...".

24 Heise, María (comp.) *Interculturalidad: Creación de un concepto y desarrollo de una actitud*. Lima: Programa Forte-PE.

2.2.6 Género y salud

El enfoque de género considera las diferentes oportunidades que tienen los hombres y las mujeres, las interrelaciones existentes entre ellos y los distintos papeles que socialmente se les asignan. Todas estas cuestiones influyen en el logro de las metas, las políticas y los planes de los organismos nacionales e internacionales, y por lo tanto, repercuten en el proceso de desarrollo de la sociedad. El género se relaciona con todos los aspectos de la vida socioeconómica, cotidiana y privada de los individuos, y determina características y funciones dependiendo de la percepción que la sociedad tiene de éste.

Las relaciones de género derivan de los modos en que las culturas asignan funciones y responsabilidades distintas a la mujer y al hombre. Ello, a su vez, determina diversas formas de acceder a recursos materiales como la tierra y el crédito, o no materiales como el poder político y el acceso a los servicios de salud. Sus implicaciones en la vida cotidiana son múltiples y se manifiestan, por ejemplo, en la división del trabajo doméstico y extradoméstico, en las responsabilidades familiares, en el campo de la educación, en las oportunidades de promoción profesional, en las instancias ejecutivas, etcétera.

En la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social de Copenhague, de 1995, la problemática relativa al género fue el eje de todas las estrategias para lograr el desarrollo socioeconómico y la conservación del medio ambiente. Por último, la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en 1995 en Beijing, reforzó estos nuevos enfoques y estableció una agenda cuyo objetivo consistió en fortalecer la posición de la mujer para eliminar los obstáculos y lograr la igualdad respecto del hombre, asegurando su participación activa en todas las esferas de la vida. En la conferencia se instó a los gobiernos, a la comunidad internacional y a la sociedad civil —incluidas las organizaciones no gubernamentales y el sector privado— a participar en las soluciones a las siguientes problemáticas críticas:

- Persistente y creciente carga de la pobreza sobre la mujer.
- Acceso desigual e inadecuado a la educación y capacitación.
- Acceso desigual e inapropiado a los servicios sanitarios y afines.
- Violencia contra las mujeres.

- Efectos de los conflictos armados y de otras clases sobre las mujeres.
- Desigualdad en las estructuras políticas y económicas, en todas las formas de actividad productiva y en el acceso a los recursos.
- Disparidad entre mujeres y hombres en el ejercicio del poder y la toma de decisiones en todos los niveles de autoridad.
- Mecanismos insuficientes para promover la superación de la mujer.
- Inadecuada promoción y protección de los derechos humanos de la mujer.
- Estereotipos sobre la mujer y desigualdad en su acceso y participación en todos los sistemas de información, en especial, los medios masivos de comunicación.
- Desigualdad en materia de género en el manejo de los recursos naturales y la protección del medio ambiente.
- Persistente discriminación y violación de los derechos de las niñas.

Según el enfoque sanitario, mujeres y hombres tienen necesidades y problemáticas distintas no sólo por sus diferencias biológicas sino también a causa del papel específico que les ha asignado la sociedad según los patrones sociales y culturales prevalecientes. La salud del hombre se ve a menudo amenazada por afecciones asociadas a las enfermedades profesionales, los accidentes de trabajo y el consumo de tabaco, alcohol y drogas; el cáncer y las enfermedades y lesiones cardiovasculares son las mayores causas de mortalidad masculina.

En cambio, muchos de los principales riesgos para la salud de la mujer están vinculados con su biología reproductiva. Su salud es más frágil durante el embarazo: riesgo de anemia, malnutrición, hepatitis, malaria, diabetes, etcétera.

En las áreas rurales de muchos países, gran parte de los alimentos se produce en el hogar y esta responsabilidad le corresponde fundamentalmente a la mujer. Aumentar la productividad del trabajo de la mujer a través de un mayor acceso a insumos, tecnología y servicios agrícolas mejoraría su propia nutrición y la de su familia.

Capítulo 3

APROXIMACIÓN METODOLÓGICA

3.1 FUENTES DE INFORMACIÓN

Fuentes primarias

Con la finalidad de enriquecer el análisis, se realizaron entrevistas a profesionales destacados. De esta manera, se busca mostrar los niveles de coordinación del sector Salud con otros prestadores —Sanidad de las Fuerzas Policiales y de las Fuerzas Armadas, clínicas privadas, etcétera— y con la sociedad civil.

Fuentes secundarias

Se revisaron documentos sobre el tema de la inaccesibilidad geográfica y sus diferentes tipologías relacionadas con poblaciones indígenas y en extrema pobreza. Entre las fuentes de información se consideraron las propuestas provenientes de los actores públicos y privados.

3.2 PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

Para procesar la información, se elaboró previamente un marco teórico que abarca temas como los derechos humanos, la salud y la pobreza, atravesados por los enfoques de género e interculturalidad.

Para organizar los datos, se utilizó la teoría fundamentada y la comparación constante entre la información secundaria y primaria, con la finalidad de responder al objetivo de la investigación.

Capítulo 4

HALLAZGOS

4.1 MARCO INSTITUCIONAL DEL SECTOR SALUD

A nivel nacional, el MINSA desempeña un papel básicamente normativo y regulador de la prestación de servicios de salud —tanto públicos como privados—, pero que no se cumple cabalmente. Pertenecen al nivel nacional tanto los institutos y hospitales nacionales —encargados de prestar servicios dirigidos a resolver los problemas de salud de mayor complejidad— como los organismos públicos descentralizados (OPD) que realizan funciones administrativas. Las DIRESA se circunscriben a la administración y prestación de servicios de salud en los espacios regionales, y pertenecen a ellas los hospitales regionales y locales, las redes y las microrredes, los centros de salud y los puestos de salud del MINSA. Su público objetivo es la población no asegurada.

Para la población que dispone de algún tipo de seguro, existen los servicios de salud de la seguridad social (EsSalud). La Policía y las Fuerzas Armadas, que están asignadas al Ministerio de Trabajo, cuentan con su propio sistema de prestación de servicios de salud. El Ministerio de Transportes, por su parte, maneja los problemas de salud relacionados con los accidentes de tránsito a través de un sistema de seguros, el Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito (SOAT).

Como parte de su proceso de reforma y descentralización, el MINSA ha creado una serie de instancias que le permiten interactuar con los diferentes sectores estatales y con la ciudadanía. Una de éstas es el Consejo Nacional de Salud (CNS), órgano asesor del MINSA que se constituye a

través de una elección democrática en la que se nombra a representantes de la sociedad civil. Sin embargo, las decisiones tomadas en esta instancia no son vinculantes.

En el marco del proceso de reforma del sector, se está construyendo un nuevo modelo basado en un enfoque integral que busca articular la prestación de servicios de salud como parte del desarrollo local. Sin embargo, en la implementación de éste siguen siendo relevantes las estrategias sanitarias nacionales. Se han formado equipos de trabajo que comparten información con las diferentes oficinas y direcciones generales del MINSA, lo que permite una intervención más articulada pero no necesariamente integral y focalizada, ya que la implementación de las nuevas estrategias se realiza con las mismas características en todas las regiones, sin considerar las particularidades de cada una.

Los gobiernos regionales también tienen un rol normativo, técnico y administrativo en lo que les corresponde en su jurisdicción. Algunos municipios han implementado un sistema propio de prestación de servicios de salud.

Por otra parte, las acciones de promoción de la salud lideradas por el MINSA no están articuladas con las del Ministerio de Educación (MINEDU) y el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (MIMDES). No existe un órgano que permita coordinar los esfuerzos de todos los sectores y, de este modo, evitar que se dupliquen las inversiones y se generen conflictos y desorden normativo. Lo que se busca es evitar los subsidios cruzados, que incrementan la inequidad.

4.2 EL ACUERDO NACIONAL Y EL ACUERDO DE PARTIDOS POLÍTICOS

En la decimotercera política de Estado, “Acceso universal a los servicios de salud y a la seguridad social”, se plasma el compromiso de asegurar las condiciones para un acceso universal a la salud en forma gratuita, continua, oportuna y de calidad, dando prioridad a las zonas en las que se concentra la pobreza y a las poblaciones más vulnerables, y asumiendo el compromiso de promover la participación ciudadana en la gestión y la evaluación de los servicios públicos de salud. Podemos señalar que se ha avanzado poco en este compromiso, pues los recursos asignados

al sector aún son escasos. Sin embargo, no podemos dejar de reconocer que ha habido esfuerzos para introducir mejoras en el sector, tanto en lo que se refiere a identificar a la población que debe ser atendida como a la promoción de buenas prácticas de salud.

En el Acuerdo Nacional se adquiere el compromiso de aumentar paulatinamente el porcentaje del presupuesto destinado a la salud, pero, en la práctica, el apoyo oficial a este sector ha disminuido recientemente de 95 nuevos soles per cápita en 2001 a 78 nuevos soles en 2003.

Por otro lado, con relación al Acuerdo de Partidos Políticos en Salud, se señala la preocupación de las agrupaciones políticas por la situación de salud de los ciudadanos y las ciudadanas. Con relación al tema investigado, destacan los siguientes puntos:

- Una política prioritaria del Estado respecto a la salud infantil, lo que en primera instancia implica la decisión de asignar recursos suficientes para la atención de la salud infantil, con énfasis en las zonas de exclusión social.
- Integralidad de los sectores para prevenir la exclusión.
- Garantizar la disponibilidad y el acceso a los medicamentos esenciales relacionados con las enfermedades prevalentes que inciden de manera importante en la mortalidad de la niñez.
- Asegurar la atención de salud integral de la mujer antes, durante y después del embarazo, concertando planes de salud materna con estrategias de inclusión de las poblaciones más vulnerables, tomando en cuenta la interculturalidad.
- Incremento de cobertura del control prenatal y la atención del parto por personal de salud calificado, con énfasis en los estratos más pobres y excluidos, con calidad y adecuación a la cultura de la mujer.
- Universalización progresiva de la seguridad social en salud partiendo de las condiciones de aseguramiento actual.
- Compromiso para incrementar el financiamiento de salud a lo largo de los próximos cinco años para el cumplimiento de los objetivos sanitarios nacionales, con el ideal de acercarnos al promedio latinoamericano de participación en el porcentaje del PBI.
- Incremento de asignaciones priorizando las acciones de prevención y promoción de la salud y las poblaciones que se encuentran en pobreza y pobreza extrema, sin menoscabo del cumplimiento de los compromisos adquiridos.

- Establecimiento de un mecanismo solidario de compensación a las regiones más pobres.
- Asignación de un subsidio público mediante la estrategia de focalización según capacidad de pago del núcleo familiar.

4.3 EL PROCESO DE DESCENTRALIZACIÓN²⁵

En el país se está desarrollando el proceso de descentralización. Como parte de éste, se ha considerado inicialmente la descentralización de funciones y responsabilidades de acuerdo con la capacidad de cada uno de los sectores. En el caso de Salud, estas acciones se están ejecutando como parte del Plan Nacional de Descentralización de la Salud hacia los gobiernos regionales, con la finalidad de acercar las decisiones de los actores locales a la población.

En este sentido, los gobiernos regionales tienen la función de:

- *Planificar el desarrollo integral* de su región y ejecutar los programas socioeconómicos correspondientes.
- *Formular y aprobar el plan de desarrollo regional* concertado con las municipalidades y la sociedad civil de su región.
- *Aprobar su organización interna y su presupuesto institucional* conforme con la Ley de Gestión Presupuestaria del Estado y las leyes anuales de presupuesto.
- *Promover y ejecutar las inversiones públicas de ámbito regional en proyectos* de infraestructura vial, energética, de comunicaciones y *de servicios básicos en el ámbito regional*, con estrategias de sostenibilidad, competitividad, oportunidades de inversión privada, dinamización de los mercados y rentabilización de las actividades.

Como se puede apreciar, estas medidas permitirían a los gobiernos regionales invertir en el desarrollo de acciones orientadas a disminuir la brecha de prestación y de atención de las poblaciones excluidas y dispersas.

En el marco de la descentralización, las competencias compartidas de las regiones con el gobierno central en lo que se refiere a la salud

25 Plan de Descentralización del MINSa 2002 a 2006.

pública y la participación ciudadana comprenden las siguientes funciones específicas:

- *Formular*, aprobar, ejecutar, dirigir, evaluar, controlar y *administrar las políticas de salud de la región* en concordancia con las políticas nacionales y los planes sectoriales.
- *Formular y ejecutar, concertadamente, el Plan de Desarrollo Regional de Salud.*
- Coordinar las acciones de salud integral en el ámbito regional.
- Participar en el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud de conformidad con la legislación vigente.
- Promover y ejecutar en forma prioritaria las actividades de promoción y prevención de la salud.
- Organizar los niveles de atención y administración de las entidades de salud del Estado que brindan servicios en la región, en coordinación con los gobiernos locales.
- Organizar, implementar y mantener los servicios de salud para la prevención, protección, recuperación y rehabilitación en materia de salud, en coordinación con los gobiernos locales.
- Supervisar y fiscalizar los servicios de salud públicos y privados.
- Conducir y ejecutar coordinadamente con los órganos competentes la prevención y el control de riesgos y daños causados por emergencias y desastres.
- Supervisar y controlar la producción, comercialización, distribución y consumo de productos farmacéuticos y afines.
- Promover y preservar la salud ambiental de la región.
- Planificar, financiar y ejecutar los proyectos de infraestructura sanitaria y equipamiento, promoviendo el desarrollo tecnológico en salud en el ámbito regional.
- Poner a disposición de la comunidad información útil sobre la gestión del sector, así como sobre la oferta de infraestructura y servicios de salud.
- Promover la formación, capacitación y desarrollo de los recursos humanos, y articular los servicios de salud con las actividades de docencia, investigación y proyección a la comunidad.
- Evaluar periódicamente y de manera sistemática los logros alcanzados por la región en materia sanitaria.

- Ejecutar, en coordinación con los gobiernos locales de la región, acciones efectivas que contribuyan a elevar los niveles nutricionales de los pobladores.

Funciones de las municipalidades provinciales y distritales

Las municipalidades provinciales y distritales son los órganos de gobierno local y tienen autonomía política, económica y administrativa en los asuntos de su competencia. De acuerdo con ello, las municipalidades tienen, constitucionalmente, la función de gobierno en el ámbito local, sea a nivel provincial o distrital. Sin embargo, de acuerdo con la nueva Ley Orgánica de Municipalidades, sus competencias y funciones en materia de salud son muy limitadas. El artículo 7 establece que una de las competencias de las municipalidades es cooperar con la educación, la cultura, el bienestar, la salud y el saneamiento ambiental. Y el artículo 8 señala entre las funciones de las municipalidades únicamente la promoción de la salud y el saneamiento.

4.4 ESTRATEGIAS IMPLEMENTADAS POR EL MINISTERIO DE SALUD PARA REDUCIR LAS BARRERAS GEOGRÁFICAS

En el campo de los modelos de atención, posiblemente la práctica de mayor relevancia que impulsó el MINSA fue la recuperación de las experiencias de atención mediante brigadas o equipos itinerantes. Se trata de una antigua estrategia de ampliación de la cobertura a través de oferta móvil de atención. Como se sabe, la conformación de grupos o brigadas de atención es, posiblemente, la primera estrategia de extensión de la cobertura sanitaria desarrollada a nivel mundial.^{26, 27} Lamentablemente,

26 Henry Sigerist señala que ésta era la forma de atención médica predominante en la península helénica durante el período clásico de la cultura griega. Véase Sigerist, H. "La profesión del médico a través de las edades". En *Historia y sociología de la medicina*. Bogotá: Selecciones, 1974.

27 Veronelli, J. C. "Experiencias innovadoras en la prestación de servicios masivos de salud en América Latina". En *La salud en América Latina. Aspectos prioritarios de su*

un discutible criterio de modernidad llevó a abandonarla para privilegiar estrategias de ampliación centradas en la oferta fija a través de la extensión de la cobertura física. Esta postura no toma en cuenta que, en nuestro país, las barreras de acceso geográfico generadas por los enormes contrastes naturales de los Andes y la Amazonía limitan seriamente la consecución de la cobertura universal si ésta sólo se basa en la ampliación de la oferta fija. No obstante su enorme importancia, la oferta móvil de atención sigue siendo considerada una práctica sanitaria marginal, si nos atenemos a los escasos recursos que se destinan a su implementación y desarrollo, muchos de ellos provenientes de la cooperación externa. Durante el año 2001, la Dirección General de Salud de las Personas²⁸ promovió algunos eventos dirigidos a analizar conceptual y metodológicamente sus abordajes de atención a las poblaciones excluidas, así como a elevar la visibilidad política del gran problema de la atención sanitaria. Lamentablemente, estos esfuerzos iniciales no fueron continuados.²⁹

Durante los últimos veinte años, el MINSA ha implementado una serie de acciones y programas destinados a lograr equidad en salud. Como se resume en el cuadro 2, se han desarrollado diversos instrumentos que buscan disminuir la exclusión respecto al sistema de salud, tratando de lograr la identificación tanto geográfica como individual de los excluidos (ver cuadro 2).

El Programa de Salud Básica Para Todos (PSBPT) merece ser mencionado con especial énfasis, pues se trata de uno de los proyectos que logró cambios estructurales en el funcionamiento del MINSA, tanto en el plano administrativo como en el prestacional. Mantuvo su vigencia hasta el año 2006 y actualmente se ha iniciado su proceso de desactivación. El objetivo del PSBT consistió en mejorar la oferta de los servicios de salud del primer nivel de atención, para lo cual contrató a personal profesional y técnico; se crearon miles de puestos de salud en las comunidades más alejadas, se implementaron estrategias de cogestión de servicios de salud

administración. México D. F.: Fondo de Cultura Económica-Universidad Autónoma de México, 1983.

28 **Ministerio de Salud**. *Atención a poblaciones excluidas*. Lima: Ministerio de Salud, 2002.

29 DIRESA Ayacucho. *Modelo de atención*. Ayacucho, 2003.

Cuadro 2
PRINCIPALES POLÍTICAS DE SALUD RELACIONADAS CON LAS POBLACIONES
EXCLUIDAS Y DISPERSAS

<i>Estrategia</i>	<i>Año</i>	<i>Contenido</i>
<i>Programas Verticales</i>	1974	La focalización de grupos de necesidades y enfermedades logró incluir a gran parte de los excluidos en la prestación.
<i>Sistemas Locales de Salud</i>	1986	Se basó en el principio de que la atención primaria es el fin principal del sistema de salud.
<i>Proyecto 2000</i>	1992	Focalizó sus esfuerzos en grupos excluidos como las mujeres gestantes y los niños. Diseñó una serie de instrumentos que permitían focalizar individualmente a los excluidos (Sistema de Identificación de Usuarios en Salud).
<i>Programa de Salud Básica para Todos</i>	1993	Se dedicó a ampliar la oferta de servicios a través del contrato de profesionales y personal técnico, además de implementar y construir infraestructura.
<i>Programa de Fortalecimiento de los Servicios de Salud</i>	1995	Desarrolló una serie de metodologías que le permitieron focalizar la ayuda y el equipamiento de establecimientos de salud de primer nivel de las zonas pobres del país. También desarrolló una serie de instrumentos para la focalización individual de la pobreza, pero esto no se concretó a nivel nacional.
<i>Programa de Salud y Nutrición Básica</i>	1998	Pretendió mejorar la oferta desde la infraestructura y la calidad del servicio. También diseñó instrumentos para censos e identificación de pobres.
<i>Equipos Locales Itinerantes de Salud</i>	1999	Su finalidad principal fue extender la oferta del servicio a lugares donde la demanda era escasa.
<i>Proyecto de Atención a Comunidades Dispersas Ayacucho</i>	2001-2003	Focalizado en las provincias de Cangallo, Vilcashuamán y Víctor Fajardo en una población de 40.000 habitantes. Desarrolló una propuesta de intervención integral con fortalecimiento de la oferta fija y un equipo ELITE en cada provincia. Incorpora el componente de promoción de la salud en la acción itinerante.
<i>Seguro Integral en Salud</i>	2002	Tiene sus antecedentes en el Seguro Escolar (1995) y en el Seguro Materno-Infantil (1999). El SIS ha sido la estrategia más importante y, a la vez, ha afrontado la exclusión geográfica al permitir mejorar el traslado de los pacientes de lugares lejanos a los sitios de mejor atención resolutive y al haber creado un sistema de información con una variedad de indicadores.

<i>Estrategia</i>	<i>Año</i>	<i>Contenido</i>
<i>Estrategias Nacionales de Salud</i>	2004	Entre ellas, la Estrategia Sanitaria Nacional de Pueblos Indígenas.
<i>Atención Integral en Salud en Poblaciones Excluidas y Dispersas (AISPED)</i>	2005	Es una modificación de los ELITES. Propone una serie de formatos para ser llenados por el equipo de salud itinerante como el censo comunal de estas comunidades.
<i>Censo Nacional de Comunidades</i>		Instrumento para cuantificar y calificar la magnitud y ubicación de la población sin acceso a los servicios de salud. Con los datos recopilados se realiza la planificación, programación y evaluación.

y se desarrolló la estrategia de ELITES, que ayudó a disminuir las brechas y la inaccesibilidad.

Dentro del MINSA, el tema de la inaccesibilidad estuvo presente sobre todo en dos direcciones generales que lo incorporaron en sus planes operativos, mientras que un organismo público descentralizado hizo lo mismo respecto a la exclusión.

La Dirección General de Epidemiología comenzó a publicar, desde el año 2002, documentos como el *Análisis de la situación de los pueblos indígenas de la Amazonía peruana* y análisis de la situación de salud de grupos étnicos específicos como los candoshis, los asháninkas y otros. De esta manera, se generó información importante.

La Dirección General de Promoción de la Salud inició un proceso de cambio dentro de la estructura del sistema de salud, incorporando por primera vez en el MINSA el tema de salud como parte de los derechos humanos. Implementó la Unidad de Derechos Humanos, Género e Interculturalidad.

El año 2003 el Instituto Nacional de Salud (INS), a través del Centro Nacional de Salud Intercultural —ex Instituto Nacional de Medicina Tradicional—, formuló el componente de salud del Plan de Protección de la Reserva Nahua Kugapakori Nanti, donde existen indígenas en situación de aislamiento y contacto inicial. Este componente de salud se basa fundamentalmente en la prestación del servicio de salud itinerante con una perspectiva intercultural.

4.5 LAS POLÍTICAS SECTORIALES Y EL PLAN ESTRATÉGICO DEL QUINQUENIO

4.5.1 *Los lineamientos de políticas sectoriales para el período 2002-2012*

Las políticas sectoriales y el plan estratégico quinquenal se trazan como metas la prevención de las enfermedades y la mejora radical de las condiciones de salud de la población durante esta década, que son coherentes con los Objetivos del Milenio:

- Reducción drástica de la mortalidad infantil y materna.
- Disminución de la alta prevalencia de enfermedades transmisibles como la tuberculosis, la malaria y el dengue.
- Monitoreo de riesgos ambientales y de contaminación atmosférica y ambiental.
- Mantenimiento del sistema de vigilancia epidemiológica controlando, con base intersectorial, las enfermedades transmisibles de importancia regional y nacional.

Una de las estrategias para alcanzar los objetivos propuestos es sostener un trabajo interinstitucional y en alianza, y actuar conjuntamente con los gobiernos locales. Se considera que el sector Educación es un actor clave para el trabajo de promoción de la salud, porque interviene en la formación de la niñez y la adolescencia, no sólo impartiendo contenidos sino desarrollando capacidades y recursos personales y psicosociales, así como actitudes de cuidado y autocuidado.³⁰

4.5.2 *Seguro Integral de Salud (SIS)*

Política destinada a favorecer el acceso a los servicios de salud a través de la atención integral mediante la extensión y universalización del aseguramiento en salud. La política de salud contempla el incremento de la cobertura de este seguro y promueve el mejoramiento continuo de la atención que brinda a sus afiliados.

30 MINSa. *Lineamientos de política sectorial para el período 2002-2012 y fundamentos para el Plan Estratégico Sectorial del Quinquenio agosto 2001-julio 2006*. Lima, 2001.

Cuadro 3
POLÍTICA DE SALUD PARA EL PERÍODO 2002-2012

<i>Lineamientos</i>	<i>Principios</i>	<i>Estrategias</i>
<i>Promoción de la salud y prevención de la enfermedad</i>	<ul style="list-style-type: none"> • La solidaridad es el camino. • La universalización del acceso a la salud es nuestra legítima aspiración. • La familia es la unidad básica de salud con la que se debe trabajar. • La integridad de la persona y de la atención se corresponden. • La eficacia y la eficiencia son exigencias irrenunciables. • La calidad de la atención es un derecho ciudadano. • La equidad es un principio elemental de la justicia social. 	Participación y control ciudadano
<i>Extensión y universalización del aseguramiento en salud</i>		Adecuación de la estructura del MINSA para la concertación y conducción sectorial
<i>Suministro y uso racional de medicamentos</i>		Compromiso de los recursos humanos con los lineamientos sectoriales
<i>Desarrollo de los recursos humanos con respeto y dignidad</i>		Diálogo sectorial e intersectorial
<i>Creación del Sistema Nacional Descentralizado de Salud</i>		Descentralización del sector como parte de la descentralización del Estado
<i>Nuevo modelo de atención integral de salud</i>		Reorientación del financiamiento para cubrir las necesidades nacionales en salud
<i>Modernización del MINSA y fortalecimiento de su rol de conducción sectorial</i>		Agenda compartida y concertación con la cooperación técnica internacional
<i>Financiamiento interno y externo orientado a los sectores</i>		Establecimiento de políticas regionales andinas comunes
<i>Democratización de la salud</i>		

4.5.3 Política de gestión y desarrollo de los recursos humanos con respeto y dignidad

La política de salud promueve el desarrollo de los recursos humanos y la profesionalización de la gestión, basada en el respeto a la persona humana y la dignidad de los trabajadores, con clara conciencia de que ellos son los principales agentes del cambio. En este sentido, promueve:

- El crecimiento planificado de la formación del personal de salud, a través de la constitución de una unidad especializada en el planeamiento y el desarrollo de los recursos humanos y de un sistema integrado de información sobre ellos.
- La priorización de la formación de médicos generales integrales con capacidad para desenvolverse con eficiencia en cualquier lugar del país y principalmente en los primeros niveles de atención.
- La protección de la línea de carrera del funcionario público del sector y la generación de una política de incentivos familiares, personales y profesionales.
- *La constitución de un servicio rural y urbano-marginal de salud con recursos suficientes y que cumpla la función de vincular la práctica de los profesionales jóvenes con las necesidades de salud de la población (énfasis nuestro).*
- La formación y capacitación de los equipos de salud a distancia.
- La capacitación permanente abierta a todos los profesionales y no profesionales que integran el sector.

4.5.4 Creación del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud (SNCDS)

Frente a la fragmentación y desarticulación del sector, se propone la conformación de una comisión de alto nivel para la creación del SNCDS. Éste es el primer paso para la articulación de todos los subsistemas del sector, buscando el consenso en las políticas que se sigan, en los sistemas que se uniformen y en la normatividad que se proponga.

4.5.5 *Financiamiento interno y externo orientado a los sectores más pobres*

Busca reorientar el gasto en función de la inversión en infraestructura y equipamiento de los establecimientos dirigidos a atender a los sectores de menores recursos y persigue la creación del Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL) como fondo de solidaridad para cofinanciar el SIS.

Se pretende orientar el financiamiento externo hacia las principales prioridades del sector Salud, evitando la duplicidad y mejorando la eficiencia en la inversión de los recursos.

Finalmente, es pertinente señalar que pese a que el documento establece como ejes la interculturalidad y el género en las estrategias desplegadas por el sector, en la práctica no se evidencia la aplicación de estos ejes por falta de sensibilización y/o capacitación del personal de salud.

4.6 MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD (MAIS)

El MAIS es una de las estrategias para el cumplimiento de las políticas propuestas por el sector. Constituye uno de sus lineamientos más importantes. En el MAIS se enfatiza la atención integral en salud como “la provisión continua y con calidad de una atención orientada hacia la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud, para las personas, en el contexto de su familia y comunidad”.

Este modelo incorpora el enfoque de desarrollo basado en derechos, al considerar a las personas como el centro de la atención. Asimismo, *asume el concepto de derecho a la salud recogido en los derechos económicos, sociales y culturales (DESC) al señalar que las personas son reconocidas en su carácter multidimensional*, como seres biopsicosociales inmersos en un complejo sistema de relaciones políticas, sociales, culturales y ecobiológicas. La atención aborda las diversas necesidades de salud de las personas en cada etapa de su vida —niñez, adolescencia, adultez, senectud—, sean hombres o mujeres, desde la fecundación hasta la muerte natural.

El modelo aborda las intervenciones sanitarias desde la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación. Estas intervenciones se ofrecen de manera integrada. El MAIS sostiene que la integralidad requiere el trabajo de equipos multidisciplinarios y polifuncionales.

Se incorpora también la intervención intersectorial como elemento clave. Por ello, se intenta vincular las intervenciones de los sectores Educación, Vivienda, Trabajo, Transporte, etcétera, y los gobiernos locales, como una forma de responder a las causas de los problemas de salud y no sólo a sus consecuencias.

4.6.1 Programas de Atención Integral de Salud por Etapas de la Vida (PAIS)

Estos programas norman los procesos de atención y cuidado de la salud de las personas, definiendo los contenidos de las intervenciones necesarias para que una persona considere protegida su salud. De esta manera, contribuyen al resultado sanitario de obtener personas, familias y comunidades saludables. La normatividad de estos procesos se concreta mediante los *cuidados esenciales*, que permiten el abordaje integral de las necesidades de salud de las personas en las diferentes etapas de la vida:

- Programa de Atención Integral de Salud del Niño, que comprende desde la fecundación hasta los 9 años.
- Programa de Atención Integral de Salud del Adolescente, que comprende desde los 10 hasta los 19 años.
- Programa de Atención Integral de Salud del Adulto, que comprende desde los 20 hasta los 64 años.
- Programa de Atención Integral de Salud del Adulto Mayor, que comprende desde los 65 años a más.

4.6.2 Programa de Atención Integral a la Familia (PAFAM)

Este programa aborda un conjunto de necesidades de salud de la familia, normando los procesos de atención y cuidado necesarios para responder a ésta e incentivar comportamientos saludables y mecanismos de prevención en cada uno de sus miembros. Igualmente, se operativiza mediante *cuidados esenciales para la familia*. Estos cuidados esenciales son entendidos como el conjunto de acciones que cada persona o familia debe recibir para mantener y proteger su salud, satisfaciendo sus necesidades básicas en este terreno.

4.6.3 Las estrategias sanitarias nacionales y regionales

Estas estrategias permiten el abordaje, el control, la reducción, la erradicación o la prevención de los daños y riesgos priorizados y el logro de los objetivos de las prioridades sanitarias.

Las estrategias sanitarias abordan los factores críticos que determinan las prioridades sanitarias mediante una movilización nacional de recursos orientada a acciones de alto impacto y de duración limitada hasta la obtención de resultados demostrables y, además, concertada entre los diferentes actores sociales e instituciones —MINSa, EsSalud, otros ministerios, gobiernos locales, ONG, organizaciones sociales y comunitarias, entre otras—.

Actualmente, se están desarrollando las siguientes estrategias:

- Inmunizaciones
- Prevención y control de enfermedades metaxénicas y otras transmitidas por vectores.
- Prevención y control de infecciones de transmisión sexual.
- Prevención y control de tuberculosis.
- Salud sexual y reproductiva.
- Prevención y control de daños no transmisibles.
- Accidentes de tránsito.
- Salud y pueblos indígenas.
- Alimentación y nutrición saludables.
- Salud mental y cultura de paz.

Cada programa incorpora a su población objetivo, lo que permite una mejor caracterización de las necesidades de salud, en especial de aquellas relacionadas con el mantenimiento de la salud y el desarrollo, considerando que los integrantes de éstas suelen cambiar con la edad y el contexto sociocultural.

Es necesario dejar en claro que la implementación del modelo de atención integral no ha significado incrementos presupuestales. Éste se financia con los presupuestos que se le han asignado al MINSa tradicionalmente y con el aporte de los proyectos de salud.

4.7 ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD A POBLACIONES EXCLUIDAS Y DISPERSAS (AISPED)

El MINSA, a través de los lineamientos de política de salud 1995-2000, plantea la necesidad de “garantizar el acceso universal a los servicios de salud pública y la atención individual priorizando a los sectores más pobres y vulnerables” de nuestro país.

En 1997 se crean equipos ELITES en 18 departamentos y 19 DISA, tomándose como parámetro referencial el mapa de pobreza del Perú. El objetivo general de los ELITES consistió en ampliar la cobertura de salud mejorando el acceso a los servicios de las poblaciones vulnerables y excluidas por inaccesibilidad geográfica, cultural y social. Su trabajo se dirigió a las comunidades que tienen dificultades para beneficiarse con la atención de salud, a las que se les brindó una atención con calidad y calidez.

Los objetivos específicos se centraron en:

- Incrementar las coberturas de los establecimientos de salud en los diferentes programas.
- Brindar atención integral de salud a las poblaciones excluidas.
- Captar y atender oportunamente a la población vulnerable, disminuyendo la morbilidad y la mortalidad.
- Realizar vigilancia epidemiológica activa, según el perfil local.
- Promover el cuidado adecuado del perinato y disminuir la mortalidad perinatal.
- Promover buenos hábitos de higiene bucal y odonto-estomatológicos.
- Promover el trabajo comunal para la solución de problemas de salud como la malaria y otras enfermedades metaxénicas, así como saneamiento ambiental.

Para la operatividad de la estrategia ELITES, se buscaba contar con profesionales de diversas áreas de salud, garantizando de esa manera la atención integral de la población con equidad, calidad y calidez. Sin embargo, se constató la ausencia de profesionales de las ciencias sociales en la mayoría de los ELITES.

Uno de los inconvenientes que se tuvo que afrontar en algunos casos fue la ausencia de personal nativo como integrante del equipo. Este tipo de personal se hubiera constituido en un nexo importante con las

comunidades. Sin embargo, a pesar de los inconvenientes, estos equipos de trabajo gozaron del reconocimiento y la aceptación por parte de los miembros de las comunidades que visitaban.

La norma técnica del AISPED

Esta norma, que se enmarca en los lineamientos y la política sectorial de 2002 al 2012, está orientada a regular un conjunto de procesos para la atención de las poblaciones con inaccesibilidad geográfica y en situación de pobreza o extrema pobreza. Su aplicación a nivel de direcciones regionales, redes y microrredes de salud deberá permitir que se reduzcan las barreras de acceso a los servicios de salud y garantizar a estas poblaciones una atención oportuna, integral y de calidad, de acuerdo con el MAIS y mediante la extensión de los servicios de la oferta fija; es decir, se aplicará la modalidad de oferta móvil-flexible, específicamente a través de la estrategia de un equipo itinerante. Algunos aspectos importantes de la norma son los siguientes:

- El equipo o brigada itinerante será, *de preferencia*, multidisciplinario, e incorporará los enfoques de riesgo e interculturalidad.
- La atención, siguiendo la lógica del Plan Estratégico y el MAIS, será por etapas de vida, la familia y la comunidad.
- Las poblaciones caracterizadas como excluidas y dispersas deben ser inscritas en un registro regional y nacional, de modo que puedan ser incluidas en los programas pertinentes. Esta relación deberá ser aprobada por los gobiernos regionales.
- Para el caso de los pueblos indígenas, se debe convocar a sus organizaciones representativas locales para que apoyen a elaborar esta relación.
- Las DIRESA deben convocar a todos los actores sociales con el propósito de articular los esfuerzos y recursos para realizar una intervención coordinada y conjunta con las poblaciones excluidas y dispersas del ámbito regional.
- Estos equipos estarán asignados a las redes y/o microrredes. Éstas, en coordinación con los establecimientos de salud y los equipos itinerantes, previamente a la salida, elaborarán un diagnóstico situacional, estudios antropológicos u otros y el plan de intervención anual con

enfoque intercultural. Esta labor se realizará con el apoyo de la DIRESA y del personal profesional que se crea conveniente —epidemiólogos, antropólogos, sociólogos, ingenieros sanitarios, etcétera—, además de otros actores sociales del ámbito, según la disponibilidad y la metodología de la DIRESA o red.

- Los recursos previstos son aportados por el Sistema de Aseguramiento Público vigente y el SIS o su equivalente; además, se puede contar con el apoyo o complementación del Programa de Acuerdos de Gestión (PAAG) u otras fuentes de financiamiento.

Un problema que enfrentan los equipos del AISPED es lograr movilizarse oportunamente a las regiones más distantes; en este sentido, por ejemplo, el retiro de los vuelos de apoyo a la selva por una norma expedida por el Congreso ha tenido un impacto negativo en la continuidad del servicio de salud a través de esta modalidad.

Un elemento central que debe tener en cuenta el sector es que la base de operaciones de estos equipos —por ejemplo, el centro de salud— debe estar situada cerca de las localidades atendidas y no en las capitales de departamento, sedes de las DISA. Asimismo, la selección del personal es un elemento clave para el funcionamiento de esta estrategia; sin embargo, lo que ocurre en la práctica es que la designación en las áreas rurales muchas veces es tomada como un castigo para el personal de salud.

Se deben tener en cuenta, además, las diferencias étnicas entre las familias lingüísticas que siempre han sido rivales; si no se incorpora a población indígena al sistema, no se podrá avanzar.

4.8 ESTRATEGIAS DESPLEGADAS POR TERCEROS

4.8.1 Plan Integral de Salud en la Amazonía Peruana (PISAP)

Este plan fue promovido por la pastoral social del vicariato apostólico de Puerto Maldonado. El proyecto se desarrolló entre los años 1992 y 2002 a partir de un convenio entre el MINSA, las direcciones regionales de salud de Madre de Dios, Cusco y Ucayali, y el mencionado vicariato. Los objetivos del PISAP fueron:

- Mejorar la atención sanitaria de la zona (bajo Urubamba).
- Organizar una red sanitaria apropiada.
- Formar a personal sanitario (promotores de salud).
- Realizar actividades preventivas y curativas.
- Desarrollar otras actividades que mejoren la calidad de vida de la población.

Sus acciones estuvieron dirigidas a mejorar la salud materno-infantil buscando el incremento del control prenatal, las enfermedades prevalentes en la zona —infecciones respiratorias agudas (IRA), EDA, tuberculosis, leishmaniasis, parasitosis, malaria—, promover la nutrición y ampliar la cobertura de inmunizaciones. Para ello se capacitó a recursos humanos locales y agentes comunales de salud, y se implementaron botiquines comunales.

En lo referente a la infraestructura, se construyeron letrinas sanitarias e infraestructura hospitalaria y postas médicas. Asimismo, se implementaron consultorios parroquiales. Se construyeron:

- Dos hospitales: Sepahua y Kirigueti.
- Cuatro postas medicas: Shintuya, Mazuko, Quellouno y Kirigueti.
- Dos consultorios médicos: Puerto Maldonado y Quillabamba.³¹

Posteriormente, se crearon establecimientos de salud en los que, en un inicio, funcionaron los botiquines comunales implementados por el PISAP, que luego se transfirieron al MINSa (DIRESA de Cusco y Ucayali).

El PISAP constituyó un antecedente importante para desarrollar la estrategia de los equipos ELITES o brigadas de salud, pues su experiencia ha sido incorporada por el sector con algunas variaciones.

4.8.2 Experiencia en Ayacucho³²

A través de un convenio específico MINSa-PASA y la Comisión Europea, suscrito en 1998, se plantea la necesidad de reforzar las acciones del

31 PISAP, Plan Integral Amazonía Peruana, 1980. Disponible en <www.dominicos.org/provesp/adgentes/vicapos/promocion.htm>.

32 Información proporcionada por el Dr. Alfonso Nino Guerrero.

Programa Salud Básica para Todos para ofrecer servicios de salud a las comunidades excluidas a través de los equipos ELITES. Este convenio benefició a 190 comunidades de ocho provincias del departamento de Ayacucho. El financiamiento se destinó al pago de los equipos, la compra de medicamentos y el transporte de las brigadas. La acción se centralizó en la DISA, lo cual elevó los costos y generó un vacío de responsabilidad por parte de las redes sobre sus poblaciones dispersas.

Otra experiencias en Ayacucho para la atención de comunidades dispersas se realizó en el marco del Convenio Básico de Cooperación Técnica entre el Reino de los Países Bajos y la República del Perú. El objetivo fundamental fue disminuir la brecha entre el establecimiento de salud y la comunidad. Con este fin se desarrollaron acciones en tres provincias del centro de Ayacucho: Cangallo, Vilcashuamán y Víctor Fajardo. Las acciones, orientadas a generar un modelo de intervención para atender a las comunidades dispersas, se basaron en tres estrategias: a) el fortalecimiento y la mejora de la oferta fija, b) la atención integral por parte de los equipos itinerantes o brigadas y la articulación de la comunidad con los servicios de salud a través del trabajo con los agentes comunitarios, y c) la atención por el SIS para no generar dependencia externa respecto a la compra de medicamentos.

En lo que se refiere a la atención itinerante por la brigada, destaca la perspectiva integral de la atención y la implementación de un enfoque de promoción de la salud. Se iniciaron procesos de desarrollo de comunidades y escuelas saludables, y se aplicaron tecnologías en la atención oral —como el uso de cariostáticos— que tuvieron gran acogida por parte de la población.

4.9 LAS CASAS DE ESPERA

Desde 1998, Unicef ha desempeñado un papel importante en la implementación de las casas de espera. Éstas se plantearon como una alternativa para asegurar que las mujeres que viven en lugares lejanos pudieran permanecer, días antes del parto, en una casa cercana al establecimiento de salud, de manera que se asegurase la atención oportuna tanto si el proceso era normal como si surgiera alguna complicación. La experiencia incluyó a la familia y a la comunidad como estrategias para asegurar la continuidad y

puso el énfasis en la adecuación cultural. En la implementación de esta estrategia se involucraron también, durante el período 2000-2005, otras entidades como USAID y, básicamente, los establecimientos del MINSa.

La primera casa de espera se instaló en Paruro (Cusco) y posteriormente se hizo lo mismo en otros lugares del Perú, hasta llegar a aproximadamente 60 casas. El éxito fue relativo, pues al finalizar el proyecto el MINSa reconoció que:

Unicef ha venido apoyando al Ministerio de Salud en la adecuación cultural de la atención del parto en los establecimientos de salud, así como en la implementación de las casas de espera maternas, con el *propósito de superar la barrera de las distancias geográficas*. Asimismo, ha promovido la movilización social comunitaria y familiar y la educación comunitaria con el fin de garantizar el uso oportuno de los servicios para promover la maternidad saludable y segura.³³

Posteriormente, esta experiencia fue extendida a las regiones de Amazonas, Apurímac, Ayacucho, Cusco, Cajamarca, Huánuco, Puno y Áncash. En su implementación se consideraron los siguientes elementos:

- a) Fortalecimiento de las capacidades técnicas locales.
- b) Adecuación cultural de los servicios maternos para la atención del embarazo, el parto y el puerperio.
- c) Participación comunitaria.
- d) Comunicación y movilización social.

Las casas de espera buscaron incrementar la cobertura de la atención del parto institucional para reducir la mortalidad materna y perinatal. Es evidente también que las experiencias de las casas de espera y sus resultados son muy variados; en algunos casos, han mostrado éxito relativo, mientras que en otros simplemente no han funcionado. En las experiencias exitosas, la cobertura se incrementó en 20% —la cobertura base era de 24% y, al finalizar la estrategia, se alcanzó 44%—.

33 MINSa. “Sistematización de la experiencia de la Casa de Espera y Adecuación Cultural de los establecimientos de salud para la atención de la salud materna”. Lima, 2006.

Entre las lecciones aprendidas de la implementación de las casas de espera se puede mencionar la búsqueda de mecanismos para asegurar que la paciente y su acompañante dispongan de alimentación en forma permanente. Esto debido a que las pacientes que se alojan en las casas de espera están en situación de pobreza o extrema pobreza y no cuentan con los recursos necesarios para subvencionar sus gastos una vez instaladas en el lugar. Uno de los mecanismos que ha dado buenos resultados ha sido la alianza del MINSA con los municipios u otras entidades de ayuda social.

Más allá del tema presupuestario y los factores que contribuyen o que condicionan de algún modo el funcionamiento de las casas de espera, es importante tener presente el hecho de que, en las comunidades rurales indígenas, el parto es un hecho que pertenece al ámbito familiar y está condicionado por aspectos culturales incuestionables. El sector Salud debe tener la capacidad de responder en la forma más pertinente a estas características de la población y de institucionalizar aquellas estrategias que se reconocen como válidas para acercar a la población excluida geográficamente a los servicios de salud.

4.10 LOS PROMOTORES DE SALUD (AGENTES COMUNITARIOS DE SALUD)

La incorporación de promotores de salud rural e indígena es otra estrategia utilizada por el MINSA para abordar el problema de las barreras geográficas y culturales. Esta medida fue diseñada con el fin de expandir las acciones del Estado para mejorar la situación de salud de las poblaciones campesinas y nativas. Los denominados promotores de salud son personas que poseen ciertas habilidades y son elegidas por la comunidad para desempeñar esta función; actúan también como nexo entre las políticas sociales del Estado y las comunidades en lo que se refiere a promoción comunitaria.

El trabajo de los promotores de salud ha sido desarrollado desde sus inicios con la participación de la comunidad, pues ellos son elegidos en asamblea sobre la base de una lista de requisitos, tales como la disponibilidad para apoyar a la comunidad, el liderazgo y la representatividad para que su acción sea reconocida por la comunidad desde un inicio.

Los promotores de salud realizan múltiples funciones, tanto en la atención de los individuos como de las familias y de la comunidad en su conjunto. Entre estas tareas destaca la labor educativa desarrollada a través de charlas y

conversatorios en los que se imparten conocimientos referentes a la prevención de enfermedades transmisibles y la salud reproductiva. Como parte de su experiencia, los promotores participan también en labores de educación sanitaria en las escuelas y campañas de salud —vacunaciones, eliminación de basura, etcétera—. Sin embargo, al momento de diseñar las campañas, el trabajo de los promotores es subestimado por el personal de salud, que sólo los considera para que “ayuden”. De esta manera, se subutilizan sus capacidades y conocimientos en cuanto al estado de salud de la población.

En el plano de la salud individual, realizan atención de pacientes a nivel primario, en la que destaca la combinación de métodos de tratamiento como son el uso de medicinas químicas, plantas medicinales y ambos tratamientos a la vez. El uso de ambos métodos de tratamiento ha reforzado la articulación del promotor de salud con la comunidad, puesto que ha logrado integrar enfoques de tratamiento; es decir, realizar un proceso intercultural de atención de la enfermedad. El promotor de salud ha logrado integrar a los hierberos y a las parteras como parte del sistema comunitario de salud; en algunas ocasiones, realiza procedimientos conjuntos con ellos, aunque en otras ocasiones éstos no necesariamente son los más pertinentes.

Actualmente, el MINSA está elaborando nuevas directivas referidas al perfil y el reconocimiento del promotor de salud y otras formas de participación social en salud por parte de la población. En estas directivas se señala que el agente comunitario de salud es reconocido como parte importante del sistema de salud.³⁴ Desde los inicios de este sistema, se lo ha considerado como un apoyo complementario a las acciones de salud desarrolladas en las comunidades. A este respecto, es pertinente realizar un diagnóstico del desenvolvimiento de los promotores de salud, sus procesos de capacitación y su impacto en las zonas en las que trabajan como agentes de cambio.

4.11 PRESUPUESTO RELACIONADO CON LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN DE POBLACIONES EXCLUIDAS Y DISPERSAS

Uno de los puntos más difíciles de abordar es la información financiera acerca de los recursos destinados a atender a las comunidades excluidas

³⁴ Políticas de recursos humanos del MINSA, 2005. Documento no publicado.

geográficamente. Se considera importante presentar el presupuesto del sector público —MINSA— que fue asignado para estas actividades y que se gestionó según la modalidad del Programa de Apoyo a los Acuerdos de Gestión (PAAG). Como se puede observar en el cuadro 4, en los últimos tres años se ha presentado una tendencia a la disminución debido principalmente a tres razones: la desactivación del PAAG, la transferencia directa que el Ministerio de Economía y Finanzas realiza desde 2005 y el proceso de institucionalización de las actividades.

Cuadro 4
INVERSIONES DEL PAAG, PERÍODO 2004-2006

<i>Líneas de inversión del PAAG</i>	<i>2004</i>	<i>2005</i>	<i>2006*</i>
Administración compartida	82.674.270	65.297.033	0
Apoyo a la gestión	9.149.101	8.463.037	8.107.268
Encargos especiales	90.515.963	0	0
Equipamiento	243.784	0	0
Oferta móvil	8.299.001	8.173.106	8.557.894
Personal asistencial	70.606.763	51.541.143	0
Prioridades sanitarias	77.880.260	129.858.457	98.721.353
Promoción de la salud	1.025.917	1.381.550	0
Proyectos	1.996.182	7.086.706	4.271.741
Total de recursos ordinarios	342.391.241	271.801.032	119.658.256
Apoyo a la gestión	111.804	308.638	0
Proyectos	0	0	0
Total de recursos directamente recaudados	111.804	308.638	0
Proyectos	4.034.000	0	12.707.728
Total de donaciones y transferencias	10.078.890	8.582.859	0
Total	356.615.935	280.692.529	132.365.984

* Programado para este año.

Fuente: Rendiciones de cuentas del PAAG 2004 y 2005, y programación del presupuesto 2006. Elaboración propia.

El presupuesto de la oferta móvil ha disminuido durante los dos últimos años y, de acuerdo con los documentos de evaluación del

PAAG que se han revisado, el número de ELITES no sólo ha disminuido en cantidad sino también en calidad, al variar su composición de seis integrantes a tres.

Cuadro 5
PRODUCCIÓN DE PRESTACIONES DE SERVICIOS DE ELITES 2004

DIRESA	2004				
	Recursos ordinarios				
	Población	Atendidos	Atenciones	Extensión %	Intensidad %
Amazonas	6.878	2.645	14.770	38,5	5,58
Áncash	9.644	7.756	56.089	80,4	7,23
Apurímac I	12.549	10.731	44.945	85,5	4,19
Apurímac II	5.851	4.967	24.510	84,9	4,93
Ayacucho	10.623	13.788	63.218	129,8	4,59
Bagua	19.233	11.202	50.660	58,2	4,52
Cajamarca	6.142	4.363	13.192	71,0	3,02
Cusco	23.036	8.690	20.646	37,7	2,38
Huancavelica	32.079	34.222	90.695	106,7	2,65
Huánuco	5.051	4.237	18.599	83,9	4,39
Jaén	23.567	13.675	49.754	58,0	3,64
Junín	50.326	31.595	56.983	62,8	1,80
La Libertad	3.758	3.995	9.089	106,3	2,28
Loreto	39.514	27.282	150.963	69,0	5,53
Madre de Dios	8.858	5.242	26.415	59,2	5,04
Puno	12.038	9.719	10.180	80,7	1,05
San Martín	6.148	5.458	23.456	88,8	4,30
Ucayali	12.081	14.466	50.483	119,7	3,49
Pasco	4.333	5.799	19.332	133,8	3,33
Total	291.709	219.832	793.979	81,8	3,89

Elaboración propia.

En el cuadro anterior se aprecia que, para el año 2004, la prestación de los servicios de salud se ha programado para más de 290.000 personas,

que, se supone, pertenecen a poblaciones excluidas, pero en el ENNIV 2000 se estima que la población excluida de los servicios de salud comprende a alrededor de 2,8 millones de personas. La cobertura de 10% es, a todas luces, totalmente insuficiente y poco significativa para abordar el problema de dispersión.

Cuadro 6
PRODUCCIÓN DE PRESTACIONES DE SERVICIOS DE ELITES 2005

<i>Diresa</i>	<i>2005</i>				
	<i>Recursos ordinarios</i>				
	<i>Población</i>	<i>Atendidos</i>	<i>Atenciones</i>	<i>Extensión %</i>	<i>Intensidad %</i>
Amazonas	4.778	2.555	15.484	53,5	6,06
Áncash	4.698	4.698	64.637	100,0	13,76
Apurímac I	12.549*	2.003	7.415	16,0	3,70
Apurímac II	5.851*	1.384	6.730	23,7	4,86
Ayacucho	10.623*	2.422	8.785	22,8	3,63
Bagua	12.333	20.985	75.202	170,2	3,58
Cajamarca	3.545	12.196	49.291	344,0	4,04
Cusco	6.157	9.128	24.790	148,3	2,72
Huancavelica	32.079*	5.234	15.169	16,3	2,90
Huánuco	7.576	8.238	99.944	108,7	12,13
Jaén	16.103	17.595	45.438	109,3	2,58
Junín	50.326*	4.487	10.236	8,9	2,28
La Libertad	4.156	6.434	20.015	154,8	3,11
Loreto	16.854	45.804	223.807	271,8	4,89
Madre de Dios	4.242	15.352	30.949	361,9	2,02
Puno	3.175	17.343	62.030	546,2	3,58
San Martín	18.296	8.437	46.214	46,1	5,48
Ucayali	10.511	11.007	55.772	140,6	5,07
Pasco	11.826	7.571	30.854	64,0	4,08
Total	235.678	202.873	892.762	184,5	4,76

* Cifra aproximada debido a que no se ha podido contar con la información completa.

Al igual que en los cuadros anteriores, en el cuadro 6 se aprecia una disminución de la cobertura poblacional. Se ejecuta menos que en 2004, y los criterios de extensión e intensidad no son coherentes con la propuesta del AISPED. Sólo se indica, al igual que en 2004, que la programación de la atención es insuficiente y que se debe mejorarla e incrementar el presupuesto.

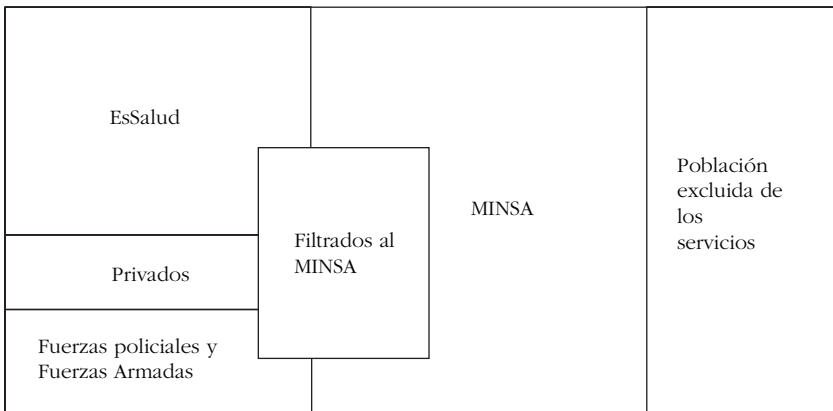
Capítulo 5

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN

5.1 DEL SECTOR SALUD

El Sistema de salud está fragmentado. Por una parte, está el MINSA, que se encarga de la prestación de servicios para la mayoría de la población y dispone de recursos insuficientes para resolver los problemas de salud que ésta presenta. Por otra parte, está el Seguro Social de Salud (EsSalud), responsable del grupo de personas que cuentan con un trabajo legalmente establecido, la Sanidad de la Policía y la Sanidad de las Fuerzas Armadas.

Gráfico 2
SEGMENTACIÓN DEL SECTOR SALUD

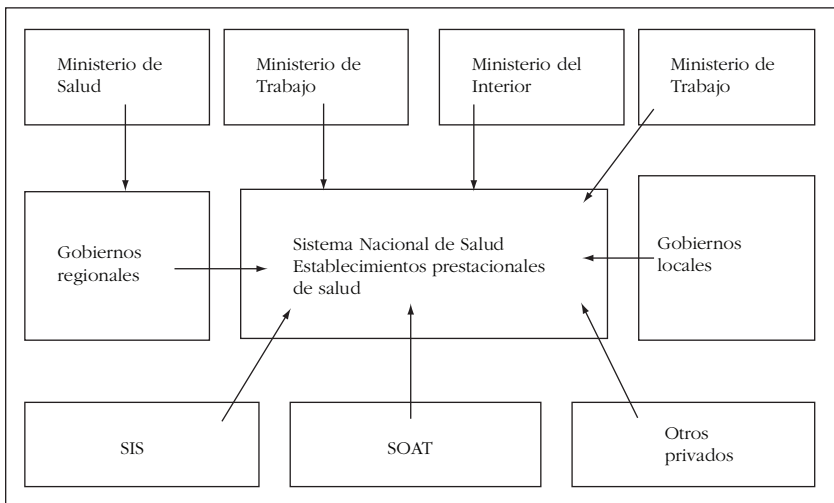


El trabajo desarticulado y segmentado determina que el sistema sea ineficiente y genere duplicidad, inequidad y exclusión. Y en esta última categoría, desafortunadamente, se encuentran las poblaciones más pobres e inaccesibles en términos geográficos.

Este panorama se complica todavía más por la falta de claridad de funciones de las diferentes instancias del gobierno para implementar el proceso de descentralización de la salud. Los gobiernos regionales, de acuerdo con la ley, cumplen un rol normativo técnico y administrativo en lo que corresponde a la salud dentro de su jurisdicción; el Ministerio de Trabajo maneja EsSalud; la Policía y las Fuerzas Armadas cuentan con sus propios sistemas de prestación de servicios; el Ministerio de Transportes está a cargo del SOAT, mientras que los municipios también tienen sus propios sistemas de prestación de servicios de salud.

En el sistema de salud no existe un órgano que permita articular los esfuerzos de todos los sectores y evitar, de este modo, la duplicación de las inversiones y la generación de conflictos, el desorden normativo y los subsidios cruzados, todo lo cual incrementa la inequidad y favorece la inaccesibilidad de los servicios.

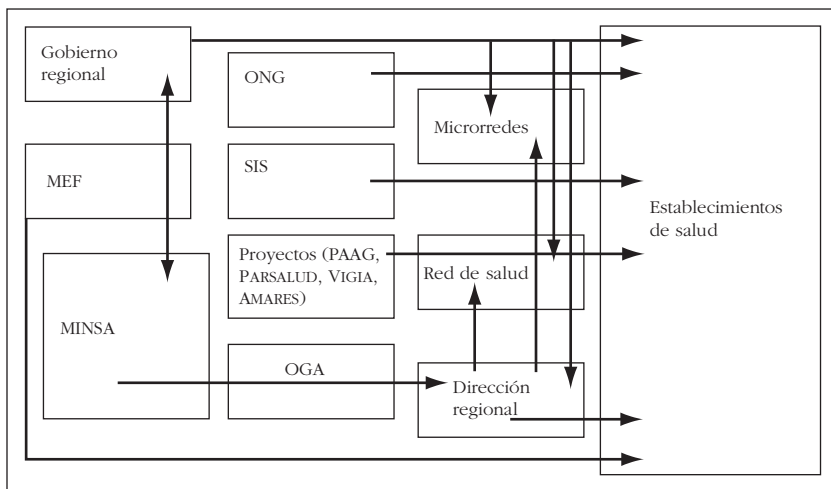
Gráfico 3
ESCENARIOS DE INFLUENCIA EN LAS ACTIVIDADES DE SALUD



5.2 DISTRIBUCIÓN DE LOS RECURSOS DEL SECTOR

En lo referente a la asignación presupuestal, se ha encontrado que los establecimientos de salud tienen diversas fuentes de inversión que pueden llegar en distintas formas:

Gráfico 4
SEGMENTACIÓN DEL PRESUPUESTO EN LAS ACTIVIDADES DE SALUD



Esta multiplicidad de fuentes de financiamiento y la falta de concentración de recursos en los órganos administrativos dificultan la programación del trabajo de los establecimientos de salud y constituyen una de las causas de incremento de la inaccesibilidad a los servicios de salud.

5.3 DEL PRESUPUESTO

Transcribiremos lo expuesto por Paul Hunt, el relator especial de la Organización de las Naciones Unidas, a raíz de su visita al Perú: “Además de elaborar políticas sólidas, es fundamental arbitrar recursos para el sector sanitario y otros conexos para que se cumplan efectivamente muchos

aspectos del derecho a la salud” (énfasis nuestro). A juicio del funcionario, el gobierno no destina suficientes recursos a la salud. El gasto público en salud, que ha supuesto alrededor de 1% del producto interno bruto (PIB), y el gasto total en el concepto de salud como porcentaje del PIB, en torno a 4,5%, son muy exiguos para la región.

La conclusión a la que llega el relator es a todas luces cierta: es evidente que esta situación debe ser revertida. Sólo lograremos la atención integral para todos los ciudadanos y ciudadanas del Perú en tanto exista voluntad política, expresada en una mejor asignación de recursos al sector y en un cambio de la visión del MINSA —desde la dirección nacional y las direcciones regionales— respecto al excluido, que generalmente es indígena.

Existen comunidades o centros poblados ubicados a menos de tres horas de un puesto de salud que cuenta con una técnica en enfermería, que no reciben atención integral desde hace más de dos años. La técnica carece de recursos para trasladarse y opta por “llamar” a los pobladores para que acudan a alguna campaña como las de vacunación; por razones de economía, entre otras, la población no puede trasladarse y se queda sin ser atendida por la enfermera.

En este sentido, existen poblaciones que, de acuerdo con la norma técnica AISPED, deberían estar cubiertas por equipos móviles itinerantes, pero no lo están. La razón es la misma en todos los casos: ausencia de personal y de medios logísticos para realizar el desplazamiento. Si bien esta carencia podría justificarse en algún momento, no se evidencian esfuerzos para cubrirla y la *situación de no atención en salud* de estas personas se convierte en “normal”.

Encontramos también problemas con el abastecimiento. El SIS no repone oportunamente los insumos médicos y los reembolsos de las prestaciones. Los puestos de salud no están abastecidos con material mínimo y el paquete indispensable de medicamentos carece de un abastecimiento continuo; en la selva puede demorar de uno a tres meses. De nuevo vemos cómo la situación de olvido y pobreza vuelve a convertirse en “normal”.

Asimismo, el criterio de *presupuesto histórico* prima sobre los criterios de priorización para atender a la población dispersa. La programación presupuestal obedece a un criterio activista —por actividades grandes—, que utiliza el presupuesto histórico más 10%, a lo que se agrega que en la medida en que la población excluida por razones geográficas no tiene

una densidad alta ni cumple con un perfil epidemiológico alto, es *invisible para el Estado*.

5.4 DE LOS ESTABLECIMIENTOS DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Los trabajadores de los centros y puestos de salud son los prestadores directos de la atención de salud a la población excluida por razones geográficas. Por tanto, son ellos quienes más conocen cuáles son los problemas sanitarios y sus soluciones. Sin embargo, para desarrollar su trabajo, ellos enfrentan una serie de problemas técnicos y administrativos que ocupan gran parte de su tiempo, restando las horas que podrían dedicar a realizar actividades de prestación de salud. Entre los problemas que deben enfrentar los trabajadores de salud para prestar una adecuada atención en sus establecimientos se cuentan los siguientes:

- Las capacitaciones en temas exclusivamente prestacionales se dirigen sólo a los profesionales y dejan de lado al personal técnico; las “réplicas” no se garantizan.
- Existen varios sistemas paralelos de recopilación de información: los formatos de programas tradicionales, la vigilancia semanal de epidemiología, hojas informativas de salud, cuadernos de atención diaria para malaria, bartonella, leishmaniasis, tuberculosis, EDA, infecciones respiratorias agudas, entre otros. Además, el registro de la información es manual.
- La comunicación con los niveles superiores —principalmente los puestos de salud— es deficiente. El sistema de comunicación por radiofonía no es óptimo en muchas zonas.
- Los desplazamientos del personal, además de los días libres por las capacitaciones, generan ausentismo; en muchas ocasiones no hay profesionales de reemplazo.
- Se presenta una carencia de medios de transporte adecuados para acceder a las zonas difíciles.

Si bien la barrera geográfica se ha definido como la distancia que tiene que recorrer la población para alcanzar la prestación del servicio, ésta tiene implicancias de otro tipo. Por ejemplo, si la barrera geográfica ha

sido superada y también se han salvado las barreras económicas, sociales y culturales, el poblador logra llegar al establecimiento, pero eso no le garantiza que recibirá el servicio, pues es posible que no encuentre al personal o que éste no se encuentre suficientemente capacitado. Incluso, si el sistema lo transfiere a otro establecimiento de mayor complejidad, tendrá dificultades para culminar el tratamiento con calidad.

Por otro lado, en los últimos años, con la política de nombramiento establecida por el gobierno de Alejandro Toledo —que en nuestra opinión respeta los derechos de los trabajadores—, el problema de acceso a los servicios se ha agravado, ya que los establecimientos de salud que antes atendían 12 horas al día y contaban con un médico y otros profesionales han pasado a atender sólo 6 horas. Anteriormente, con los contratos había ciertas facilidades para hacer rotar al personal fuera de los servicios hacia comunidades excluidas geográfica, cultural o económicamente, lo que permitía que los equipos de oferta fija pudieran desplazarse hasta los lugares alejados de los servicios de salud. Ahora las dificultades son mayores por los temas de la asistencia, las normas administrativas, el justo reclamo de los derechos sociales, los pagos por desplazamientos, los días libres, las vacaciones y las enfermedades. Al momento de realizar los nombramientos, no se tomó en cuenta la necesidad de incrementar la oferta de personal; muchos trabajadores migraron a las ciudades y hospitales, dejando desprotegida, como siempre, a la población más pobre.

Los hospitales intermedios en estas zonas dispersas tienen sólo el nombre, pues no cuentan con una verdadera capacidad de respuesta para realizar atenciones quirúrgicas de urgencia ni los métodos necesarios. Por lo tanto, no sólo hay carencia en la atención sino que la continuidad no está garantizada.

5.5 DEL ENFOQUE INTERCULTURAL Y DE DERECHOS

Se ha podido constatar que en la percepción que tienen los prestadores del servicio sobre los usuarios prevalecen actitudes discriminadoras hacia las personas provenientes de zonas rurales. Cuando los funcionarios y prestadores no comprenden la cosmovisión de los indígenas ni sus valores —diferentes de los de la sociedad occidental— se genera rechazo. Asimismo, la atención en zonas rurales es tomada por el funcionario como un “castigo”; no existen motivaciones para trabajar

en estos lugares. Por tanto, hay todavía muchas deficiencias en la implementación de los procesos de atención de la salud con enfoque intercultural.

Con relación al derecho a la salud, si bien los documentos que norman y establecen cambios en el sector —y con ello en su personal— apuntan a la integración del enfoque de derechos, en la práctica estas corrientes aún no se implementan. Basta constatar la naturalidad con la que se asume la mortalidad en la selva y la sierra por EDA e IRA. Esto se debe no sólo a la existencia de subregistros sino a la postura asumida por los prestadores de los servicios de salud ante estos hechos.

5.6 LA TRADICIÓN DE DESATENCIÓN DE LAS ZONAS RURALES

Si bien el Estado peruano se ha comprometido a asegurar las condiciones para un acceso universal a la salud en forma gratuita, continua, oportuna y de calidad, con prioridad en las zonas de concentración de pobreza y en las poblaciones más vulnerables —decimotercera política de Estado del Acuerdo Nacional—, una vez más constatamos que las políticas desarrolladas para tal efecto no han sido eficaces para el ejercicio del derecho a la salud de las personas que se encuentran en situación de exclusión.

En los casos analizados —y ni siquiera en todos—, el Estado ha actuado luego de producido el incidente, incumpliendo de esta manera los convenios firmados por el Perú como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que en su artículo 2 establece que los Estados se comprometen a adoptar medidas “hasta el máximo de los recursos de que disponga, para lograr progresivamente, por todos los medios apropiados, inclusive en particular la adopción de medidas legislativas, la plena efectividad de los derechos aquí reconocidos”. En lo que se refiere al derecho a la salud, el artículo 12, inciso 2c, plantea “la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad”.

En efecto, no podemos enunciar los derechos y las libertades cuando se mantienen invisibles a estos sectores tan vulnerables. En este sentido, el reciente proceso de descentralización tampoco ha repercutido favorablemente en estas poblaciones, pues como muestran

los casos de Alto Tuntus y Anedoshiari, las direcciones regionales de salud de Cusco y Amazonas no han desplegado esfuerzos para realizar mínimamente visitas itinerantes a estos centros poblados. Las campañas de vacunación por edades, que en teoría son obligatorias para el Estado, no se han realizado en estas poblaciones. Las enfermedades sujetas a notificación no han sido notificadas. A todo esto, agregamos la existencia de subregistros de mortalidad y morbilidad en las áreas rurales del territorio nacional.

Lo mismo sucede para el caso de la educación, pues las instituciones educativas y los municipios saludables funcionan donde se encuentran implementados; en las zonas rurales, donde los municipios tienen escasos recursos y las instituciones educativas son deficientes, estas innovaciones no funcionan. A modo de ejemplo, queremos señalar que en zonas rurales como la localidad de Breu —Yurúa, Atalaya-Ucayali—, no todas las comunidades cuentan con plazas de maestros. Y en las que sí se ha logrado contratar a profesores, ellos no llegan si no existe un vuelo de apoyo del Estado. En este sentido, las instituciones educativas saludables no podrían implementarse en dichas zonas.

En el año 2005, el relator especial Paul Hunt, en su misión especial al Perú, señaló: “Toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental” y recomendó:

que el gobierno, en colaboración con todas las partes interesadas, formule una política y una estrategia sanitarias generales, fundadas en el derecho a la salud, que combatan la injusticia, las desigualdades, la discriminación y la situación de los pobres (es decir, una política sanitaria equitativa en favor de los pobres).

La recomendación supone tanto una política como una estrategia de salud; es decir, no sólo definir los objetivos sino también cómo alcanzarlos.

Frente a lo anterior, cabe agregar que el ejercicio efectivo de los derechos depende del sistema y la voluntad política, pues tal como lo manifiesta Tejada respecto a los derechos civiles y políticos,

dada la naturaleza más difícil de definir y precisar de los primeros, se hace particularmente compleja y polémica cuando se trata del ejercicio del Derecho

a la Salud. Y es aquí donde se manifiestan en toda su magnitud las “rendijas de escape” [de] que adolecen los DESC: la “progresividad” y la sujeción a la “disponibilidad de recursos”.³⁵

35 Estas peculiares limitaciones asociadas a la realización de los DESC y, por lo tanto, a la realización del derecho a la salud, dejan finalmente en manos del Estado y de los grupos dominantes la determinación de cómo se entiende esa “progresividad” y cuánto significa, en un momento dado, la “disponibilidad de recursos”, por más de que se le añada el término *máximo*. Se deja, pues, la puerta abierta a la discrecionalidad política del poder establecido. En la mayoría de las situaciones, este poder es apenas débilmente contrapuesto por las capacidades de protesta pública, movilización y presión política de los movimientos sociales.

Capítulo 6

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

1. La exclusión geográfica determina también exclusión cultural y estas barreras son históricas. Los pueblos indígenas y las poblaciones rurales enfrentan los mayores problemas en el ejercicio de sus derechos, al ser comunidades extremadamente pobres. La invisibilidad en la que se encuentran permite que los índices de mortalidad y desnutrición crónica de estas personas se mantengan constantes.
2. A pesar de que el Estado peruano ha suscrito una serie de tratados internacionales que reconocen el pleno ejercicio de los derechos fundamentales de la persona, las estrategias que ha abordado para superar las barreras económicas, culturales y geográficas no surten un efecto positivo por no estar acompañadas de una voluntad política que indique la correspondencia en la distribución de los recursos.
3. Existen importantes avances en la normativa propuesta por el sector Salud para abordar las barreras geográficas; en este sentido, el plan estratégico institucional, el Modelo Integral de Salud y la norma técnica del AISPED deben ser reconocidos por sus valiosos aportes. En éstos se incorporan los enfoques de género, interculturalidad y desarrollo basado en derechos, lo que coloca a este sector a la vanguardia de los otros sectores estatales. Sin embargo, no hay coherencia entre la importancia enunciativa de la exclusión y la asignación de los recursos para implementar estas estrategias.

4. Podemos señalar que la persona excluida tiene las siguientes características: es pobre, rural, indígena, carente de servicios básicos —educación y salud entre ellos—, habla un idioma diferente del castellano y se encuentra en una situación de discriminación y negación constante de sus derechos y libertades fundamentales.
5. Existen poblaciones que, de acuerdo con la norma técnica AISPED, deberían ser cubiertas por equipos móviles itinerantes pero ello no se produce. La razón es la misma es en todos los casos: ausencia de personal y medios logísticos para realizar el desplazamiento. Si bien esta ausencia podría justificarse en algún momento, no se evidencian esfuerzos para cubrir las carencias y la desatención de la salud de estas personas se convierte en una situación “normal”.
6. Si bien el trabajo de los equipos ELITES —actualmente sujetos a la norma técnica del AISPED— es elogiado, por lo general sus esfuerzos no son suficientes para atender las demandas de salud de las poblaciones excluidas, debido a que los escasos recursos asignados a estos grupos no permiten realizar visitas frecuentes en las que se pueda brindar una atención integral en un tiempo razonable, y que además cubran a todas las comunidades excluidas.
7. La programación de las visitas de las brigadas de salud debe realizarse de manera coordinada entre los puestos de salud, los centros médicos, la red y la DIRESA, de tal manera que las actividades no se dupliquen innecesariamente y se pueda cubrir a la población que se encuentra en situación de mayor vulnerabilidad.
8. Se deben replantear los criterios de atención de las brigadas de salud. No siempre la población que se encuentra a tres horas de distancia de un puesto de salud recibe atención integral debido a que éste no cuenta con personal médico sino sólo con un técnico de enfermería. Asimismo, la población que se encuentra geográficamente dispersa —como las comunidades nativas— responde a cosmovisiones diferentes de la occidental, que deberían ser comprendidas por el sector como parte del enfoque intercultural que propone.
9. La alta rotación del personal de salud no permite sistematizar las experiencias exitosas en el trato a las poblaciones excluidas.
10. Los establecimientos de salud no están abastecidos con el material mínimo indispensable, pues el SIS no repone los insumos médicos

de manera oportuna. El olvido y la pobreza vuelven a convertirse en una situación de “normalidad”.

11. En el sistema de salud no existe un órgano que permita articular los esfuerzos de todos los sectores y evitar, de este modo, que se dupliquen las inversiones, se generen conflictos y desorden normativo, y se otorguen subsidios cruzados que incrementan la inequidad y favorecen la inaccesibilidad de los servicios. En este sentido, la creación del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud aún no ha producido resultados.
12. La alta dispersión de las inversiones de los órganos administrativos dificulta la programación del trabajo de los establecimientos de salud y, por lo tanto, también es una de las causas del incremento de la inaccesibilidad a los servicios de salud.

6.2 RECOMENDACIONES

Las recomendaciones propuestas, orientadas a garantizar la atención de las poblaciones excluidas geográficamente, están divididas en tres grandes grupos:

6.2.1 A nivel de las políticas nacionales

- A nivel nacional, la atención de las comunidades excluidas debe convertirse en un programa del MINSA que goce del mismo nivel de importancia que las estrategias sanitarias, con la finalidad de asegurar un proceso de implementación, seguimiento y monitoreo, así como de garantizar la disponibilidad de fondos en forma permanente.
- Es preciso identificar con claridad a las comunidades excluidas geográficamente en el ámbito nacional y desarrollar un plan de intervención concertado con los diferentes sectores. A la vez, éste debe ser un instrumento para focalizar la intervención de las diferentes agencias de cooperación internacional.
- Los lineamientos para la atención integral deben ser desarrollados en el marco de un enfoque intercultural y la operativización de los programas debe estar a cargo de los niveles regionales.

- Se debe colocar en la agenda de la descentralización el tema de la atención de las comunidades excluidas geográficamente y considerarlas como poblaciones de prioridad regional.
- Hay que reconocer la labor del promotor de salud y su aporte a la atención sanitaria de las poblaciones excluidas. Este reconocimiento debe expresarse en la asignación de fondos para el trabajo de los servicios de salud con los promotores de salud.
- Es necesario promover la investigación operativa sobre salud indígena y la articulación de la medicina tradicional al sistema oficial de salud, tomando en cuenta los aspectos socioculturales de las comunidades.
- Los indicadores sanitarios deben reflejar la inclusión de las poblaciones excluidas y la disminución de las barreras geográficas. Uno de estos indicadores determinará explícitamente la cobertura de atenciones de las poblaciones geográficamente excluidas.
- Los fondos para la atención de las comunidades excluidas deben ser transferidos a los gobiernos regionales.
- El total de la población excluida debe ser incorporado al SIS para que reciba atención sanitaria.
- Es necesario que se desarrollen estrategias que permitan estimular la presencia del personal profesional en los establecimientos de salud más alejados y en las zonas rurales, principalmente de la Amazonía y los Andes.

6.2.2 *A nivel de los servicios de salud*

- *Incremento de la oferta fija.* Las comunidades alejadas y pobres tienen derecho a contar con un establecimiento cercano en el que se resuelvan con eficacia y calidad los principales problemas. Es necesario contar con un plan de inversiones por cada región que incluya la creación y construcción de nuevos establecimientos de salud en las zonas alejadas.
- *Fortalecimiento de la oferta fija* de los servicios de salud que atienden a comunidades excluidas geográficamente. Este fortalecimiento de la oferta fija debe tener un enfoque integral; es decir, debe considerar:

- Las condiciones de infraestructura y equipamiento.
 - La disponibilidad de recursos humanos profesionales para la atención en salud, de preferencia procedentes de la zona y bilingües.
 - El desarrollo permanente de un programa de capacitación y fortalecimiento de los técnicos de enfermería de los establecimientos de salud del primer nivel de atención.
 - La necesidad de dar prioridad al equipamiento, con medios de transporte y comunicación adecuados para cada zona en la que existan comunidades inaccesibles.
 - La adecuación cultural de los servicios de salud.
 - La incorporación de la medicina tradicional en la práctica médica como una estrategia para disminuir las brechas en la atención en salud.
- *Fortalecimiento de la oferta itinerante básica:* en este aspecto, las regiones en las que hay comunidades con alta exclusión geográfica deben disponer de equipos de atención itinerante en forma permanente, con la finalidad de asegurar que haya prestación de servicios de salud y que éstos sean complementarios con la oferta fija. Los equipos de prestación de salud itinerante deben considerar los siguientes aspectos:
 - Deben ser multidisciplinarios e incluir en su conformación a un profesional de ciencias sociales que tenga amplio conocimiento de las características de la población objetivo.
 - Es necesario que dispongan de equipos modernos y portátiles para la atención sanitaria primaria.
 - Deben identificar a la población que experimenta necesidades que se puedan resolver en las campañas de atención médica especializada.
 - *Atención médica especializada:* debe ofrecerse con cierta periodicidad a este tipo de población. Para ello, es preciso organizar equipos locales con personal proveniente de los hospitales regionales, capaz de resolver problemas de salud que no pueden asumir las brigadas de atención básica ni la oferta fija de servicios de salud.

6.2.3 *A nivel de la relación entre los servicios de salud y la comunidad*

- Fortalecimiento del trabajo de los agentes comunitarios de salud y del sistema comunitario de salud
 - Capacitar a los promotores de salud, parteras y sanitarios, en forma permanente y de acuerdo con las prioridades sanitarias de la región.
 - Potenciar las capacidades de las poblaciones rurales e indígenas a través de la formación no escolarizada de promotores, parteras y sanitarios. Se debería ir avanzando progresivamente en la recuperación de los conocimientos y saberes locales.
 - Asegurar la educación continua y las acciones de seguimiento a los agentes comunitarios de salud con la finalidad de establecer relaciones estables y continuas entre los servicios de salud y la comunidad.

- Sistema de vigilancia comunal en salud
 - Implementar un sistema de vigilancia comunal de salud que incluya un subsistema de notificación de enfermedades y problemas de salud prioritarios.
 - Dotar a las comunidades excluidas de equipos de comunicación que aseguren la oportunidad de la notificación.
 - Involucrar a la comunidad en el sistema de vigilancia comunal.

- Salud y desarrollo
 - Realizar diagnósticos participativos con el personal de las DIRESA y las redes para conocer su situación operativa y sus percepciones sobre la población local.
 - Promover y validar las acciones de participación de la comunidad en la gestión de los servicios, aprovechando las experiencias existentes de los comités locales de administración de salud (CLAS) y los sistemas de vigilancia comunal.

6.2.4 Acciones operativas

- Realizar un diagnóstico profundo, en el ámbito de cada DIRESA, para conocer cuántas poblaciones se encuentran excluidas geográficamente. Este diagnóstico, además, deberá identificar a los actores relevantes: organizaciones sociales, ONG, cooperantes y sectores vinculados al servicio de salud.
- Financiar sostenidamente las casas de espera, incluida la capacitación al personal de salud, tanto en conocimientos tradicionales de atención como en el respeto a la diversidad cultural. Estas casas de espera deberán contar, además, con programas que permitan la manutención de la paciente y sus acompañantes.
- Desarrollar un plan de capacitación y reconversión laboral para el total del personal de salud de los establecimientos de primer nivel.

6.3 ORGANIZACIÓN DE LAS MEDIDAS SUGERIDAS

Se plantea realizar acciones partiendo del hecho de que las comunidades excluidas geográficamente deberían contar por lo menos con prestaciones de salud a nivel primario, a través de diferentes estrategias no necesariamente permanentes.

6.3.1 Cien días

- Elaborar diagnósticos regionales para conocer cuáles son las poblaciones que se encuentran en situación de exclusión geográfica.
- Realizar diagnósticos participativos con el personal de las DIRESA y las redes para conocer el número, la ubicación y las características sociosanitarias de las comunidades dispersas y excluidas.
- Adecuar la norma AISPED a las realidades regionales y locales.
- Capacitar a los promotores de salud, las parteras y los sanitarios, en forma permanente y articulada al sistema sanitario regional y local.
- Establecer indicadores sanitarios que reflejen la inclusión de las poblaciones excluidas y la disminución de las barreras geográficas. Uno de estos indicadores debe ser explícito, para determinar la cobertura de atenciones de las poblaciones geográficamente excluidas.

- Estandarizar criterios sobre la articulación de las estrategias con el MAIS y los indicadores de seguimiento de éstas.
- En el corto plazo, los presupuestos asignados tanto a los equipos ELITES como a los contratos de PSBPT y a las asociaciones CLAS (cogestión de servicios de salud) deben ser transferidos directamente a los gobiernos regionales.
- Replantear las funciones del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado tomando en cuenta el objetivo de lograr que sea más equitativo e inclusivo.
- Los gobiernos locales deben contribuir a implementar estrategias que permitan que las poblaciones excluidas cuenten con medicamentos y personal capacitado para resolver los problemas de prestación de servicios de salud de primer nivel.
- Promover y validar las acciones de participación de la comunidad en la gestión de los servicios, aprovechando las experiencias existentes de las asociaciones CLAS y los sistemas de vigilancia comunal.
- Realizar, a partir de las estadísticas disponibles, la distribución geográfica de la ampliación de cobertura de las poblaciones excluidas; esto debe incluir convenios vinculantes con empresas petroleras, madereras, extractivas, mineras y otras, a fin de que sean parte del sistema de salud y garanticen la continuidad de la atención.
- Especificar con claridad la función que cumplen los niveles del sistema de salud y lo que se espera de ellos respecto a la integración de las poblaciones excluidas geográficamente.
- Desarrollar mecanismos y espacios para la intercomunicación entre las unidades de línea y de apoyo del MINSA.

6.3.2 Un año

- A partir de la identificación de las comunidades consideradas como excluidas por las barreras geográficas, determinar qué estrategias propuestas por el sector son las más adecuadas de acuerdo con las particularidades regionales.
- Desarrollar el plan de capacitaciones con perspectiva intercultural, orientado a mejorar la interrelación del personal de salud con los pobladores de las comunidades.

- Elaborar un diagnóstico para conocer la articulación del sector a nivel interno: las DIRESA con las direcciones generales y el Consejo Descentralizado, así como con los gobiernos locales.
- Diagnosticar e identificar las necesidades de recursos humanos, infraestructura y equipos de los establecimientos de salud.
- Desarrollar comités macrorregionales que permitan a las DIRESA intercambiar información y proteger a las poblaciones excluidas de sus jurisdicciones.
- En el marco del desarrollo de las acciones de los establecimientos de salud, se deben incorporar las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación desde el primer nivel de atención.
- El MINSA debe diferenciar el pago y reglamentar el uso de los recursos del SIS para la atención específica de las poblaciones excluidas.
- Desarrollar un plan de capacitación y reconversión laboral para la totalidad del personal de salud de los establecimientos de primer nivel.
- Desarrollar acciones que permitan estimular la presencia de personal profesional en los establecimientos de salud más alejados y de las zonas rurales, principalmente en la Amazonía y los Andes.
- Enmarcar las acciones de salud en las políticas y los planes de desarrollo de los gobiernos locales y regionales.

6.3.3 *Cinco años*

- Implementar de manera progresiva establecimientos de salud en las zonas excluidas y dispersas.
- Integrar todos los establecimientos de salud del primer y segundo nivel en alguna modalidad de cogestión.
- Todas las comunidades de las zonas rurales deben contar con medios de telecomunicación e informática que les permitan acceder a respuestas médicas sobre la atención primaria de salud.
- Reconocer a los agentes comunitarios de salud como parte del sistema de salud y valorar su trabajo.
- Incorporar el sistema de medicina tradicional a los servicios de salud para profundizar la atención culturalmente adecuada.
- Los gobiernos regionales, a través de sus DIRESA, desarrollarán un plan de ampliación de la cobertura de salud en las poblaciones inaccesibles geográficamente.

BIBLIOGRAFÍA

AMNISTÍA INTERNACIONAL PERÚ

2006 Índice AI: AMR 46/004/2006.

COMISIÓN DE LA VERDAD Y RECONCILIACIÓN

2003 *Informe Final*. Lima: CVR.

HEISE, María (comp.)

2001 *Interculturalidad: Creación de un concepto y desarrollo de una actitud*. Lima: Programa Forte-PE.

HUNT, Paul

2003 *Informe provisional del Relator Especial de la Comisión de Derechos Humanos sobre el Derecho de Toda Persona al Disfrute del Más Alto Nivel Posible de Salud Física y Mental*. Naciones Unidas. Disponible en <www.unhchr.ch.pdf>.

MINISTERIO DE SALUD

2006 “Sistematización de la experiencia de la Casa de Espera y Adecuación Cultural de los establecimientos de salud para la atención de la salud materna”. Lima.

2004 Norma técnica AISPED. Lima.

2002 *Atención a poblaciones excluidas*. Lima.

2001 Lineamientos de política sectorial para el periodo 2002-2012 y fundamentos para el Plan Estratégico Sectorial del quinquenio agosto 2001-julio 2006. Lima.

MINISTERIO DE SALUD-DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD AYACUCHO

- 2001 “Modelo de intervención en sociedades excluidas”. Documento no publicado.

ORGANIZACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS

- 2002 “Proyecto de directrices sobre la integración de los derechos humanos en las estrategias de reducción de la pobreza”. Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos. Naciones Unidas. HR/PUB/2002/5. Disponible en: <http://www.unhchr.ch/development/guidelines_fr.pdf>.
- 2000 *Observación General 14. El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud: 11/08/2000. Cuestiones sustantivas que se plantean en la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales*. E/C.12/2004.
- 1993 *Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social: la Declaración de Copenhague y el Programa de Acción*. Nueva York.

PETRERA, Margarita

- 2002 “Financiamiento en salud”. En Juan Arroyo (ed.). *La salud peruana en el siglo XXI, retos y propuestas de políticas*. Lima: Consorcio de Investigación Económica y Social-DFID-Proyecto Policy.

PROGRAMA DE LAS NACIONES UNIDAS PARA EL DESARROLLO

- 2002 *El PNUD y los pueblos indígenas: una política de compromiso*. Nueva York.

PROYECTO QHAPAQ ÑAN

- 2003 *Informe de Campaña 2002-2003*. Lima: Instituto Nacional de Cultura.

SUBIRATS, Joan

- 1989 *Análisis de políticas públicas y eficacia de la administración*. Madrid: INAP.

TEJADA PARDO, David

- 2004 “Informe final de la consultoría ‘Principales problemas conceptuales y prácticos del ejercicio del derecho a la salud’”. Lima: Defensoría del Pueblo.

s. f. “Sesgos interpretativos y limitaciones en la realización de los ‘derechos sociales’”. Documento no publicado.

SIGERIST, H.

1974 “La profesión del médico a través de las edades”. En *Historia y sociología de la medicina*. Bogotá: Selecciones.

VERONELLI, J. C.

1992 “Experiencias innovadoras en la prestación de servicios masivos de salud en América Latina”. En *Introducción a la salud pública materno-infantil y perinatal*. Montevideo: Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, pp. 123-210.