

N° 449

DERECHO A LA SALUD,
CÁNCER Y POLÍTICA
FISCAL EN EL PERÚ

Pedro Francke

DOCUMENTO DE TRABAJO N° 449

DERECHO A LA SALUD, CÁNCER Y POLÍTICA FISCAL EN EL PERÚ

Pedro Francke

Enero, 2018

DEPARTAMENTO
DE **ECONOMÍA**



DOCUMENTO DE TRABAJO 449

<http://files.pucp.edu.pe/departamento/economia/DDD449.pdf>

Derecho a la salud, cáncer y política fiscal en el Perú
Documento de Trabajo 449

© Pedro Francke (autor)

Editado e Impreso:

© Departamento de Economía – Pontificia Universidad Católica del Perú,

Av. Universitaria 1801, Lima 32 – Perú.

Teléfono: (51-1) 626-2000 anexos 4950 - 4951

econo@pucp.edu.pe

<http://departamento.pucp.edu.pe/economia/publicaciones/documentos-de-trabajo/>

Encargado de la Serie: Jorge Rojas Rojas

Departamento de Economía – Pontificia Universidad Católica del Perú,

jorge.rojas@pucp.edu.pe

Primera edición – Enero, 2018.

Tiraje: 50 ejemplares

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N° 2018-01213

ISSN 2079-8466 (Impresa)

ISSN 2079-8474 (En línea)

Se terminó de imprimir en enero 2018.

Resumen

El Perú registra grandes desigualdades sociales y un bajo gasto público en salud. Ha avanzado en enfermedades transmisibles y salud materno-infantil, pero las no transmisibles hoy constituyen tres quintas partes de la carga de enfermedad y hay 45 mil nuevos casos de cáncer al año.

La baja inversión social y centralización de la atención del cáncer discriminan contra los indígenas. Un tercio de limeñas ha hecho mamografía en los últimos 2 años pero apenas 4% en zonas rurales. La cobertura del Papanicolaou, un examen preventivo básico, llega solo a 50% en sierra y selva. En Lima se concentran casi tres de cada cuatro de los especialistas y hay un alto costo del tratamiento.

Habiendo gozado el Perú del *boom* de las materias primas, el Estado ha actuado de manera tardía e insuficiente ante el cáncer. Recién a partir de 2012, luego de 8 años de auge fiscal, se estableció un programa público de prevención y control. El cáncer da cuenta del 18% de las muertes en el Perú, pero menos del 6% presupuesto en salud, apenas 0,12% del PBI. Mientras entre 2008 y 2012 la recaudación tributaria aumentó de USD 13 mil a 26 mil millones anuales, en 2012 el programa contra el cáncer solo recibía 130 millones anuales. Desde el 2014 la recaudación tributaria ha caído y el gobierno ha frenado el gasto en salud y en especial en cáncer, que ha registrado reducciones presupuestales el 2016 y 2017.

Palabras Clave: Salud, Política Fiscal, Derechos sociales, Políticas Públicas

Códigos JEL: H51, I14, I18.

Abstract

Peru is a country of great social inequalities and low public expenditure in health. There have been advances in communicable diseases and maternal and infant health, but non-communicable diseases constitute 60 per cent of the burden of disease and there are 45 000 new cancer cases per year.

Low social investment and a centralized system of cancer care discriminate against indigenous people. One third of women in Lima have had a mammography in the last two years but only 4 per cent in total areas. Papanicolau, a basic preventive exam for cervix cancer, covers only 50% of women in the Andean and jungle regions. Lima concentrates three of every four cancer specialists and the costs of treatment are high.

Having Peru benefit from the commodities prices boom in the last decade, the policy against cancer has been slow and insufficient. Only from 2012, after eight years of fiscal plenty, a public program against cancer was established. Cancer accounts for 18% of all deaths in Peru but less than 6% of the national health budget, equivalent to only 0,12% of GDP. Between 2008 and 2012 fiscal revenues increased from USD 13,000 to 26,000 million, however, in 2012 the budget for cancer was only USD 130 million. Since 2014 fiscal revenues have gone down and the government has reduced the budget for cancer in 2016 and 2017.

Key Words: Health, Fiscal Policy, Social Rights, Public policy

JEL Codes: H51, I14, I18.

DERECHO A LA SALUD, CÁNCER Y POLÍTICA FISCAL EN EL PERÚ

ÍNDICE

Introducción

- 1. Cáncer: Derecho a la salud, desigualdad y política fiscal**
- 2. Cáncer y derecho a la salud en el Perú**
 - 1. Cáncer: mortalidad encima del promedio mundial*
 - 2. Promoción de la salud: Leyes claves que se quedan sin aplicar*
 - 3. Prevención: afectando el derecho a la salud con riesgos elevados y desiguales*
 - 4. Detección y tratamiento oportuno: vacíos y desigualdades*
 - 5. Desigualdades en la asignación de recursos contra el cáncer*
- 3. Esfuerzos de política y el marco jurídico**
 - 1. Contexto político, jurídico y económico*
 - 2. Políticas de salud 2000-2015 y el derecho a la salud*
 - 3. Finalmente el estado actúa frente al cáncer: el Plan Esperanza*
- 4. Evaluación de los recursos disponibles para el derecho a la salud y en particular el al cáncer**
 - 1. Economía y Política Fiscal*
 - 2. Macroeconomía, fiscalidad y gasto social en el milenio actual*
 - 3. Gasto en Salud, tendencias y cambios.*
 - 4. Desigualdad en la distribución de recursos en salud*
 - 5. Gasto público contra el cáncer*
- 5. Evaluación general de los factores políticos y de política fiscal en relación al derecho a la salud frente al cáncer**
- 6. Recomendaciones: Fiscalidad y derecho a la salud**
 - 1. Reforma de la salud para atender viejas desigualdades y los retos del nuevo perfil epidemiológico*
 - 2. Políticas fiscales y derecho a la salud*
- 7. Bibliografía**
- 8. Anexos**
 - 1. La administración presupuestal y la gestión pública en salud*
 - 2. Indicadores del gasto en salud y en cáncer*

Introducción

En el Perú, las grandes desigualdades sociales y económicas son de las mayores del mundo y el gasto público en salud es uno de los menores de la región, lo que ha hecho que seamos un país con serios déficits en el goce efectivo del derecho a la salud.

Durante las últimas 2 décadas, políticas de salud orientadas a la atención primaria y materno-infantil han logrado importantes avances en controlar enfermedades transmisibles y una fuerte mejora en la tasa de mortalidad infantil y materna, lo que ha reducido de manera importante las brechas hacia grupos de menores ingresos rurales e indígenas en este terreno aunque sigue habiendo muchas muertes de madres y niños y niñas evitables bajo una desigualdad inaceptable.

Más importante aún es que se mantiene una fuerte desigualdad y para la mayor parte de los peruanos una imposibilidad de goce de derechos en relación a las enfermedades no transmisibles, que hoy constituyen tres quintas partes de la carga de enfermedad en el Perú, y dentro de las cuales el cáncer ocupa un lugar preponderante.

El que la salud y el derecho a la misma no pueden restringirse a las enfermedades transmisibles y la salud materno-infantil ha sido reconocido por las Naciones Unidas en su revisión de los Objetivos del Milenio. En efecto, de acuerdo a lo establecido en los Objetivos de Desarrollo Sostenible el derecho a la salud no puede evaluarse exclusivamente para el grupo materno-infantil, sino que se debe “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”.

La Organización Mundial de la Salud - OMS ha incorporado la lucha contra las enfermedades no transmisibles como uno de sus objetivos centrales. Esto es particularmente relevante para el Perú, puesto que más del 60% de la Carga de Enfermedad en el Perú hoy corresponde a enfermedades no transmisibles y apenas 25% a transmisibles (el resto corresponde a lo que se conoce como “causas externas”: accidentes y violencia). Hemos escogido para un análisis a mayor profundidad el cáncer, porque ocupa un lugar importante en este grupo de enfermedades con 45 mil nuevos casos cada año (MINSU-DGE (2014)). Además, el cáncer es la única que ha merecido un programa especial del Estado (el llamado “Plan Esperanza” lanzado por el anterior gobierno) con fondos especialmente destinados a ese fin (Programa presupuestal 0024 prevención y control del cáncer) que representa lo más avanzado en materia de respuesta pública frente a las enfermedades no transmisibles, a pesar de lo cual como veremos se está lejos de haber logrado un derecho pleno a la salud en esta área y se registran riesgos significativos de retroceso. De esta manera, enfocándonos en el grupo de enfermedades no transmisibles donde el Estado peruano ha hecho mayores esfuerzos, resultará evidente el escaso avance respecto al derecho a la salud en relación a las enfermedades no transmisibles en general.

La atención del cáncer es una en la cual las enormes desigualdades, producto de un escaso gasto público y centralización de la atención, han llevado a una grave discriminación contra las poblaciones más pobres, en particular los pueblos indígenas y poblaciones rurales. Aunque un tercio de los limeños de 40 a 59 años han tenido una

consulta preventiva del cáncer en los últimos 2 años, en las zonas rurales es apenas uno de cada siete. Mientras casi un tercio de las limeñas se ha hecho una mamografía en los últimos 2 años, apenas una de cada veinticinco en las zonas rurales lo ha tenido. Incluso la cobertura del Papanicolaou, un examen para detectar tempranamente y prevenir el cáncer cervical que requiere una capacidad resolutive básica, llega a 65% en las ciudades pero solo a 50% en la sierra y selva, y en las zonas rurales y entre las mujeres pobres un tercio no conoce los resultados de la prueba que se hicieron.

En total sólo 20% de las mujeres de 30 a 59 años se han hecho un examen clínico de mamas en los últimos doce meses. También en este caso existe una fuerte desigualdad en contra de las zonas rurales, la sierra y la selva, y para los grupos de mayor pobreza, donde la cobertura de examen de mamas está alrededor del 10%, frente a 30% en Lima y 36% en el quintil superior. Tanto la menor información de las madres respecto de la necesidad de este examen como la menor disponibilidad de médicos especialistas en estas regiones son factores detrás de esta discriminación.

Si bien no existen datos estadísticos poblacionales respecto de cuántas personas con cáncer no son atendidas, o lo son muy tardíamente, es claro que el alto costo del tratamiento del cáncer representa una barrera no solamente para aquellos declarados estadísticamente pobres, sino también para quienes podemos llamar vulnerables. A esto se suma un sistema de salud cuyo alcance a hacia zonas rurales deja importantes espacios sin cubrir y/o donde la atención no previene ni detecta a tiempo este tipo de enfermedades. Por otro lado, la fuertísima centralización del tratamiento del cáncer en Lima, donde se concentra más de la mitad del presupuesto y casi tres de cada cuatro de los especialistas, señala también la enorme dificultad de acceder a diagnóstico y tratamiento en regiones, en especial las zonas más rurales y alejadas: regiones completas como Huancavelica, Amazonas, Huánuco, Apurímac, Ayacucho y Cajamarca, siendo de las más pobres del Perú, no tienen ningún oncólogo. Para quienes han logrado acceder a tratamiento gracias al SIS, más de la mitad de los 5 tipos de cánceres cubiertos entre 2012 y 2015 fueron diagnosticados en los estadios II y IV de la enfermedad, con posibilidades de recuperación reducidas.

Consolidado el Perú como un país de ingresos “medios altos”, habiendo gozado de una década de fuerte crecimiento económico y auge fiscal gracias al *boom* de las materias primas, el Estado ha desarrollado políticas y ha destinado recursos a este problema de manera muy tardía e insuficiente. Recién a partir de 2012, luego de 8 años de boom macroeconómico y fiscal, el cáncer fue materia de un programa público especial de prevención y control, el que hoy prioriza los 7 cánceres de mayor prevalencia: Cuello uterino, Mama, Colon, Estómago, Próstata, Leucemias y Pulmón (eran solo los 5 primeros el 2012). El cáncer representa el 14% de la carga de enfermedad en el Perú, pero menos del 6% presupuesto en salud y apenas 0,12% del PBI.

Mientras entre el 2008 y el 2012, años de mayor auge del boom minero, la recaudación tributaria se duplicó aumentando en 13,000 millones de dólares anuales (de 13 mil a 26 mil millones), al final de ese periodo el programa contra el cáncer solo recibía 130 millones de dólares anuales, menos del 1% del ingreso adicional recaudado por el Estado

en este periodo. La evaluación es más crítica al considerar que el Estado solamente ha capturado una pequeña parte de la renta extraordinaria producida durante el boom minero, calculada en 139,000 millones de dólares para el periodo 2003-2015. En síntesis, durante el boom minero, hubo abundantes recursos económicos a la par que se dejaba sin el derecho a la salud, sobre todo por enfermedades no trasmisibles y atenciones complejas de alto costo, a millones de peruanos. Así el Estado prefirió dejar que la mayor parte de las ganancias se quedaran en las empresas privadas y no priorizó el derecho a la salud, en particular en relación al cáncer.

Pasado el boom de altísimos precios de los metales, desde el 2014 la recaudación tributaria ha caído, reduciendo el espacio fiscal, sin una respuesta adecuada del gobierno para garantizar el derecho a la salud. Entre el 2014 y el 2016 el gobierno ha incurrido en un déficit fiscal creciente, sin embargo, ha frenado totalmente la tendencia creciente en el gasto en salud y en especial en cáncer (mientras otras enfermedades no trasmisibles como salud mental, diabetes y enfermedades del corazón siguen aún menos atendidas). Para 2016 el presupuesto inicialmente aprobado implicaba un recorte en la atención de salud, lo que llegó a generar tantos problemas que el nuevo gobierno se vio obligado a una ampliación presupuestal de emergencia para el sector salud. Tanto el 2016 como el 2017 han visto reducirse el presupuesto para el Seguro Integral de Salud y el cáncer en términos absolutos. La política fiscal del nuevo gobierno se ha decidido por una de ajuste del gasto corriente y tímidas medidas recaudatorias, que obligan a una política de austeridad en el gasto que afecta al sector salud y, en particular, frenan los lentos e insuficientes avances en relación a la ampliación del derecho a una atención de salud de calidad, en particular en el caso del cáncer.

1. Cáncer: Derecho a la salud, desigualdad y política fiscal

El que una niña o un anciano puedan morir, sufrir o quedar severamente discapacitada mientras eso puede ser evitado con los conocimientos, técnicas y recursos disponibles para la humanidad, nos resulta particularmente repugnante. El derecho a la salud tiene una gran fuerza y sustento social precisamente por el imperativo moral de que las diferencias en salud, que tienen una gravitación tan importante en la calidad de vida y en la vida misma, son inaceptables.

Siendo los derechos humanos indivisibles, esta aserción se aplica de manera muy especial al derecho a la salud, cuya vulneración pone muchas veces en riesgo el derecho a la vida y constituye además un elemento fundamental para poder disfrutar del derecho a la educación, al trabajo, a la participación ciudadana y a otros derechos humanos.

Las desigualdades en salud son particularmente odiosas y éticamente inaceptables al reflejar inequidades en la longitud de la vida y en problemas tan esenciales para la calidad de la vida como la discapacidad y el sufrimiento.

Tales desigualdades tienen además efectos que se expanden a lo largo de la sociedad y de diversos aspectos de la vida de las personas, obligando en muchos casos a que mujeres sacrifiquen sus proyectos de vida por cuidar a sus hijos y familiares en un contexto de roles de género marcadamente inequitativos, a que niños no puedan progresar en su educación y desarrollo personal, a que personas y familias no puedan sostenerse económicamente por encima de la línea de pobreza y a que vean sus posibilidades de lograr justicia severamente recortadas.

En el caso del cáncer, el alto costo de la enfermedad si no se tiene cobertura financiera puede fácilmente hacer que una familia agrave dramáticamente su situación de pobreza. Esto es particularmente relevante en el Perú, dado que “la mayor parte de la población del Perú es aún vulnerable al riesgo de volver a caer en la pobreza. En el Perú, 40,5% de la población ha dejado la pobreza pero enfrenta una probabilidad no trivial de regresar a la pobreza” (Genoni y Salazar 2015: 244). En un año 22% de los hogares enfrenta un evento adverso que reduce sus ingresos o activos, siendo los *shocks* negativos de mayor frecuencia los relacionados a la salud: 32% (Genoni y Salazar 2015: 259).

Para enfrentar estos problemas, el derecho a la salud implica diversas obligaciones generales, tales como la de respetar – no realizar acciones que afecten este derecho-, proteger – evitar que terceros puedan realizar acciones que afecten el derecho a la salud-, y garantizar progresivamente su plena realización. Los Estados han venido asumiendo, de acuerdo a sus compromisos en los tratados internacionales de derechos humanos, un rol creciente en garantizar el derecho a la salud. En esa línea se encuentran iniciativas internacionales para lograr la cobertura universal de la atención de salud, las

que han sido impulsadas desde la OMS y el Banco Mundial¹ y respaldadas por una resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

Estas iniciativas se relacionan con el hecho de que en diversos países de ingresos medios, como el Perú, se han logrado avances significativos en relación a las metas establecidas para las enfermedades transmisibles y la salud materno-infantil señaladas en los Objetivos del Milenio. Gracias a ello, en la actualidad en el Perú (como en muchos países en vías de desarrollo) estas enfermedades ya no constituyen el principal problema de salud, lo que resalta el que los derechos a la salud no se limitan a un grupo de enfermedades ni a un grupo poblacional. En correspondencia con eso, tras hacer un balance de los Objetivos del Milenio, las Naciones Unidas en sus Objetivos de Desarrollo Sostenible han establecido que la meta es “Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades”, detallando que “para promover la salud física y mental y el bienestar, y extender la esperanza de vida para todos, debemos lograr cobertura universal en salud y acceso a atención de salud de calidad”. Previamente, “la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y Control de las Enfermedades No transmisibles terminó con una declaración política (La Declaración sobre Enfermedades No Transmisibles), posteriormente asumida por la Asamblea General, que señala a las enfermedades no transmisibles como una amenaza para el desarrollo y como causa y consecuencia de la pobreza y desigualdad” (Schmidt y Banhill 2015).

Lograr avances en la atención de la salud hacia la cobertura universal demanda, sin embargo, abordar y avanzar en el tema crítico del financiamiento. Si, como dicen, la salud no tiene precio, definitivamente sí tiene un costo, el que no es pequeño: alrededor del mundo los países que se acercan a una cobertura universal destinan un 5% a 6% de su PBI a la salud pública (WHO 2010), pero el Perú apenas si llega a la mitad de esa cifra.

Es importante en este caso no sólo el monto total destinado a la salud, sino también la forma como se organizan los flujos de ese dinero, ya que la forma del pago directo de los consumidores al proveedor del servicio, conocida como ‘pago de bolsillo’ es muy inequitativa dado que el acceso a la atención depende de la capacidad económica inmediata de cada persona. En este caso, existe la posibilidad de que las personas tengan que enfrentar enfermedades de alto costo que pueden llevarlas a la pobreza o, ante la imposibilidad de cubrir ese financiamiento requerido, a la muerte o discapacidad permanente. Un financiamiento de la salud basado en gastos de bolsillo es también económicamente ineficiente debido a las grandes fallas de información en los mercados de los servicios de salud, las medicinas y los recursos humanos.

Es por esto que, en materia de derechos humanos, los Estados tienen deberes específicos tales como el de movilizar hasta el máximo de los recursos disponibles para que los derechos sociales sean gozados por todos sus ciudadanos a plenitud, para que

¹ La “Universal Health Coverage Alliance” está formada por The Rockefeller Foundation, World Bank Group, World Health Organization, Oxfam, Save the Children, Management Sciences for Health, Action for Global Health, CapUHC, Community Working Group on Health, Global Parliamentary Network on UHC, Public Health Foundation of India.

termine toda discriminación y exclusión y para que no haya retrocesos en relación con las conquistas sociales alcanzadas en situaciones de crisis económicas, todo lo cual se aplica de manera especial al derecho a la salud.

El problema del financiamiento es particularmente importante para asegurar el derecho a la salud en relación al cáncer, por el alto costo que tienen muchos de los casos de esta enfermedad. Un estudio revela que solo el costo de los medicamentos llega a 25 mil soles para un cáncer de mama y 23 mil para un cáncer gástrico, 22 mil para un cáncer de próstata y 71 mil para un cáncer de pulmón (AIS LAC 2009), equivalentes este último a más de 10 años de ingresos de una persona trabajando con el salario mínimo. El cáncer es una de las enfermedades que viene teniendo creciente importancia en el mundo y en el Perú, a partir de un cambio demográfico y epidemiológico en el que van disminuyendo la importancia de enfermedades transmisibles y va aumentando la importancia de las enfermedades llamadas no transmisibles o crónico-degenerativas. En el Perú, el cáncer responde por el 8% de toda la carga de enfermedad, dentro del 60% correspondiente a enfermedades no transmisibles.

Existe, por diversos factores, una gran desigualdad social respecto a esta enfermedad. Esta desigualdad comienzan con la menor educación e información que tienen los pobres en relación a los factores que facilitan el cáncer; siguen con la ausencia de una política universal y pro-pobre de vacunación contra el VPH y otras medidas preventivas; continúan de manera crítica con un sistema de salud que mantiene fuertes barreras a indígenas, pobladores rurales y pobres para su acceso a consultas médicas integrales que incluyan la identificación de síntomas y la aplicación de métodos de diagnóstico temprano que eviten los mayores riesgos del cáncer; y muestra su peor cara con las diferencias en el acceso oportuno al tratamiento. En efecto, al tener el cáncer en muchos casos un costo de tratamiento sumamente elevado incluso para sectores no considerados oficialmente pobres, se establece una barrera insuperable para algunos, generando una discriminación en el goce del derecho a la salud que en demasiados casos resulta ser, literalmente, asunto de vida o muerte².

No se puede tampoco dejar de remarcar que las diferencias en torno al cáncer se hacen presentes no solo en las posibilidades de continuar con vida, sino también en la muerte y en los últimos días de vida de las personas, que en muchos casos estar llenos de sufrimiento, dolor e indignidad que pueden ser evitados.

Otro elemento a considerar son los efectos que el cáncer tiene sobre los familiares del paciente, que deben en muchos casos sumar, a la enorme angustia que esta enfermedad trae, la urgencia de conseguir grandes montos de dinero para su tratamiento,

² *"In most countries, people who have a low socioeconomic status and those who live in poor or marginalised communities have a higher risk of dying from non-communicable diseases (NCDs) than do more advantaged groups and communities (...) People in low-income countries and those with low socioeconomic status also have worse access to health care for timely diagnosis and treatment of NCDs than do those in high-income countries or those with higher socioeconomic status", Di Cesare M, Khang Y-H, Asaria P, Blakely T, Cowan MJ, Farzadfar F et al (2013)*

precisamente en circunstancias en que por cuidar a su ser querido pueden prestarle menos atención a su trabajo.

Frente a estas desigualdades, el tema del financiamiento resulta crítico en la asequibilidad a los servicios, que además, deben ser oportunos porque de lo contrario el riesgo de perder la vida se incrementa día a día. En el Perú el peso del “pago de bolsillo”, dadas las exigencias de un sistema público de salud que descarga parte importante del costo sobre los pacientes, es en general una causa importante de que muchos peruanos no gocen efectivamente del derecho a la salud; esto es especialmente relevante en el caso del cáncer, debido a los altos costos de muchos tratamientos y a las consecuencias muy graves que puede tener el demorar el tratamiento unos meses mientras la familia consigue de alguna manera los fondos necesarios.

Existen sin embargo diversos otros costos para quienes tienen cáncer, que agravan las desigualdades y se constituyen en barreras para el disfrute del derecho a la salud para quienes no tienen recursos económicos o estos son muy limitados. Está el costo que pueden tener el traslado del paciente y el mantenimiento para él y sus cuidadores, alojamiento y comidas, en los días y semanas que puede requerir un tratamiento contra el cáncer en Lima u otra ciudad principal³, muy importante para quienes viven en zonas rurales que es precisamente donde la pobreza es mayor. Están los medicamentos y costos de atención de problemas nutricionales y de salud causados por el tratamiento o la enfermedad. Está, también la pérdida de ingresos por muchos días de trabajo no realizado, muy importante en un país como el Perú en el que más de tres cuartas partes de la población no tiene seguridad social. Todos estos problemas añaden *stress* emocional, ansiedad y generan hasta depresión, convirtiendo el problema del cáncer también en un problema de salud mental, de la misma persona y/o de sus familiares, que a su vez pueden requerir recursos adicionales.

Esta realidad hace que la política fiscal, y como la política tributaria su sustento financiero principal, tenga un rol clave en los avances que puedan lograrse para el goce efectivo del derecho a la salud. Si se quiere tener una atención de salud de mayor cobertura y calidad, uno de los requisitos (no el único, por cierto), es tener los recursos económicos para ello. Los Estados, al decidir determinadas políticas tributarias (que determinan los ingresos corrientes que pueden obtener) y políticas presupuestarias o de gasto (que determinan qué prioridad se otorga a la salud pública) establecen los recursos disponibles para atender esta necesidad y de esa manera definen de una manera central el nivel de disfrute que sus ciudadanos puedan tener del derecho a la salud.

³ Ver al respecto el reportaje del diario La República del 12 de marzo de 2017: “Dos noches en el frío piso del hospital neoplásicas”. No hemos encontrado estudios en el Perú al respecto.

2. Cáncer y derecho a la salud en el Perú

1. Cáncer en el Perú: mortalidad creciente y encima del promedio mundial

Según relata un informe sobre el cáncer en Latinoamérica (The Economist Intelligence Unit 2017), “El cáncer ya es la segunda causa de mortalidad en América Latina, y la carga económica que exige se incrementará notablemente en los años venideros. En los 12 países del estudio, el cáncer es el causante del 19 % de las muertes en promedio, y en 2 países es el responsable de un cuarto o más de la mortalidad. En gran medida, debido al envejecimiento y al crecimiento de la población, la incidencia de cáncer y la mortalidad (si no se hace algo al respecto) en América Central y América del Sur seguirán aumentando marcadamente entre 2012 y 2035. Se prevé que la cantidad de casos aumentará en 91 % durante este período”

El Perú registra una transición epidemiológica que ha hecho que las enfermedades transmisibles pierdan importancia respecto de las no transmisibles, siendo una de las de mayor mortalidad y carga de enfermedad el cáncer. Como resume el Banco Mundial (2016: 23): “Dentro de la transición epidemiológica surgen otras condiciones como las neuropsiquiátricas, tumores malignos, problemas cardiovasculares (MINSa 2010, 2012). Entre 1990 y 2010, el porcentaje de (la) carga debida a trastornos maternos, neonatales y nutricionales se redujo de 54 % a 28 %, mientras que el peso de las enfermedades no transmisibles aumentó de 37 % a 62 % (IHME 2013; WDI 2016). El costo de atención de estas enfermedades requiere nuevas o mayores asignaciones presupuestales, mientras se continúa necesitando recursos para atender las enfermedades infectocontagiosas como la tuberculosis y los problemas perinatales”.

Este cambio está relacionado a cambios demográficos. La carga de enfermedad en niños de 0 a 4 años es ahora el 28% del total de años de vida saludables perdidos, bastante menos que en décadas anteriores, y “las condiciones maternas” son la decimocuarta (n° 14) causa de pérdida de salud en las mujeres en general (MINSa 2014).

El Ministerio de Salud realizó al 2013 un “Análisis de la Situación del Cáncer en el Perú 2013”, algunos de cuyas principales estadísticas son las siguientes:

- *“De acuerdo a las estimaciones realizadas por la Agencia Internacional de Investigación en Cáncer (IARC) y publicadas en el GLOBOCAN del año 2008, se estima que la incidencia acumulada de cáncer en nuestro país es de 157.1 casos por 100 000 habitantes, siendo esta notablemente más alta en mujeres que en varones (174.9 por 100 000 versus 140.9 por 100 000); si estas cifras son proyectadas a la población peruana de aproximadamente 30 millones de habitantes, se tiene que cada año se diagnostican más de 45 000 casos nuevos de cáncer”.*
- *“El número de AVISA (años de vida saludables) perdidos por cáncer (Tumores malignos) fue de 418 960 que constituyen el 8.0% de la carga de enfermedad nacional siendo superados sólo por las enfermedades neuropsiquiátricas, las*

lesiones no intencionales, las condiciones perinatales y las enfermedades cardiovasculares”⁴.

- *“Los cánceres con mayor carga fueron los de estómago, los hematológicos (Leucemias) y el de cérvix.(..) En el sexo femenino los más frecuentes son los cánceres de cérvix, mama y estómago; mientras que, en el sexo masculino los más frecuentes son los de estómago, próstata y piel”.*
- *“Se estima que para el año 2011, se produjeron a nivel nacional un total de 30 792 defunciones por cáncer con una tasa ajustada de mortalidad de 107 defunciones por 100 000 habitantes, los departamentos con mayor tasa ajustada de mortalidad por cáncer fueron Huánuco, Amazonas, Huancavelica, Pasco y Junín”.*
- *“Aunque la incidencia general del cáncer es menor en América Latina (tasa estandarizada por edad de 163 por 100 000) que en Europa (264 por 100 000) o los EE UU (300 por 100 000), la mortalidad sigue siendo mayor. Este hecho se debe principalmente a la ocurrencia de cáncer en etapas más avanzadas y está en parte relacionado con un menor acceso a los servicios de salud para el tratamiento”.*

Una comparación internacional muestra que la tasa de mortalidad por cáncer en el Perú (107 por 100,000 en 2011) es más alta que el promedio mundial (IARC 2014). Cada día se estima que mueren alrededor de 30 hombres y 37 mujeres por cáncer en el Perú.

De la mortalidad en el Perú por cáncer, un 51% son hombres (MINSa 2013). La mayor parte de las muertes (más de 2/3) ocurre encima de los 60 años de edad, en especial entre los hombres. De los casos de cáncer notificados, el 61.8% correspondieron al sexo femenino y el 38.2% al sexo masculino; sin embargo, el cálculo muestra los hombres tienen más AVISA perdidos (2,77 millones) que las mujeres (2,48 millones), debido a que la mortalidad por esta causa es más temprana en las mujeres.

Los cánceres de mayor mortalidad para el año 2011 fueron los de estómago, hígado y pulmón (MINSa 2013:66). En relación a los principales cánceres en las mujeres, el Perú en relación a otros países es relativamente menor en incidencia y tasa de mortalidad de cáncer mama, pero mayor en incidencia y mortalidad de cáncer cervical (Ginsburg et al 2017).

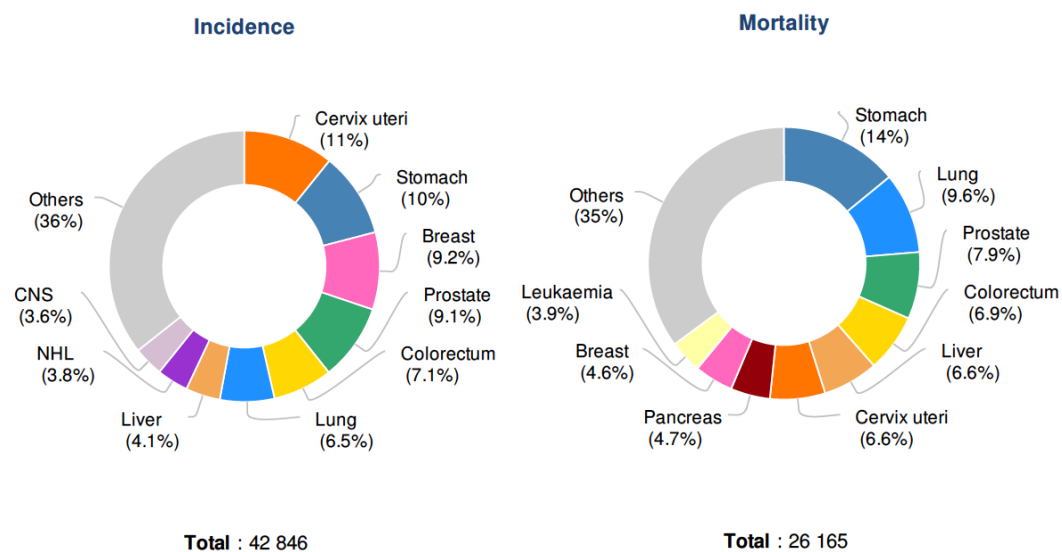
La tendencia de la mortalidad por cáncer en el Perú es creciente (MINSa 2013:16), en un resultado claramente contradictorio con la exigencia de los tratados internacionales de derechos humanos en el sentido que no debe haber retrocesos en el disfrute de los derechos. En efecto, de acuerdo al último análisis disponible (MINSa 2013:61), para el quinquenio 2007-2011 se observa una tendencia levemente ascendente de las defunciones por cáncer a nivel nacional con un pico en el año 2008, con un comportamiento similar tanto en el sexo masculino como en el sexo femenino.

⁴ Sin embargo MINSa (2015) – Plan Esperanza-Memoria, señala que “Desde 2000, el cáncer se ha constituido en la segunda causa de muerte en nuestro país (17%)...A 2012, el número de años de vida saludable (AVISA) perdidos por cáncer fue de 420,024, lo que constituyó el 7.2% de la carga de enfermedad. El costo económico fue equivalente a 900 millones de dólares”. Vidaurre et al (2017) indican que el cáncer responde por el 18% de las muertes,

Hay que anotar que esta tendencia coincide con los estudios internacionales, ya que se proyecta a nivel mundial (IARC 2014: x) que la carga de enfermedad del cáncer aumente en 70% en los próximos veinte años. La OPS (2012) estima que el número de muertes por cáncer en las Américas aumentará de 1,2 millones a 2,1 millones entre 2008 y 2030, debido al envejecimiento de la población, consumo de tabaco y alcohol, obesidad, contaminación ambiental y radiación solar, que son factores causales. Sin embargo, para The Economist Intelligence Unit (2017), “Resulta menos claro si el riesgo subyacente del cáncer en general está aumentando. Es difícil conseguir series cronológicas de datos sobre la incidencia de cáncer (...) entre 1997 y 2006, no se habían producido cambios en la incidencia general estandarizada por edad en Argentina, Brasil, Chile y Costa Rica”. Anota que los tipos de cáncer cambian drásticamente, con algunos más asociados al desarrollo económico (mediante mayor urbanización, sobrepeso y obesidad) creciendo en especial los cánceres de mama, colon y próstata, que tiene mayor prevalencia en países con economías más avanzadas. Mientras tanto, otros factores de riesgo como virus o bacterias pueden ser más controlados a medida que los países tienen más recursos económicos, tales como el papiloma humano causante de cáncer de cuello uterino, hepatitis que causa cáncer al hígado y el *helicobacter pylori* que causa cáncer al estómago. Así, en palabras de un experto, el Dr Murillo, citadas en The Economist Intelligence Unit (2017), “en la región «tenemos cáncer asociado a la riqueza así como a la pobreza. Tenemos un patrón mixto y no nos estamos ocupando particularmente bien de ninguno de ellos»”.

Por su parte, Seinfeld y Beltrán (2012), en proyecciones para el Perú al 2062, considerando que la proporción de personas mayores de 65 años pasaría de 6% el 2007 a 21% el 2062, estiman que “la incidencia de los siete tipos de cáncer que representan las causas más importantes de mortalidad en el país pasará de los 23.065 casos en el 2008 a 83.686 casos en el 2062; es decir, aumentará en 263% en un lapso de cincuenta años”.

GRÁFICO 1



Fuente: Globocan - WHO

2. Promoción de la salud: Leyes claves que se quedan sin aplicar

En el caso de los cánceres hay diversos factores de riesgo importantes anotados por la OMS (WHO 2017) y por el Ministerio de Salud (2013:19): De acuerdo a la OMS, “Alrededor de un tercio de las muertes por cáncer se debe a los cinco principales factores de riesgo conductuales y dietéticos: índice de masa corporal elevado, ingesta reducida de frutas y verduras, falta de actividad física, consumo de tabaco y consumo de alcohol.”. Hay que anotar que “las desigualdades sociales en factores de riesgo responden por más de la mitad de las desigualdades en las principales enfermedades no trasmisibles, especialmente para enfermedades cardiovasculares y cáncer de pulmón”.

El derecho a la salud en relación al control y reducción de estos riesgos implican diversas medidas legislativas y regulatorias, siendo necesario destacar dos por las evidentes fallas que evidencian en el Perú: el control del tabaquismo y la promoción de la alimentación saludable.

Estima la OMS a nivel mundial que “El tabaquismo es el principal factor de riesgo y ocasiona aproximadamente el 22% de las muertes por cáncer” (WHO 2017). El control del uso de tabaco es considerado una de las intervenciones más costo-efectivas en la lucha contra las enfermedades no trasmisibles, de acuerdo al plan respectivo de la OMS. Sin embargo, un 11 por ciento de la población peruana fuma, con mayor incidencia entre los hombres (18%), población de 20 a 29 años (16%), urbana (12%) y en la selva (14%), siendo la edad promedio para empezar a fumar diariamente los 24 años de edad (INEI 2017: cuadros 1.8 y 1.11). En el Perú existe la Comisión Nacional de Lucha Anti-Tabáquica y el país ha firmado el 2005 el Convenio Marco de la OMS para el Control de Tabaco, a pesar de lo cual la ley nacional de control de tabaco N° 28705 y su modificatoria ley N° 29517 “no cumplen plenamente los requisitos del Tratado. Adicionalmente, se ha observado que en las disposiciones relativas a la aplicación del artículo 13 y sujetas a un plazo de tiempo, la aplicación no es eficaz o necesita ser fortalecida” (MINSA-OPS-OMS (2015:10). En particular, “La ley no es totalmente acorde con el CMCT de la OMS en algunas áreas tales como la implementación de una prohibición total de la publicidad, promoción y patrocinio del tabaco, donde Perú no cumplió el plazo de cinco años (28 de febrero de 2010) como se requiere en el artículo 13.1 del Convenio” (MINSA-OPS-OMS 2015: 22). La aplicación de estas medidas contra el consumo de tabaco es resistida por la industria de cigarrillos aunque con ello afecte el derecho a la salud. Una medida que sí se tomó el 2015 fue que se subieron los impuestos a los cigarrillos de 7 centavos a 18 centavos por unidad, aunque algunos expertos han cuestionado algunos aspectos de la medida⁵, por lo que se propone ahora

⁵ Según Carlos Urrunaga de Centrum, “en el caso del cigarrillo, no es un monto tan grande, económicamente hablando. “Las autoridades del MEF deberían informar si el aumento del ISC es un pedido del Ministerio de Salud para bajar el consumo de cigarrillos” en http://www.centrumaldia.com/index.php?K=32&id=2474#.WTHbxGg1_IU.

seguir subiendo paulatinamente ese impuesto en 1 punto por año⁶. De acuerdo al Economist Intelligence Unit, estamos entre los cuatro países latinoamericanos que están peor en relación a desincentivar el consumo de cigarrillos estableciendo impuestos que eleven los precios.

CUADRO 1

	1990		2013		Variación relativa entre 1990 y 2013	
	Hombres adultos	Mujeres adultas	Hombres adultos	Mujeres adultas	Hombres adultos	Mujeres adultas
Argentina	57 %	49 %	56 %	48 %	-1 %	-1 %
Bolivia	50 %	45 %	52 %	62 %	4 %	38 %
Brasil	38 %	44 %	53 %	58 %	38 %	33 %
Chile	62 %	58 %	68 %	64 %	10 %	10 %
Colombia	36 %	50 %	53 %	57 %	46 %	14 %
Costa Rica	50 %	33 %	55 %	67 %	10 %	99 %
Ecuador	38 %	66 %	40 %	70 %	7 %	5 %
México	56 %	56 %	67 %	71 %	20 %	27 %
Panamá	8 %	15 %	21 %	31 %	158 %	105 %
Paraguay	59 %	70 %	63 %	73 %	6 %	4 %
Perú	43 %	51 %	45 %	67 %	6 %	30 %
Uruguay	56 %	50 %	60 %	53 %	6 %	6 %
Promedio	46 %	49 %	53 %	60 %	26 %	31 %

Fuentes: M. Ng. et al., «Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013», *Lancet*, 2014; cálculos de The Economist Intelligence Unit.

Extraído de The Economist Intelligence Unit (2017): “Control del cáncer, acceso y desigualdad en América Latina. Una historia de luces y sombras”.

Un segundo factor fundamental es la mala alimentación, con bajo consumo de frutas y verduras y prevalencia de “comida chatarra” industrializada y de alto contenido de sodio, azúcares y grasas trans, que es un factor de riesgo de la obesidad, varios cánceres y otras enfermedades no transmisibles como la diabetes mellitus y las dolencias cardiovasculares. De acuerdo al MINSA (2013), “el bajo consumo de frutas y verduras (está) asociado a cánceres del tracto gastrointestinal (estómago, colon y recto). En cuanto a dieta no saludable “el consumo excesivo de sal y comidas ahumadas se asocia a cáncer de estómago; asimismo, el consumo excesivo de azúcares, grasas animales y carnes rojas se asocia a cáncer de colon”. También “se ha documentado en obesos un incremento del riesgo de padecer cáncer de esófago, cérvix, mama, colon, recto, riñón, páncreas, tiroides y vesícula biliar. El porcentaje de cánceres atribuidos a la obesidad

⁶ “Se debe subir ISC al cigarro un punto por año para desincentivar su consumo. Afirma Centrum Católica”, en <http://www.andina.com.pe/agencia/noticia-se-debe-subir-isc-al-cigarro-un-punto-ano-para-desincentivar-su-consumo-669106.aspx>

varía de acuerdo al tipo de cáncer llegando hasta el 40% en el caso de los cánceres de endometrio y esófago”.

Las estadísticas indican que en el Perú apenas 11% de personas de más de 15 años consumen 5 porciones de frutas y/o verduras al día (ración recomendada según estudios internacionales), porcentaje que se reduce a solo 5% en las zonas rurales, que son las de mayor pobreza (INEI 2017: cuadro 1.20). Un 18% de la población sufre de obesidad, que llega a 23% entre las mujeres y a 24% en la costa (INEI 2017: cuadro 1.23) con tendencia creciente y más de la mitad de los adultos tienen sobrepeso.

En las últimas décadas, de 1990 a 2013, este problema se ha agravado seriamente, habiendo aumentado la obesidad y sobrepeso en 6 puntos porcentuales entre los hombres y 30 puntos (i) entre las mujeres, según reporta la siguiente tabla de The Economist Intelligence Unit (2017):

A pesar de estos hechos, tras haberse aprobado por el Congreso y promulgado la Ley 30021 de Alimentación Saludable en mayo del 2013, la misma a la fecha no se aplica. Debido a que la ley plantea la obligación de las empresas de etiquetar sus productos informando cuando tienen altos contenidos de sodio, azúcares o grasas trans, la ley es resistida por las empresas industriales⁷, mientras que la sociedad civil organizada en Forosalud (plataforma de organizaciones sociales, sociales, asociaciones de pacientes y ONGS), colegios profesionales y defensores de los consumidores han venido insistiendo en la necesidad de su reglamentación y aplicación. El gobierno anterior (2011-2016) demoró la reglamentación y finalmente solo se animó a publicar un proyecto para recoger opiniones tres días antes del fin de su periodo⁸. Finalmente se aprobó el reglamento de esta ley el 15 de junio de 2017 mediante DS 017-2017-SA; sin embargo, a diciembre del 2017 todavía no se aprueba el manual de advertencias publicitarias que es necesario para que empiecen a correr los 6 meses para que se aplique la primera etapa de exigencias en el etiquetado, mientras en el Congreso de la República se han presentado proyectos de ley (y aprobado en la comisión de defensa del consumidor) modificando el etiquetado propuesto por el MINSA, lo que reduciría y su efectividad según lo ha señalado la OPS-OMS.

3. Prevención: afectando el derecho a la salud con riesgos elevados y desiguales

En estas secciones pondremos más énfasis en los cánceres de cérvix, dada su alta prevalencia, mortalidad y carga de enfermedad, las posibilidades de prevención

⁷ Ver por ejemplo <http://elcomercio.pe/economia/peru/gremios-alimentos-bebidas-polemica-parametros-ley-223559> y <http://gestion.pe/economia/95-bebidas-y-refrescos-mercado-no-cumpliria-requisitos-ley-alimentacion-saludable-2149197>

⁸ Mediante Resolución Ministerial N° 524-2016 del 25 de julio de 2016.

mediante una vacuna disponible hace varios años, y la discriminación contra las mujeres y la violación de su derecho a la salud que representa la inacción respecto de las mismas.

De acuerdo a la literatura médica, el principal factor de riesgo para cáncer cervical es la infección por el virus del papiloma humano (VPH).

Para las mujeres, el “cáncer cervical es altamente prevenible mediante intervenciones de salud pública como la vacunación contra el VPH a mujeres entre 9 y 13 años, y el tamizaje para detectar lesiones precancerosas está entre las pocas estrategias muy costo-efectivas de acuerdo al Plan de Acción Global, para la prevención y el control de enfermedades no trasmisibles (2013-2010) de la OMS” (The Economist Intelligence Unit 2017, traducción propia). En el Perú, se estima que un 7,5% de mujeres tienen el VPH (MINSa 2017).

Para el caso del cáncer de cérvix, la transmisión sexual del virus del papiloma humano (VPH) constituyó la principal causa de muerte en países de bajos y medianos ingresos (Danaei et al 2005). Existe disponible la vacuna contra el VPH, que para ser efectiva debe aplicarse antes de que se genere el riesgo de contagio, el que viene con las primeras relaciones sexuales. Según Denny et al (2017) el cáncer cervical es altamente prevenible y una vacunación universal contra el VPH a todas las niñas de 12 años podría prevenir en el mundo 690 mil casos y 420 mil muertes anuales. Los autores estiman que la vacuna del VPH puede prevenir el 70% de casos de cáncer de cérvix. A pesar de la efectividad de esta vacuna y haber declarado que se aplicaría de manera universal a niñas de 5to de primaria⁹, el estado peruano no ha tenido una política clara, recursos y transparencia en la información para lograr una cobertura universal. No hay información pública de monitoreo y de las coberturas en los años anteriores.

En relación a esta vacuna no hemos encontrado información oficial de las coberturas logradas. Una fuente señala que “En el año 2011 la cobertura fue de 34.9% (100,417). En el año 2012 la cobertura fue de 18.4% (52,850) si sumamos dos años de cobertura veremos que apenas se alcanzó una cobertura de 53.2% (153,267) dejándose de vacunar 134,661 niñas. En el año 2013 corresponde a la cohorte del mismo año con una cobertura de 6.78 % (17,879). El MINSa reinició la vacunación contra el VPH en octubre del 2014. Ese año la cobertura de vacunación fue de 0.83% (4,356) En lo que corresponde a la cobertura de vacunación en el año 2015 la cobertura de vacunación fue de 28.69% (151,002). Es importante, resaltar que iniciaron con la 1ra dosis en el año 2014 y 2015, 318,533 niñas y solo culminaron con su 3ra dosis de 155,358 pre adolescentes, es decir, más del 50 % de las niñas no completaron su esquema de vacunación”¹⁰. Hay que señalar, sin embargo, que no estos datos no provienen de una fuente oficial, dado que no existe información pública al respecto, siendo llamativo el

⁹ La Resolución Ministerial 510-2013-SA del 15 de agosto de 2013 establece en su acápite 6.2.15 que “Se vacuna al 100% de las niñas del 5° grado de primaria (o si la niña no estudia el referente es tener 10 años de edad”

¹⁰ Voces Ciudadanas (2016): “Cobertura histórica vacunación contra el VPH según región de salud Perú 2011-2015 lima, agosto 2016”, en <http://www.vocesciudadanas.pe/imagenes/COBERTURA%20HISTO%CC%81RICA%20VACUNACIO%CC%81N%20CONTRA%20EL%20VPH%202011-2016.pdf>

secretismo con el que se manejan estos datos. Para el 2017 el presupuesto para VPH ha aumentado a 70 millones de soles, frente a 40 millones el 2015 y el 2016, y nada registrado para años anteriores¹¹. Por su parte, en octubre de 2016 la ministra de salud informó que “en el VPH nuestro objetivo es el 90% de niñas entre 5º y 6º de primaria. En 94 días se elevó la cobertura de vacunación nacional contra el VPH de 10% a 55%”¹².

Parte del problema se debe al escaso conocimiento de la población: apenas el 48% de la población total, 31% en lo rural y el 56% de las mujeres sabe que el VPH es causa de cáncer (INEI 2017: cuadro 2.2). Si bien no hay información estadística que permita conocer que sectores han tenido menos acceso a la vacuna, además de esta menor información tanto la cobertura de la atención de salud como de otras vacunas señalan claramente que serían las poblaciones rurales e indígenas las más afectadas en cuanto su derecho a la salud.

Haciendo un balance de la política peruana en cuanto a prevención y detección temprana del cáncer, The Economist Intelligence Unit 2017 (gráfico 16) califica al Perú como el cuarto peor de Latinoamérica, con un puntaje de 2,4 frente a 4,0 de México y 3,7 de Chile.

4. Detección y tratamiento oportuno: vacíos y desigualdades

En el Perú es bastante reducida la proporción de cánceres que son detectados mediante un programa de detección temprana. Según MINSa (2013) “el 5.6% de los casos de cáncer de cérvix notificados (922/16 374), el 0.4% de los cánceres de mama (49/11 340) y el 0.2% de los cánceres de próstata (15/6359) fueron diagnosticados mediante un programa de detección precoz o tamizaje”.

El porcentaje de la población que se ha realizado algún chequeo para descartar algún tipo de cáncer en los últimos dos años es minoritario: 25% entre los 40 y 59 años de edad, que son aquellos encuestados en la ENDES - Encuesta Nacional de Demografía y Salud y el grupo en mayor riesgo, en particular entre los hombres (9%) y en las zonas rurales (15%) donde la situación es bastante peor que en Lima donde apenas una de cada tres personas se ha realizado un chequeo (INEI 2017: cuadro 2.3). Como se ve, la desigualdad en contra de las zonas rurales, que son las más pobres, es muy grande.

Hay además métodos específicos para determinados cánceres de alta prevalencia, como el bastante difundido internacionalmente “papanicolau” para el cáncer cervical. De acuerdo a Danny et al (2017), para el cáncer cervical los programas de detección basados en citología (conocida como papanicolau) no son adecuados para países de ingresos medios-bajos; sin embargo, Perú es un país de ingresos medios-altos. En el Perú se registra un alta proporción de mujeres que no se han hecho una prueba de papanicolau

¹¹ El que no haya gasto presupuestal registrado en VPH antes del 2015 seguramente se debe a la forma como se registran los gastos, ya que sí hay vacunaciones contra el VPH antes de esa fecha.

¹² Ver <http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=21997>.

en los últimos 3 años: 40% de mujeres no se la han hecho, porcentaje que sube a 48% en las zonas rurales y un 50% en sierra y selva (INEI 2017: cuadro 2.6).

Pero no todas las mujeres que se han hecho un papanicolau realmente están prevenidas de riesgo: un 20% de ellas no conocieron sus resultados (INEI 2017: cuadro 2.7), porcentaje que sube a 35% en la sierra rural y en el quintil de menores ingresos, de tal manera que pueden tener cáncer o tener alto riesgo de tenerlo, sin saberlo ni en consecuencia tomar las acciones necesarias para hacerle frente, lo que hace que las consecuencias potenciales para su salud luego de un tiempo puedan ser muy graves. Nuevamente, las fuertes desigualdades contra las mujeres rurales y pobres se hacen patentes, generando una afectación particularmente grave de su derecho a la salud.

De acuerdo un estudio de las barreras para obtener diagnóstico, seguimiento y tratamiento frente al cáncer cervical “algunos establecimientos fuera de Lima no tienen la capacidad para obtener muestras de Papanicolau; otros no pueden hacerlo de manera permanente. Los procedimientos varían de región en región, las diferencias en la capacidad de pago de las mujeres y los desiguales niveles de entrenamiento del personal afectan la calidad y momento del servicio y sus resultados. En algunos escenarios incentivos perversos para acumular pagos por sobretiempo aumentan la demora entre la recolección de la muestra y el reporte de los resultados...Se necesita entrenamiento para obstetras y ginecólogos para una buena recolección, fijación y control de calidad de las muestras. También se necesita el entrenamiento de citotecnólogos, especialmente en provincias, e incentivos para procesar las muestras de Papanicolau de una manera apropiada y rápida” (Paz-Soldán et al 2012, traducción propia).

Otra opción de política de salud pública para hacer frente al cáncer cervical son los exámenes de la prevalencia del virus del papiloma humano VPH, que se consideran demasiado caros para países de ingresos medios-bajos aunque no así para países de ingresos medios-altos como el Perú, y también está la posibilidad de exámenes basados en Inspección Visual con Ácido Acético (VIA). Al respecto, la recomendación del estudio sobre el cáncer del MINSA (2013: 104) propone: “Incorporar la prueba del VPH como método de tamizaje para cáncer cervicouterino la cual está sustentada por la evidencia y la experiencia en otros países” e “Incrementar la cobertura y calidad del tamizaje del cáncer cervicouterino mediante IVVA y citología cervical debido a la importancia de este cáncer en países como el nuestro. Será también importante contar con un registro nacional de citología que permita conocer la prevalencia de infección por el VPH en las mujeres a nivel nacional”, recomendaciones en las que las estadísticas muestran que hay todavía bastante por hacer.

Para el cáncer de mama, las recomendaciones de salud pública a nivel internacional se centran en el examen clínico y las mamografías, propuestas por la OMS, aunque debe señalarse que entre los expertos de salud pública aún hay discusión sobre el sustento científico de su efectividad mediante estudios poblacionales experimentales¹³.

¹³ “Although breast cancer screening continues to generate substantial debate regarding the magnitude of benefits and harms, opportune ages, screening intervals, cost-effectiveness, and relevance to resource-

Siendo el cáncer de mama uno de los de mayor prevalencia y habiendo habido campañas importantes al respecto para su detección temprana en el Perú, los avances aún son bastante limitados. En total sólo 20% de las mujeres de 30 a 59 años se han hecho un examen clínico de mamas en los últimos doce meses (INEI 2017. Cuadro 2.4). También en este caso existe una fuerte desigualdad en contra de las zonas rurales, la sierra y la selva, y para los grupos de mayor pobreza, donde la cobertura de examen de mamas está alrededor del 10%, frente a 30% en Lima y 36% en el quintil superior. Tanto la menor información de las madres respecto de la necesidad de este examen como la menor disponibilidad de médicos especialistas en estas regiones son factores detrás de esta discriminación.

La realización de una mamografía es todavía menos común, lo que puede explicarse por la necesidad de contar con el equipo respectivo, por lo que apenas un 16% de las mujeres de 40 a 59 años se han hecho una mamografía en los últimos 24 meses, con el agravante que ese porcentaje se ha reducido en los últimos dos años en casi 3 pntos porcentuales (INEI 2017: cuadro 2.5). En este caso, seguramente por la carencia de equipos en los establecimientos de salud cercanos, las mujeres de zonas rurales se lo han hecho en sólo un 4%, estando casi totalmente excluidas de este método diagnóstico.

Siendo bastante difícil realizar una evaluación general de la eficacia de los sistemas de salud frente al cáncer, *The Economist Intelligence Unit* utiliza como indicador la razón entre la mortalidad y la incidencia, ambas estandarizadas por edad. Si se quiere, es una medida gruesa pero que tiene bastante lógica: aquella que relaciona la cantidad de fallecidos sobre la cantidad de enfermos. Así, un sistema de salud más eficaz es aquel que logra que haya menos fallecidos en relación a los enfermos; como se ve, estamos hablando claramente de una medida que no considera las políticas de promoción y prevención, sino solamente la detección temprana y el tratamiento. En la evaluación de *The Economist Intelligence Unit*, este indicador “en algunos aspectos es simplista, puesto que los diferentes cánceres tienen tasas de supervivencia diferentes y no predomina el mismo tipo de cáncer en todos los países, esta ha resultado ser una medida razonable para una supervivencia de cinco años en muchos casos”.

El cálculo indica que el Perú tiene, un indicador de 0,60, el tercero más alto, es decir con mayor mortalidad / incidencia, de la región, después de Bolivia y Paraguay. El Perú está bastante por encima del promedio de América del Sur (0,53) y desde luego muy por encima del promedio de la Unión Europea (0,40) o América del Norte (0,33 aunque en México es 0,52).

5. *Desigualdades en la asignación de recursos contra el cáncer*

La prevención, detección temprana y tratamiento adecuado del cáncer se ve dificultado para muchos peruanos debido a barreras geográficas, ya que existe una distribución

poor settings, improving access to early diagnosis and treatment for breast cancer can be cost effective, and promotion of breast cancer early diagnosis and treatment is listed in the DCP3 essential package”, Ginsburg et al (2017): “The global burden of women’s cancers: a grand challenge in global health”, The Lancet Volume 389, No. 10071, p847–860, 25 February 2017.

muy desigual de recursos humanos, tecnológicos y presupuestales que se concentran en Lima, discriminando contra las regiones y zonas rurales.

Hay casi tantos oncólogos clínicos en el Ministerio de salud como en EsSalud, a pesar de que la población a cubrir de este último es apenas la cuarta parte de la población total. El 72% de todos estos profesionales especializados están en Lima y Callao, donde vive menos de un tercio de la población nacional. Debido a esto, no es de extrañar que el Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Cáncer mostró que el 63.1% de los casos fueron notificados por establecimientos de las DISA de Lima, seguidos por los establecimientos de la DIRESA La Libertad (8.1%), DIRESA Lambayeque (6.8%), DIRESA Callao (4.3%).

CUADRO 2

REGIÓN	NÚMERO DE ONCÓLOGOS CLÍNICOS					TOTAL
	MINSA	ESSALUD	PNP	FF.AA	ESTABLECIMIENTOS PRIVADOS*	
Amazonas	-	-	-	-	-	0
Ancash	1	-	-	-	-	1
Apurímac	-	-	-	-	-	0
Arequipa	5	9	-	-	-	14
Ayacucho	-	-	-	-	-	0
Cajamarca	-	-	-	-	-	0
Callao	2	4	-	3	-	9
Cusco	-	2	-	-	-	2
Huancavelica	-	-	-	-	-	0
Huánuco	-	-	-	-	-	0
Ica	1	-	-	-	-	1
Junín	-	2	-	-	-	2
La Libertad	3	3	-	-	2	8
Lambayeque	1	3	-	-	1	5
Lima	39	23	3	4	21	90
Loreto	1	-	-	-	-	1
Madre de Dios	-	-	-	-	-	0
Moquegua	-	-	-	-	-	0
Pasco	-	-	-	-	-	0
Piura	-	1	-	-	-	1
Puno	-	-	-	-	-	0
San Martín	-	-	-	-	-	0
Tacna	-	2	-	-	1	2
Tumbes	-	-	-	-	-	0
Ucayali	-	-	-	-	-	0

Fuente: Extraído de MINSA (2013): “Análisis de la Situación del Cáncer en el Perú 2013”.

Los recursos humanos especializados en oncología y anatomía patológica se encuentran concentrados en Lima, Arequipa y La Libertad. Los servicios más concentrados son los de Radioterapia y Trasplante de médula ósea.

Los departamentos de Piura, Cajamarca, Loreto, Cusco, Ayacucho y La Libertad tienen equipos de mamografía insuficientes en relación a la población objetivo (Mujeres mayores de 50 años) por lo que requieren fortalecerse prioritariamente mediante la adquisición de equipos.

Los departamentos del país con mayor vulnerabilidad para cáncer fueron Huánuco, Ayacucho, Huancavelica, Amazonas, Loreto y Pasco, que también están entre los más pobres del país, lo que implica que requieren intervención inmediata; mientras que, en condición de vulnerabilidad se encontraban los departamentos de Piura, Cusco, Tumbes, Apurímac, Puno y San Martín¹⁴.

3. Esfuerzos de política y el marco jurídico

1. Contexto político, jurídico y económico

El año 2001 fue un año de quiebre en la historia política peruana: en noviembre 2000 Fujimori había renunciado por fax, se nombró un gobierno de transición y, en julio 2001, se inició un nuevo gobierno democráticamente electo. La democracia abrió procesos de participación ciudadana en el presupuesto y otras áreas de la gestión pública, inició un proceso de descentralización política y refrendó la Comisión de la Verdad referida a la violencia interna del periodo 1980-2000. Fujimori fue capturado en Chile el 06 de noviembre de 2005, y luego traído al Perú, donde luego de un juicio con todas las garantías fue condenado, primero por asesinato, luego por corrupción.

No se cambió, sin embargo, la Constitución ni el modelo económico. La Constitución establecida por Fujimori en 1993 tras un cuestionado referéndum posterior al autogolpe del 5 de abril de 1992, es una Constitución que retrocedió en los derechos sociales, en particular del derecho a la salud, en relación a la Constitución anteriormente vigente, la de 1993. Felizmente la adhesión del Perú a tratados internacionales, que el Tribunal Constitucional ha señalado tienen ese máximo rango en nuestro ordenamiento legal, otorga mayor protección jurídica del derecho a la salud (por lo menos en el papel, porque los procesos son tan demorados que pierden eficacia).

El relator especial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la salud, Paul Hunt, resumió así el tema en su reporte especial tras la visita que hizo al Perú en el 2005¹⁵:

11. “En el artículo 7 de la Constitución del Perú (de 1993) se reconoce el derecho de toda persona a la protección de su salud. En el artículo 9 se hace hincapié en la responsabilidad del Estado de definir la política sanitaria del país y en la responsabilidad del Ejecutivo de disponer y dirigir su aplicación de forma descentralizada y pluralista para

¹⁴ Ministerio de Salud (2014): “Análisis de la situación del cáncer”, páginas 96-99. La vulnerabilidad se obtiene de 10 indicadores referidos a variables relacionadas a riesgos en salud, a capacidad de diagnóstico temprano y a capacidad de tratamiento.

¹⁵ Consultado en <http://acnudh.org/wp-content/uploads/2005/02/Informe-relator-sobre-disfrute-salud-f%C3%ADsica-y-mental-misi%C3%B3n-al-Per%C3%BA-febrero-2005.pdf> el 5 de junio de 2017

que se garantice a todos la igualdad de acceso a los servicios sanitarios. En la Ley general de salud se proclama que es deber del Estado regular, salvaguardar y promover la salud y que la salud pública es una responsabilidad primordial del Estado. Además de estas disposiciones generales, en la Constitución y otras disposiciones legislativas del país se dicta una serie de otras salvaguardias de la normativa pertinente al derecho a la salud o de la relativa a otros derechos humanos estrechamente relacionados con este derecho

12. Con todo y que estas normas sirven para promover y proteger el derecho a la salud, el Relator Especial señala diversas deficiencias en el marco legislativo correspondiente. Por ejemplo, en la Constitución de 1993 se incorpora este derecho en un capítulo aparte sobre los derechos económicos y sociales que se consideran principios rectores. En el capítulo sobre los derechos fundamentales no figuran los derechos económicos, sociales y culturales, a diferencia de la Constitución de 1979 en que sí se incluían en este capítulo. La distinción hecha en la Constitución de 1993 no es un fiel trasunto del principio fundamental que reafirmaron todos los Estados en la Conferencia Mundial de Derechos Humanos (1993) de que se han de tratar los derechos humanos en forma global y de manera justa y equitativa, en pie de igualdad y dándoles el mismo peso”.

Los escasos derechos sociales constitucionales van de la mano con una Constitución que establece un modelo económico neoliberal que limita la presencia del estado y la regulación pública al mínimo, otorgando privilegios especiales a las grandes empresas y socavando así las posibilidades de garantizar derechos sociales. Por ejemplo el artículo 60 de la Constitución Política del Perú establece que el estado tiene un rol subsidiario¹⁶ y el artículo 62¹⁷ establece que los contratos-ley suscritos con empresas tienen protección constitucional, de tal manera que cualquier modificación tributaria posterior a la firma de los llamados “convenios de estabilidad tributaria” no les resulta aplicable.

Poco después de este cambio político importante producido en el cambio de milenio, hubo otro giro significativo: las condiciones económicas internacionales se modificaron de manera muy favorable para el Perú. Marcadamente a partir del 2004, los precios internacionales de las materias primas, que constituyen las tres cuartas partes de las exportaciones peruanas, se dispararon hacia arriba. El cobre, el principal producto de exportación peruano, que históricamente oscilaba bajo el 1 dólar la libra, superó los 3 y llegó hasta los 4 dólares la libra, mientras que el oro que había surgido como un producto importante de exportación en los 90s con inversiones hechas cuando se cotizaba debajo de los 300 dólares la onza, pasó a bordear los 2,000 dólares la onza en el 2012. Otro elemento fueron los flujos de capital internacionales (Mendoza 2013), facilitados por condiciones financieras internacionales muy favorables, en especial luego de que, tras la crisis financiera de 2008/2009, primero el FED y luego el BCE bajaron sus

¹⁶ Artículo 60: El Estado reconoce el pluralismo económico. La economía nacional se sustenta en la coexistencia de diversas formas de propiedad y de empresa. Sólo autorizado por ley expresa, el Estado puede realizar subsidiariamente una actividad empresarial, directa o indirecta, por razón de alto interés público o de manifiesta conveniencia nacional

¹⁷ Artículo 62: La libertad de contratar garantiza que las partes pueden pactar válidamente según las normas vigentes al tiempo del contrato. Los términos contractuales no pueden ser modificados por leyes u otras disposiciones de cualquier clase. Los conflictos derivados de la relación contractual sólo se solucionan en la vía arbitral o en la judicial, según los mecanismos de protección previstos en el contrato o contemplados en la ley. Mediante contratos-ley, el Estado puede establecer garantías y otorgar seguridades. No pueden ser modificados legislativamente, sin perjuicio de la protección a que se refiere el párrafo precedente.

tasas de interés al mínimo y aumentaron enormemente el dinero en circulación. La suma de estos efectos ha resultado en crecimiento económico sin precedentes, aunque el sesgo primario-exportador de la estructura económica mantiene a un 75% de la PEA sin un empleo formal con seguridad social.

Esta situación de altos precios de los metales y las materias primas elevó las ganancias de las empresas y trajo una gran bonanza a las arcas fiscales, permitiendo que sin que exista un esfuerzo serio de reforma tributaria se diera una ampliación del gasto social y del financiamiento de nuevos programas públicos como el Seguro Integral de Salud (desde 2002), el programa de transferencias condicionadas Juntos (desde 2004) y el programa de pensiones no contributivas Pensión 65 (desde 2012).

Los años siguientes vieron instalarse en el Perú una democracia de baja intensidad (Lynch 2009). Según el PNUD - Proyecto “Apoyo al fortalecimiento del sistema político peruano”, el Perú carece de mecanismos para consolidar la democracia pues durante la década pasada prestó atención mayormente al crecimiento económico, desatendiendo las demandas de reforma para institucionalizar y fortalecer la democracia. Los partidos políticos no lograron reconstituirse como instituciones democráticas y sólidas, la prensa se mantuvo muy vinculada a poderosos grupos económicos, mientras los espacios de participación iban vaciándose de contenido y la propia descentralización encontraba sus límites. El régimen democrático es uno de los que en América Latina goza del menor respaldo de la población: apenas el 16% de la población tiene confianza en el gobierno nacional, último de los países incluidos en dicho estudio, siendo el promedio latinoamericano de 38%¹⁸. Además, la base de datos Gallup World Monitor 2015 sugiere que la calidad percibida del gobierno es considerablemente baja: el 84% de la población piensa que la corrupción es generalizada en el gobierno y solo el 23% cree que las elecciones son limpias.

Los sucesivos gobiernos durante este milenio, tres ya completos y ahora iniciando el cuarto, se han caracterizado por una muy rápida pérdida de la popularidad, a tal punto que en las siguientes elecciones han perdido toda o casi toda su representación parlamentaria, lo que resulta sorprendente dado el muy favorable contexto económico y fiscal del que han gozado.

Entre abril y junio del 2016 se eligió un cuarto gobierno democrático sucesivo, en lo que es un récord para la democracia peruana que se logra en vísperas del bicentenario de su independencia, a celebrarse el 28 de julio del 2021. Las condiciones económicas, sociales y políticas sin embargo generan temores sobre la democracia y los derechos sociales: los precios de las materias primas han caído de su pico en 2011-2012, generando un estrés significativo sobre las cuentas fiscales y trayéndose abajo el crecimiento en los sectores generadores de empleo (industria, agro y construcción). No se están generando

¹⁸ Datos de Gallup mencionados por OCDE: “Caminos del desarrollo. Estudio multidimensional del Perú. Vol I. Evaluación inicial, página 8.

nuevos puestos de trabajo en los últimos 2 años y no habrá más espacio fiscal para seguir ampliando políticas que garanticen el goce de derechos sociales si no se realiza el esfuerzo de una profunda reforma tributaria. Si a ello sumamos que el Congreso está dominado por una mayoría en manos del partido fujimorista, opositora al Poder Ejecutivo y que se configura siguiendo a quienes dirigieron el régimen dictatorial de los 90s, se sustenta el temor de que fuertes tormentas se desaten en el Perú contra la democracia y los avances en derechos humanos. Los recientes escándalos de corrupción solo agravan la figura.

2. Políticas de salud 2000-2015 y el derecho a la salud

El Perú logró hasta el 2010 importantes avances en salud materno-infantil, al mismo tiempo que enfrenta grandes inequidades en perjuicio de las áreas rurales e indígenas así como una transición epidemiológica hacia enfermedades no transmisibles que ha sido enfrentada de manera muy débil, dejando a miles de peruanos sin el goce del derecho a la salud.

El Perú sigue teniendo una Tasa de Mortalidad Infantil de 15 por mil, mucho mayor que la que registran otros países latinoamericanos como Chile o Cuba con tasas de 7 y 4 por mil¹⁹ respectivamente, lo que significa que cerca de 5 mil niños peruanos mueren cada año pudiendo evitarse. Sin embargo se observa una clara disminución de la tasa de mortalidad infantil a nivel nacional para el periodo 2000-2015. Se estima según la ENDES 2016 que 15 de cada 1000 nacidos vivos murieron durante su primer año de vida en comparación con 33 para el año 2000, con lo que se lograron los Objetivos del Milenio en salud. Análisis como el de Huicho et al (2016) resaltan los avances en el periodo 2000 y 2013. Los datos sin embargo muestran que, luego de un rápido ritmo de reducción de la TMI entre el 2000 y el 2007, en que prácticamente cae a la mitad²⁰, ha habido muy poco avance en los últimos 8 años en los que la TMI apenas ha disminuido apenas en 1 punto porcentual.

Una revisión reciente de los resultados de salud en el Perú hacia el 2015 de expertos del Banco Mundial también fue bastante optimista, en efecto, Cotlear y Vermeersch (2016) indican que “Perú tuvo un gran éxito en mejorar los resultados de salud durante los años al 2015. Perú fue clasificado primero dentro de 75 países de ingresos bajos y medios en la reducción de la mortalidad neo-natal y segundo en la reducción de la mortalidad en la niñez (menores de 5 años); la prevalencia de la desnutrición crónica se redujo a la mitad; y la equidad en el cuidado de la salud y en los resultados de salud mejoró significativamente”. Siendo esto cierto, una revisión más fina de los datos con la información estadística publicada en los últimos 2 a 3 años nos indica que en varios indicadores claves el avance importante de los años anteriores parece haberse detenido o ralentizado muy significativamente. Es caso de la tasa de mortalidad infantil, de la

¹⁹ Datos OPS-OMS: “Indicadores básicos - Situación de Salud en las Américas 2016”. En esta fuente la TMI es 17 por mil, pero preferimos usar la fuente más actualizada de la ENDES 2016 para el Perú.

²⁰ Esta tendencia venía desde 1970, ver D. Cotlear (2006) “Hacia un nuevo contrato social”, gráfico 1.3, página 46, o INEI (2016): “Encuesta de demografía y salud Familiar 2016”, gráfico 7.1.

prevalencia de anemia, de la cobertura con vacunas DPT, de la mortalidad materna y de la necesidad insatisfecha de planificación familiar, en algunos de ellos encontrándose incluso retrocesos. Si bien en algunos casos todavía debemos considerar estos indicios preliminares, el hecho de que haya una coincidencia en media docena de indicadores claves de salud materno-infantil que antes mejoraron por determinantes sociales de la salud y atención primaria genera motivos para la preocupación.

Las diferencias en el goce del derecho a la salud se expresan de manera dramática en la mortalidad infantil. Mientras la tasa de mortalidad infantil en las zonas urbanas es de 15 por mil²¹ aún por encima del promedio de otros países latinoamericanos, en las zonas rurales está más de 50% por encima, en 23 por mil. Similares diferencias se encuentran entre regiones naturales; mientras en Lima metropolitana la TMI es de 10, en la sierra es de 25 por mil, más del doble, y en la selva de 22 por mil. La mayor diferencia está en la mortalidad post neo-natal, que en Lima es 2 por mil pero en la sierra es 11, más del quíntuple.

En el periodo del 2000 al 2012, han confluído algunos factores bastante favorables a la salud materno-infantil: una mejora en determinantes sociales de la salud como la reducción de la pobreza, la mejora en el acceso al agua potable, una mayor educación de las mujeres y buenas prácticas de cuidado como en la lactancia materna. Por otro lado, el crecimiento económico significativo logrado gracias al boom de precios de las materias primas y de los metales en particular, ha generado un importante espacio fiscal que permitió ampliar el gasto público en salud, que estaba en niveles sumamente bajos, aunque aún hoy las cifras de gasto en salud son menores a promedios regionales y países similares (ver más adelante acápite 4.1 sobre este tema).

El Perú tiene un sistema de salud segmentado, conformado por el Ministerio de Salud –descentralizado hacia los gobiernos regionales–, la seguridad social en EsSalud (complementado por aseguradoras - EPS privadas), y un sector privado que captura un 40% del gasto total en salud, principalmente gasto de bolsillo²². Este sistema es altamente inequitativo. Solo quienes están afiliados a EsSalud, que básicamente son los que han conseguido un empleo formal (un 26% de la población²³) tienen un aseguramiento que cubre todos los riesgos y una atención hospitalaria de amplia cobertura, aunque con serios problemas de calidad en la atención ambulatoria de consultas, agravada por un recorte de ingresos dispuesto el 2009²⁴. Un muy pequeño segmento (2%) de la población tiene seguros privados, mientras la enorme mayoría depende del sistema público, en el cual los problemas de cobros, desabastecimiento y

²¹ Para esta sección usamos como fuente la ENDES 2016.

²² Para más detalles ver Banco Mundial (2016), sección 2.

²³ Banco Mundial 2016: tabla 2 página 20. Suma 25% afiliados a EsSalud y 1% a EsSalud y EPS. Datos basados en ENAHO 2014.

²⁴ Se aprobó una ley que redice las contribuciones a EsSalud a partir del 2009 en 12% (Banco Mundial 2016 : 73), afectando seriamente su equilibrio económico-financiero. Un posterior estudio actuarial de la OIT muestra que efectivamente hay una brecha significativa, superior al 10%, entre los ingresos que recibe EsSalud y los que necesita para la atención de salud a la que legalmente está obligada.

colas son mayores y en los que, como veremos, no hay políticas pública ni garantías de atención para una amplia gama de problemas de salud.

En este contexto el Seguro Integral de Salud – SIS ha sido la principal reforma orientada a la ampliación de cobertura en dos décadas (Cotlear y Vermeersch 2016, Neelsen y O’Donnell 2016, Francke 2013). El SIS busca reducir las barreras económicas mediante la eliminación de los cobros a los usuarios para un paquete de atenciones, los mismos que significaron una barrera económica importante al acceso a los servicios de salud. Los problema del SIS de presupuesto, diseño y operación hacen que aún persistan barreras económicas. El resultado ha sido que la población sin seguro se ha reducido hasta el 30% al 2014. “Los pobres aumentaron su tasa de afiliación de 32 % a 75 % en esos años, mientras que los no vulnerables pasaron de 51 % a 67 % de cobertura” (Banco Mundial 2016: 38), aunque como veremos, el SIS tiene serias deficiencias que hacen que la afiliación al mismo no garantice el derecho a la salud.

El que luego de más de una década de instituido el SIS haya todavía un porcentaje grande de población no vinculada al mismo se debe a que subsisten serios problemas que dificultan la afiliación al SIS. Como dice un usuario: «El trámite del SIS demora y la atención en consultorio ha demorado dos días» (Hospital Manuel Núñez Butrón, Puno). Al mismo tiempo, hay una cantidad de “asegurados” al SIS que no saben que tienen esa condición y por lo tanto no pueden ejercer sus derechos: “La afiliación masiva y automática de personas al SIS parece resultar en una situación en la que, a nivel nacional, un 22 % de los afiliados desconoce su estado de afiliación, con importantes variaciones geográficas. Estas personas pueden comportarse como no afiliadas, es decir, no buscar atención médica cuando la necesiten, con el fin de evitar gastos de bolsillo. Dicho de otro modo: estas personas no son asegurados efectivos” (Banco Mundial 2016: 46-47).

El SIS obliga a los hospitales y centros de salud públicos a dar atención gratuita a los afiliados por el paquete de aseguramiento (riesgos y servicios), los que deben dejar de realizar cobros a los usuarios, recibiendo en cambio los pagos del SIS. De esta manera, con el SIS el incentivo al cobro al usuario se ve disminuido, aunque subsiste el problema que los cobros a los usuarios son a menudo usados para complementar ingresos de los profesionales y trabajadores de la salud, distorsionando los incentivos en el sistema público de salud y generando discriminación y colas a los afiliados al SIS. Un testimonio recogido por la Defensoría del Pueblo (2013: 192) ilustra esto: «Si tienes dinero te atienden, si eres SIS no te atienden» (Hospital Daniel Alcides Carrión, Pasco). El mayor problema es el desabastecimiento de medicamentos e insumos, que obligan a que los asegurados al SIS tengan que comprárselos de su bolsillo, lo que afecta a 35% de los usuarios, frente a 33% que se queja porque no encontró cita o turno para la consulta médica (INEI 2014).

A la base de estas dificultades está un serio déficit presupuestal del SIS. Un estudio actuarial (Ducreux & consultants, Inc 2014: cuadro 8.12) indica que hay un desbalance muy grande entre lo ofrecido en el SIS y sus fondos presupuestales, calculando para el

2016 que se necesitaría 3,250 millones de soles bajo el supuesto de un aumento de la demanda de solo 20% y cero aumento de los costos, más del doble del presupuesto que tuvo el SIS ese año de 1,550 millones. Así, al haber un tope presupuestal del SIS, ello se traduce en mecanismos de racionamiento, topes regionales y luego asignaciones por establecimiento insuficientes, frente a lo los administradores locales tienen que tomar medidas para contener los costos, medidas que incluyen en la práctica la no atención en determinados periodos, por algunos servicios, medicamentos, exámenes auxiliares o procedimientos, o simplemente el desabastecimiento de medicamentos, insumos o falta de personal. Adicionalmente, parte de los recursos presupuestales en algunos años demoran en ser transferidos o una proporción de ellos se queda en instancias administrativas intermedias como las Direcciones regionales.

Existe además un déficit claro de oferta de servicios de salud en regiones pobres y zonas rurales para poder cubrir efectivamente el paquete del PEAS (Plan Esencial de Aseguramiento en Salud) que incluye más atenciones hospitalarias. Hay que añadir que los estudios de distribución (Seinfeld 2010: 52) del gasto indican que mientras la atención en centros primarios es progresiva, es decir beneficia más a los más pobres, la atención hospitalaria es regresiva debido a que a ella llega sobre todo a la población de la ciudad mientras la pobreza es fundamentalmente rural. Incluir dentro del SIS atenciones complejas, si realmente se busca que haya cobertura universal de ese paquete de beneficios, demanda afrontar las barreras de acceso en zonas rurales, tanto facilitando los traslados a las ciudades y cubriendo los costos de espera y acompañamiento, como ampliando la capacidad resolutive en provincias mediante especialistas, equipos de diagnóstico y nuevas técnicas de cirugía de día.

Aunque su presupuesto aumentó lentamente y aún es insuficiente, el SIS ha jugado un rol importante en la reducción de la mortalidad infantil y materna, el acceso hacia la cual estuvo fuertemente orientada en sus primeros años de existencia, mejorando sustancialmente el acceso a partos institucionales y controles de salud de los menores de 2 años.

Simultáneamente, desde inicios del milenio se implementó una reforma de los “programas verticales”, primero transformados en “Estrategias” pero luego relanzados por una iniciativa de “Presupuesto por Resultados” desde el Ministerio de Economía y Finanzas. Esta iniciativa permitió en una primera etapa (2006-2010) destinar recursos presupuestales a prioridades tales como salud materno-infantil, nutricionales y algunas transmisibles prioritarias como TBC y VIH/SIDA, que en el 2012 tuvieron un presupuesto tres veces mayor que el del SIS²⁵. Estos recursos se otorgan directamente a las direcciones regionales de salud sin pasar por el SIS o el MINSa. Posteriormente, a partir del 2013 se prioriza de manera importante el cáncer, a través de un programa

²⁵ Cotlear y Veermesch (2016) anotan que no hay evaluaciones de impacto independientes de estos programas, como sí los hay para el SIS. A pesar de su nombre “Por Resultados”, el Banco Mundial (2016 : 17) señala que “en su implementación no está pagando por resultados sino por insumos”.

presupuestal específico ejecutado a través de tres organismos: el INEN (un organismo público especializado centrado en un hospital en Lima), el SIS y los gobiernos regionales.

Un tercer elemento importante de política ha sido la ampliación de la oferta, en especial mediante la inversión en los llamados “establecimientos estratégicos”, iniciativa iniciada en 2012 para reforzar la capacidad resolutive en establecimientos que debían permitir que la mayor parte de provincias del Perú tuvieran la posibilidad de atender problemas especializados y de mediana complejidad, respondiendo así al cambio de perfil epidemiológico. El avance parece ser lento. El Plan de Inversión del Sector Salud 2014-2016 está centrado en promover los “establecimientos estratégicos” con un monto aproximado de 8 400 millones; el Plan prioriza 204 proyectos, de los cuales 170 son establecimientos de salud estratégicos (hospitales nivel II) con el objetivo de fortalecer la atención primaria. Entre 2015 y 2016 la inversión total en salud fue de 3 600 millones de soles, aunque no hay un balance de cuánto se destinó a estos establecimientos estratégicos y cuanto a otras inversiones, considerando además que más de la mitad fue realizada por gobiernos regionales que no necesariamente siguen los lineamientos nacionales de política de inversión en salud. Un estudio señala que “el comportamiento del rubro de inversión, luego de alcanzar un nuevo nivel en 2013 y mantenerlo hasta el 2015, registra una marcada disminución en 2016 (18 por ciento). Esta es una tendencia preocupante debido a la brecha de infraestructura existente en el sector y es contradictoria con el énfasis del actual gobierno en el cierre de brechas de servicios fundamentales para los ciudadanos” (Mesa de Salud de la Iniciativa Diálogos de Política Pública – Midori de Habich 2017).

3. Finalmente el estado actúa frente al cáncer: el Plan Esperanza

Los problemas del sistema de salud peruano se han venido haciendo más patentes ante un cambio demográfico y epidemiológico importante, que aumenta la importancia de las enfermedades no trasmisibles y del cáncer en particular. Sin embargo, durante décadas, el Estado no tenía un plan o programa de salud sobre cáncer que realmente buscara llegar a toda la población con una estrategia definida. El Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas INEN (establecido legalmente en los años 30s y relanzado en los 50s) atendía solamente a los que llegaban a Lima, sin una estrategia de priorización epidemiológica o poblacional clara, y aplicando cobros a los usuarios de manera bastante discrecional. Simultáneamente, se concentraban ahí los médicos oncólogos, un grupo de los cuales desarrolló una propuesta privada de seguros mediante OncoSalud, lo que sin embargo generaba confusión respecto de sus simultáneas funciones públicas y privadas.

La falta de prioridad y estrategias frente al cáncer hacía que, a pesar de que muchos casos de cáncer no eran detectados, el gasto por caso nuevo de cáncer en el Perú el 2009 era de menos de 5 dólares, frente a 26 en Uruguay, 15 en Chile, 12 en Argentina y 11 en México. El gasto en Perú era menos de la mitad del promedio de 12 países

latinoamericanos y desde luego una muy pequeña fracción de los 460 gastados en estados Unidos o los 243 en Japón (The Economist Intelligence Unit 2017: tabla 9).

Aunque inicialmente el Seguro Integral de Salud - SIS no incluía cáncer, en el 2009 con el Plan esencial de Atenciones en salud PEAS se incluyeron 5 neoplasias: cérvix, mama, colon, estómago y próstata, pero solamente orientado a la prevención y detección temprana²⁶. Es decir, si a una mujer pobre se le detectaba cáncer de mama o de cuello uterino, no se le garantizaba el tratamiento respectivo!. El 2010, se introduce un “Programa de presupuesto por resultados” (PpR) que incluye la promoción, prevención y detección temprana (ojo, no tratamiento) de estos cinco cánceres. Ambas medidas no solamente eran contrarias al derecho a la salud, sino a la lógica básica: ¿para qué detectar tempranamente cánceres si luego no se les iba a dar el tratamiento necesario? Además, solo se incluyeron n10 de las 25 regiones el Perú (Vidaurre et al 2017).

El 2012 se plantea el llamado Plan Esperanza, con dos componentes. Por un lado, la promoción, prevención y detección temprana de estos 5 cánceres y 2 más (leucemias y linfoma) mediante un programa de Presupuesto por Resultados- PpR²⁷. Por otro lado, el financiamiento de un fondo aprobado años antes pero que prácticamente no se había puesto en operación, el FISSAL (Fondo intangible solidario en salud), diseñado para financiar enfermedades de alto costo), para atender el tratamiento de alto costo de estos cánceres²⁸. Una limitación del Plan Esperanza es que plantea sólo de manera muy general algunas acciones y campañas para reducir riesgos como el tabaco y la mala alimentación, las que sin embargo no llevaron las a acciones legislativas y regulatorias necesarias. El diseño y aprobación del Plan se hicieron sin participación ciudadanas ni de las organizaciones gremiales o sociales relacionadas; a pesar de existir espacios de concertación y participación como el Consejo Nacional de Salud, este no fue consultado.

Hay que señalar que como parte de las serias limitaciones en el derecho a la salud en el caso del cáncer, la información correspondiente al cáncer, su prevención y atención es bastante débil. Existe un sistema de vigilancia epidemiológico, pero las debilidades en el sistema de salud en general dificultan el diagnóstico de la enfermedad, de tal manera que para un análisis tienen que reajustarse los datos registrados. Como dice el Ministerio de Salud (2013): “los cánceres diagnosticados a través de certificado de defunción constituyeron el 17.6% (Tabla 38). El hecho que una amplia fracción de casos

²⁶ DS 016-2009-SA. En <http://www.minsa.gob.pe/portada/aseguramiento/archivo/PEAS.pdf>. Este decreto solo es explícito respecto a que los cánceres de cérvix y mama solo se cubre diagnóstico y detención temprana, no detallando qué atenciones se cubren en el caso de los otros cánceres, los que sin embargo no eran efectivamente cubiertos por el SIS. De acuerdo a la Memoria del Plan Esperanza.- Minsa 2016: “Es pertinente subrayar que desde el 2009 al 2011 la cobertura oncológica gratuita por el SIS era muy limitado y por paciente cubría básicamente prevención y estudios diagnósticos”. El haber ocultado que no se cubría el tratamiento recorta el derecho a la salud dificultando el que la población pudiera estar informada de manera transparente.

²⁷ Aprobado por D.S. N° 009-2012-SA, noviembre 2012. El 2013 se añaden 3 cánceres más: Hígado, Colón-Recto y Piel

²⁸ El Fondo Intangible Solidario de Salud FISSAL empezó funcionar el 2012, cubre 7 tipos de cáncer y enfermedades raras y huérfanas. Según el Banco Mundial (2016: 86) en relación a la decisión de ampliar el paquete del SIS vía FISSAL: “esta decisión no fue acompañada de claridad sobre la capacidad de prestación de los servicios (sea del paquete básico o paquete complementario), la población efectivamente atendida o los costos de provisión de los paquetes”.

haya sido diagnosticada mediante certificado de defunción refleja la necesidad de fortalecer el diagnóstico mediante métodos de tamizaje para los cánceres en que se encuentren disponibles con la finalidad de reducir las muertes por cáncer mediante la detección precoz”.

Por otro lado, para conocer la cantidad de especialistas y equipos existentes el MINSA tuvo que hacer censos específicos con tal fin, dada la debilidad de los registros administrativos, lo que remarca que los datos no son continuos sino esporádicos. Finalmente, eso agrava las condiciones de la información relativa a las atenciones, procedimientos y resultados en el tratamiento del cáncer. Tampoco hay un procesamiento de las quejas de los pacientes y usuarios. Esto se expresa en que, de la aplicación del Plan Esperanza, no existe oficialmente de parte del estado peruano una evaluación ni información sistematizada, salvo folletos pequeños con escasa información al finalizar el gobierno anterior y una evaluación encargada por el MEF con datos al 2013 (MEF 2015). Debido a ello, hemos debido basarnos en este trabajo en información fragmentaria obtenida de diversas fuentes que dista de ser completa.

“De acuerdo a la información institucional del SIS, desde el 2012 hasta el 31 de marzo de 2016 se realizaron 1’012,011 atenciones por diagnósticos de cáncer en el marco de PLAN ESPERANZA. Durante el año 2015 se realizaron 421,334 atenciones beneficiando a 78,284 asegurados SIS, aumentando en 33% más que el total de atendidos del año 2014 (51,601 por el SIS y 27,209 por FISSAL” (SIS 2016). El cuadro siguiente muestra como hubo un aumento significativo de las personas con cáncer atendido mediante el SIS y el FISSAL, pasando de 23 mil en el 2012 a casi 30 mil en 2016, aunque aún es una cifra bastante menor de los 45 mil casos nuevos estimados cada año.

CUADRO 3

ATENDIDOS TOTALES CON CÁNCER: PPR CANCER + OTRAS NEOPLASIAS SIS

Año	2012	2013	2014	2015	2016	TOTAL***
FISSAL*	7,901	16,665	16,885	27,209	13,275	51,752
SIS**	17,458	34,900	41,893	51,601	16,173	122,868
TOTAL	25,359	47,529	58,778	78,284	29,448	174,620

ATENCIONES TOTALES CON CÁNCER: PPR CANCER + OTRAS NEOPLASIAS SIS

Año	2012	2013	2014	2015	2016*	TOTAL
FISSAL *	17,847	87,767	76,760	215,147	47,899	445,420
SIS**	54,757	117,098	152,982	202,879	38,875	566,591
TOTAL	72,953	179,525	232,339	421,334	86,774	1,012,011

Fuente: Extraído de Seguro Integral de Salud (2016): “Informe de transferencia”, julio 2016

Una evaluación hecha del programa hasta el 2014 por encargo del MEF (Paredes, Ricardo, Imer Llanos y Carolina Murgueitio 2015), sin embargo, muestra algunos avances notables pero también algunos retrocesos y problemas serios en lo que fue el inicio del programa. En relación a las mamografías, “La población beneficiaria de este producto son las mujeres entre 40 y 65 años de edad a quienes se les realiza la evaluación de diagnóstico- mamografía bilateral. (...) El porcentaje de ejecución de la meta

programada disminuyó de 95% al 54%. (...) el número de mujeres a las que efectivamente se les realizó esta evaluación disminuyó en 5 733”.

En relación al cáncer cervical se planteó que la “población beneficiaria de este producto son mujeres entre 21 y 65 años a quienes se les aplica la prueba de colposcopia”, la que permite atender los riesgos de lesiones pre-cancerosas. “El número de mujeres evaluadas mediante el examen de colposcopia ha aumentado de año a año, razón por la cual el porcentaje de ejecución de la meta física ha superado el 100% en el año 2013”, a pesar de lo cual la misma evaluación (al 2015) señala que “este producto, actualmente, se encuentra inactivo”.

En general el avance de metas al 2013 en atención de cáncer que reporta el informe de evaluación es bastante limitado: en cuello uterino 47%, cáncer de mama 65%, cáncer de estómago 72%, cáncer de próstata 60%, cáncer de pulmón 41%, cáncer de colon y recto 63%, cáncer de hígado 27%, leucemia 47%, acciones de prevención 55%; porcentajes en relación a las metas para el 2013, lo que no necesariamente quiere decir que no haya habido avances al respecto, pero que muestra una brecha grande con la meta propuesta.

Por otro lado, según este informe de evaluación entre 2011 y julio de 2013 se capacitaron 6 429 profesionales de la salud en prevención y promoción del cáncer, y 867 personas en IVA (VIA en inglés, método de diagnóstico fácil con ácido acético). El análisis resalta como aspecto crítico que “En cuanto a equipos médicos, específicamente, equipos de mamografía, el MINSA cuenta con 40 equipos de modo que todos los departamentos cuentan al menos con un equipo de mamografía; sin embargo, en Loreto y Tumbes, estos equipos no se encuentran operativos. Además, el MINSA cuenta 9 equipos para la atención oncológica con radioterapia, 6 de los cuales se encuentran en Lima”.

Como se ha señalado, sin embargo, los párrafos anteriores corresponden a una primera evaluación en los inicios de la implementación del Plan Esperanza. Hacia fines de su periodo, el gobierno anterior ha resaltado sus logros: “Hasta 2012, el 75 por ciento de casos de cáncer se detectaba en etapa avanzada. Actualmente, los datos del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) y del Seguro Integral de Salud (SIS) muestran que el 50 por ciento de los casos de cáncer prevenibles en afiliados al SIS se atienden en etapa temprana (estadios clínicos I y II) ...Entre 2009 y 2014, la afiliación al SIS se incrementó de 17% a 65%, y el gasto de bolsillo disminuyó de 58% a 7% en el INEN. Lo mismo se observa en los institutos regionales que brindan atención especializada en cáncer (IREN Norte e IREN Sur) y en los servicios oncológicos de hospitales generales de Lima Metropolitana.” (MINSA 2015). Sin embargo, una consulta al SIAF indica que los cobros que realiza el INEN a los usuarios son el 14% de su gasto del 2016, y no el 7%²⁹.

Una evaluación más completa es la realizada por Vidaurre et al (2017), debiendo resaltarse que la autora principal fue jefa del INEN entre 2012 y enero 2017, es decir,

²⁹ Consulta hecha al portal SIAF <http://apps5.mineco.gob.pe/transparencia/mensual/>, para el Pliego INEN en relación a la fuente de financiamiento de los gastos, el 23 de mayo de 2017.

todo el periodo de implementación del Plan Esperanza. Según esta evaluación, con el Plan se adquirieron 150 equipos de criocirugía (246% de la meta), 24 mamógrafos (el 775 de la meta), 71 colposcopios (139% de la meta), 25 cideo-endoscopios, 4 equipos de rayos-V portátiles y 21 equipos de ultrasonido. También se implementaron 98 servicios de oncología en el nivel secundario y terciario, se abrieron el IREN-Norte e IREN-Sur, se añadieron 95 servicios para la prevención y el cuidado especializado del cáncer, y el inicio de programas de detección temprana en 256 centros de salud con alcance a 3017 establecimientos primarios. Para el tratamiento del cáncer, que estaba muy centralizado en Lima, se ha logrado que al 2017 hay 21 centros que proveen servicios de quimioterapia y 6 con radioterapia, tres de ellos fuera de Lima. Para ello se hizo un programa especial de capacitación al personal de salud.

Entre los resultados logrados según Vidaurre et al (2017), resalta que comparando el periodo 2010-2012 con el 2012-15, los canceres de mama encontrados en estadios avanzados III y IV cayeron de 58% a 53%, los de cáncer de próstata de 88% a 77%, de cáncer de colon de 78% a 61%, de cáncer cervical de 38% a 37% y los de cáncer gástrico de 83% a 66%.

4. Evaluación de los recursos disponibles para el derecho a la salud y en particular el cáncer

1. Economía y Política Fiscal

Perú es uno de los países medianos de Latinoamérica en términos poblacionales y económicos luego de Brasil, México y Argentina. Una población de 31 millones nos ubica en el quinto lugar de la región, viendo su geografía atravesada por la imponente cadena montañosa de los andes que divide el país de sur a norte. Habiendo sido el territorio peruano el centro de la civilización andina con el imperio incaico, es uno de los países latinoamericanos donde la importancia de las culturas originarias es mayor, calculándose entre un 14% y 24% de población indígena, la que ha sido históricamente excluida desde la conquista y sin que casi dos siglos de vida republicana hayan terminado con su discriminación.

La economía peruana es una economía de ingresos medios, de acuerdo a la categorización del Banco Mundial, con un PBI per cápita de 6 mil dólares. En términos de PPP (paridad de poder de compra), el ingreso per cápita es de 12.500, cercano al de Brasil, México y Colombia en Latinoamérica, pero apenas una quinta parte del PBI per cápita PPP de Estados Unidos.

Sin embargo, este progreso económico no llega para todos puesto que el Perú es un país altamente desigual. El coeficiente de Gini de los ingresos alcanza el 0.5, de acuerdo al indicador corregido para tomar en cuenta los problemas de registro de las encuestas de hogares (Yamada et al. 2016). Las disparidades sociales también son marcadas: la mortalidad infantil en Huancavelica es 3 veces que la de Lima, la “brecha de rendimiento en matemáticas es equivalente a más de dos años de estudio entre los estudiantes que

hablan español en casa y los estudiantes que declaran hablar quechua” (OCDE 2016: 14) y el acceso al agua por redes públicas que en las zonas urbanas es de 84%, en las zonas rurales es de apenas 67%, con el agravante que apenas el 1% de esa agua tiene el cloro necesario para garantizar su calidad.

La acción del Estado para enfrentar esas desigualdades es bastante limitada. Como dice el estudio de la OCDE (2015: 298, traducción propia) “el potencial redistributivo de un país depende primero y principalmente por el tamaño y composición de su presupuesto y por cómo se financia el gasto público”. Debido a ello, “la redistribución es mayor en países con alto gasto público como Brasil y Sudáfrica, que en Colombia, Indonesia y Perú donde el gasto público es más limitado” (OCDE 2015: 293).

“Mientras que en el Perú la acción de la política fiscal reduce el coeficiente de Gini en casi siete (7) puntos porcentuales, el promedio de reducción en los países de América Latina es de nueve (9) puntos y el promedio de reducción en los países de la OCDE es de 24 puntos”³⁰.

El gasto público³¹ fue de 20% del PBI en el 2016, comparado con un promedio latinoamericano que se encuentra alrededor de 30% del PBI. El gasto social, en particular, es de apenas 8% del PBI en Perú, comparado con 18% en promedio latinoamericano, y 12%, 15% y 14% del PBI en Bolivia, Chile y Colombia, respectivamente.

La razón fundamental de este bajo gasto público y en especial el social, es la baja recaudación tributaria³², que asciende el 2016 a 14% del PBI³³, a pesar de que el Acuerdo Nacional firmado el 2002 por los distintos partidos políticos y organizaciones civiles estableció una meta de 18% del PBI de presión tributaria. De acuerdo al Ministerio de Economía y Finanzas: “Países de América Latina (LA6) muestran niveles de ingresos fiscales, en términos de PBI, muy por encima de lo registrado en Perú (promedio LA6: 28% vs Perú: 20%)”³⁴. Comparado con países de similares características, el Perú recauda apenas dos terceras partes de sus pares: “Respecto de su capacidad recaudatoria –aquella basada en el PBI per cápita, la estructura de su economía, el arreglo tributario aceptado por la sociedad y otras características socioeconómicas–

³⁰ CEPAL 2015: “Panorama fiscal de América Latina y el Caribe 2015: Dilemas y espacios de políticas”, citado en M. Pecho, F. Velayos y L.A. Arias (2016).

³¹ Corresponde al total gasto no financiero del gobierno general, que incluye la seguridad social. Fuente: Nota Semanal del BCRP, cuadro 105, en <http://www.bcrp.gob.pe/estadisticas/cuadros-de-la-nota-semanal.html>, consultado el 5 de junio de 2017.

³² Ver por ejemplo Cotlear, D (2006): “¿Cómo mejorar la educación, la salud y los programas anti-pobreza”, en “Un Nuevo contrato social para el Perú”, págs. 37-95, Banco Mundial.

³³ Fuente: Nota Semanal del Banco central de reserva – Cuadro 107, consultado el 3 de junio de 2017 en <http://www.bcrp.gob.pe/estadisticas/cuadros-de-la-nota-semanal.html>. Si sumamos otros ingresos no tributarios, como las contribuciones a la seguridad social y las regalías, el ingreso corriente del gobierno general llega a 20% del PBI.

³⁴ CEPAL 2015: “Panorama fiscal de América Latina y el Caribe 2015: Dilemas y espacios de políticas”, citado en M. Pecho, F. Velayos y L.A. Arias (2016).

Rossignolo (2015) señala que en el periodo 1990-2013 el Perú mostró un esfuerzo tributario de solo el 64%” (Pecho, Velayos y Arias 2016).

La OCDE (2016:28), en su análisis del Perú, en relación a sus ingresos tributarios indica que “En particular, los impuestos a las personas naturales representan cerca de 7 puntos porcentuales del PIB menos que el promedio de la OCDE y el total de exenciones tributarias suman alrededor de 2% del PIB (OCDE, 2015). Mientras que la proporción del impuesto a la renta de personas naturales representa cerca del 10% del total de ingresos en Perú (vs. 26% en la OCDE), la proporción del impuesto a la renta de las sociedades es de cerca del 30% (vs. 8% en la OCDE)”.

Además de la baja recaudación del impuesto a la renta, otro problema crítico en el Perú es que “Los impuestos sobre el patrimonio son poco utilizados en el Perú. Su recaudación equivale a la mitad de lo que se recauda en promedio en los países de América Latina y apenas a la quinta parte de lo que se recauda en promedio en los países de la OCDE”. No hay impuesto al patrimonio neto ni a las herencias, a pesar de que “un impuesto anual sobre el patrimonio neto está vigente en varios países de América Latina y de la OCDE. Por otro lado, hay un uso extensivo de impuestos sobre las herencias y/o donaciones entre vivos en el mundo” (Pecho, Velayos y Arias 2016).

Otra de las causas importantes de la baja recaudación fiscal es la extensiva aplicación de exoneraciones tributarias, algunas absolutamente regresivas. Estas exoneraciones, llamadas “gastos tributarios” son el 2,2% del PBI para el 2017³⁵, 15,493 millones anuales³⁶.

Hay algunas exoneraciones particularmente regresivas, es decir, que benefician exclusivamente a los grupos de ingresos medios y altos. Las universidades privadas con fines de lucro, por ejemplo, que en el Perú han crecido enormemente las últimas dos décadas, no pagan impuesto a la renta, siendo un negocio que parece ser bastante lucrativo en los últimos años; el dueño de varias de ellas, César Acuña, candidato presidencial el 2016, declaró que los ingresos que tenía ascendían a 55 millones de soles anuales. Se estima que por esto el estado pierde 104 millones de soles anuales³⁷. Las empresas agroexportadoras, que el 2016 vendieron al exterior US\$ 4,667 millones, pagan la mitad de la tasa de impuesto a la renta que la tasa general, lo que le representa al estado 184 millones de soles anuales que van a beneficiar exclusivamente a los dueños accionistas de estas grandes empresas. Las universidades y colegios privados, usados principalmente por la clase media y alta, están exonerados del IGV por 1,783 millones de soles, beneficio que no se otorga a otros bienes básicos como los servicios de salud. Los juegos y apuestas, como los casinos, un bien claramente no deseable y cuyo negocio está en manos de unas pocas cadenas, está exonerado del IGV, lo que le cuesta al estado 391 millones de soles anuales³⁸.

³⁵ MEF (2017): “Marco Macroeconómico Multianual 2017-2019”.

³⁶ Oficio 0031-2016-SUNAT, en https://es.scribd.com/document/329765543/Oficio-0031-2016-Respuesta-de-La-SUNAT#from_embed, consultado el 27 de febrero de 2017.

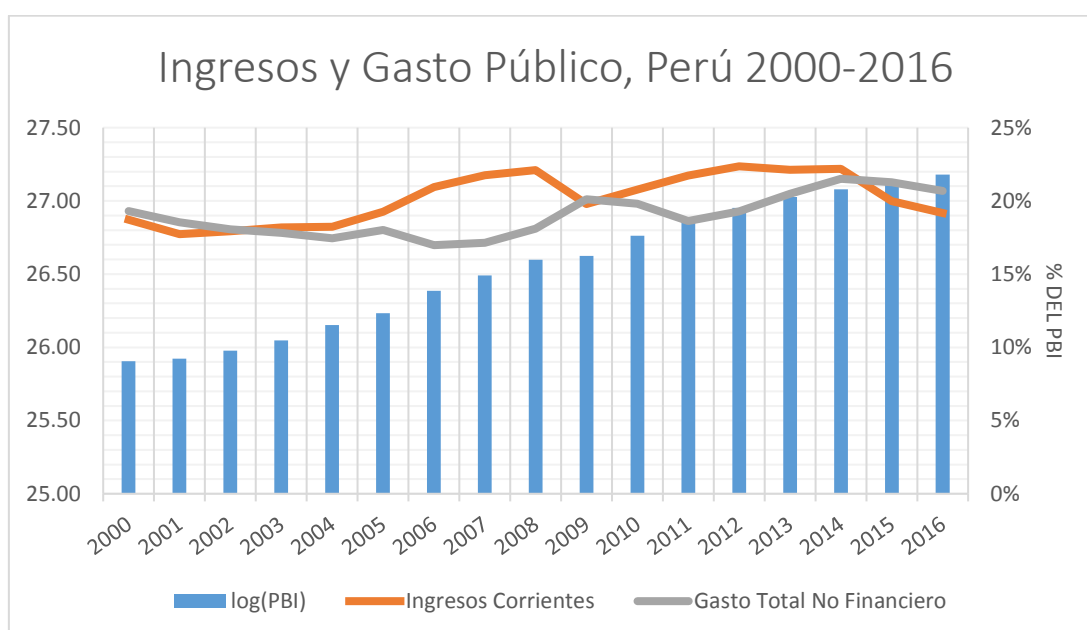
³⁷ Oficio 0031-2016-SUNAT, cuadro 5.

³⁸ Todos los datos de este párrafo provienen de Oficio 0031-2016-SUNAT, cuadro 5.

2. Macroeconomía, fiscalidad y gasto social en el milenio actual

Entre el 2002 y el 2012, una revisión de las cifras sin entender el contexto económico internacional podía dar la idea de que se estaba haciendo, como mandan los tratados internacionales en materia de derechos humanos, el máximo esfuerzo fiscal para garantizar derechos sociales, estableciendo mínimos universales y cerrando brechas entre distintos grupos. En efecto, entre el 2002 y el 2012, la presión tributaria y fiscal aumentó de 13% a 17% del PBI. Dado que simultáneamente se estaba registrando un crecimiento acelerado del PBI, que con un crecimiento promedio de 6% anual se duplicó en ese periodo; eso significó que en términos reales per cápita, la presión tributaria aumentó en 264% durante esos años, unos US\$680 per cápita de aumento de ingresos del estado.

GRAFICO 2



Elaboración Propia. Fuente: SIAF, BCR

Tal aumento en la recaudación permitió un aumento importante del gasto público y del gasto social. El gasto público no financiero aumentó de 17,4% del PBI el 2004 a 21,5% del PBI el 2014³⁹, mientras que el gasto en educación aumentaba de 2,9% a 3,5% del PBI y en salud de 1,1% del PBI a 2,3%⁴⁰.

Sin embargo, este aumento de la tributación, que ha sustentado el aumento del gasto, se debió de manera fundamental a un aumento de los precios de los metales y otras materias primas, que dieron lugar a un aumento de la recaudación (en particular del Impuesto a la Renta dadas las mayores utilidades de las empresas) y alimentaron el crecimiento económico. Los años posteriores, del 2012 en adelante, los precios de los metales y las materias primas han registrado una tendencia decreciente, trayéndose

³⁹ Fuente: Nota Semanal del BCRP, cuadro 105

⁴⁰ Cálculo propio, sobre la base de datos del SIAF-Consulta Amigable para el gasto público y BCRP para el PBI.

abajo la recaudación tributaria y la presión fiscal. En efecto, la presión tributaria entre 2012 y 2016 ha caído del 17 % del PBI al 14% el 2016.

El balance de expertos en materia tributaria (ver Mendoza y de Echave 2016, Oxfam 2016, Arias et al - CIES 2016) es que no se han hecho esfuerzos significativos en materia de reforma tributaria para reducir elusión y evasión, racionalizar exoneraciones, de tal manera que se puede caracterizar el periodo del boom minero como uno de “pereza fiscal”.

Más aun, lo cierto es que, aunque en el periodo del *boom* minero la presión tributaria aumentó significativamente, es claro que NO se realizó el mayor esfuerzo posible por conseguir recursos para garantizar derechos sociales a más peruanos. Mientras entre el 2008 y el 2012, auge del *boom* minero, la recaudación tributaria se duplicó aumentando en 13,000 millones de dólares anuales (de 13 mil a 26 mil millones), en realidad el Estado solo ha capturado una pequeña parte de la renta extraordinaria producida durante el boom minero, calculada en 139,000 millones de dólares para el periodo 2003-2015 (De Echave y Mendoza, Oxfam, página 75).

Por su parte, el Banco Mundial (2016b: cuadros 2.1 y 2.3) calcula que, entre 2004 y 2015 los ingresos extraordinarios (*windfall*) por mayores precios de las materias primas fueron en el Perú de 8% del PBI, el segundo mayor de los 8 países analizados, siendo muy limitada la porción de este ingreso adicional que “se devolvió” a los consumidores vía menores precios de importaciones por caída del tipo de cambio real (entre -0.5% y 0.8% del PBI, según dos metodologías distintas que constituyen topes máximos y mínimos en la estimación). El 8% del PBI equivale en el 2015 a 15 mil millones de dólares, y aplicando esa tasa al periodo 2004-2015 equivaldría a 128,000 millones. Según el Banco Mundial este aumento de ingresos habría teniendo un efecto nulo (cero) sobre el gasto público y el 16% del mismo habría ido a recaudación tributaria, dejando el otro 84% en manos de las empresas privadas, mayormente grandes capitales trasnacionales, que controlan las minas y demás materias primas.

En comparación con otros países andinos que también gozaron del boom minero, como Chile, mientras el Perú pasó de capturar 0,39% del PBI a 2,05% del PBI en renta minera, Chile pasó de 0,93% al 6,18% del PBI (CEPAL 2014: 288-289); es decir, unos 4 puntos porcentuales más del PBI, que en el caso peruano equivalen a más que todo el gasto en educación pública. Para la CEPAL: “la región no ha incorporado en la minería instrumentos orientados a asegurar la participación progresiva del estado en periodos de utilidades extraordinarias”. Como proporción de la renta minera, mientras en Chile los ingresos fiscales aumentaron de 14,4% en 2000-2003 a 35,7% en 2004-2009 y 25,9% en 2010-2012, en Perú lo que hubo fue un retroceso, bajando de 43% a 20% y luego a 17% (CEPAL 2014, cuadro VI.2).

En síntesis, durante el boom minero, a pesar de que hubo abundantes recursos económicos el Estado prefirió dejar que la mayor parte de las ganancias se quedaran en las empresas privadas y no priorizó los derechos sociales.

Pasado el boom minero y el auge temporal en los ingresos fiscales, los avances en el gasto público se han detenido y han pasado a registrarse recortes en el mismo. El gasto público no financiero retrocedió de 21,5% a 20,7% del PBI entre 2014 y 2016, a pesar de que el Perú pasó de tener superávits fiscales de hasta 2,3% en 2012 (superávits continuos entre 2006 y 2013 excepto por el año de la crisis financiera internacional 2009) a tener déficits en 2014-2016, llegando hasta 3% del PBI. Si bien el nivel de endeudamiento público (24,5 % del PBI al 2016, la mayor parte en moneda nacional) y de los activos financieros acumulados por el estado en el Fondo de Estabilización Fiscal, otorga amplio espacio para financiar estos déficits, el gobierno actual aplicó un fuerte recorte al gasto público en el último trimestre del 2016 y primer trimestre del 2017. De acuerdo al MEF (2017: 11): “en el último trimestre del 2016 se inició un proceso de racionalización y búsqueda de eficiencia en el gasto corriente, el cual contribuyó a reducir el gasto del Gobierno Nacional en contratos administrativos de servicios (CAS), viajes, consultorías, diversos servicios, etcétera en 8,9% real durante el 4T2016”. La razón de esta recorte sería que, según el mismo documento, “en el Perú se podrían conseguir ahorros fiscales mayores al 1% del PBI si se mejora la eficiencia del gasto, especialmente en sectores como Educación, Salud e Infraestructura”, aunque el MEF se apura a recortar el gasto antes de que se evidencia ninguna reforma que permita esta mejora de eficiencia planteada. La política anunciada era la de una rápida reducción del déficit, basada en el control del gasto y una optimista proyección de ingresos tributarios. El objetivo de esta política es asegurar que el Perú siga siendo bien calificado por las clasificadoras de riesgo internacionales, lo que facilita que las grandes empresas puedan obtener crédito más barato en fuentes internacionales: “Las medidas correctivas adoptadas por esta administración a fines del año pasado y el continuo compromiso con la estabilidad macrofiscal permiten que actualmente el Perú sea el único país de la región que cuenta con grado de inversión y cuyo panorama crediticio no ha sido revisado a la baja por ninguna de las tres principales agencias calificadoras de riesgo (S&P Global Ratings, Moody’s y Fitch Ratings). En contraste, el resto de países de la región presentan al menos una perspectiva negativa.” (MEF 2017: 10).

El 30 de abril de 2017, tras haber sufrido el país inundaciones y desastres graves durante el primer trimestre y con claras señales de desaceleración económica (Mendoza y Collantes 2017), el MEF emitió un Informe de Actualización de Proyecciones Macroeconómicas planteando una ampliación temporal del gasto público hasta 17,7% del PBI en el 2018 (casi 1 punto porcentual más que el 2016), que luego se iría reduciendo gradualmente hasta el 2021. En relación a los derechos sociales, sin embargo, resulta preocupante que esta proyección de política considera que el “consumo público”, es decir el gasto corriente del gobierno, que como se sabe incluye de manera significativa a los sectores de educación y salud, se va reducir de 12,6% del PBI el 2015, a 12,1% el 2016, 11,9% el 2017 hasta llegar a solo 11,3% el 2021 (MEF 2017: 52).

Por el lado tributario, el MEF plantea que “El proceso de consolidación fiscal también estará acompañado por un incremento significativo de los ingresos fiscales del Gobierno General. Se espera que estos se incrementen desde 18,7% del PBI en el 2016 a alrededor

de 20,0% del PBI en el 2021, impulsados por la profundización de las medidas tributarias adoptadas a fines del año anterior, la normalización de las devoluciones tributarias, así como el pago de impuesto a la renta de proyectos mineros como Las Bambas, Toromocho y Constancia. En este contexto, los ingresos del Gobierno General se incrementarán en aproximadamente S/ 62 mil millones entre el 2016 y 2021. Al alcanzar niveles cercanos al 20,0% del PBI en el 2021, los ingresos del Gobierno General estarán en línea con el promedio histórico 2000-2016 (20,4%) y muy por encima del promedio histórico si se excluye los ingresos provenientes de la minería y el sector hidrocarburos (18,4%)” (MEF 2017: 11). Frente a este informe, una institución pública autónoma como es el Consejo Fiscal (CF) considera que “las proyecciones de crecimiento económico e ingresos públicos para los años 2017-2018 son consistentes con el escenario internacional y local planteado. Sin embargo, el CF opina que la mejora sustancial prevista para estas variables durante los años 2019-2021 son optimistas. El CF urge se sustenten en detalle las medidas que abonarían al logro de estos resultados, en particular las referidas a la recuperación de los ingresos fiscales. El CF advierte que un sesgo optimista en las previsiones de crecimiento económico y recaudación sobreestima la capacidad real de gastar del gobierno”. Como se ve, hay espacio para la duda y la discusión en relación a las proyecciones de tributación y gasto público para los próximos años, los anuncios de política generan riesgos para el avance de los derechos sociales.

3. Gasto en Salud: tendencias y cambios

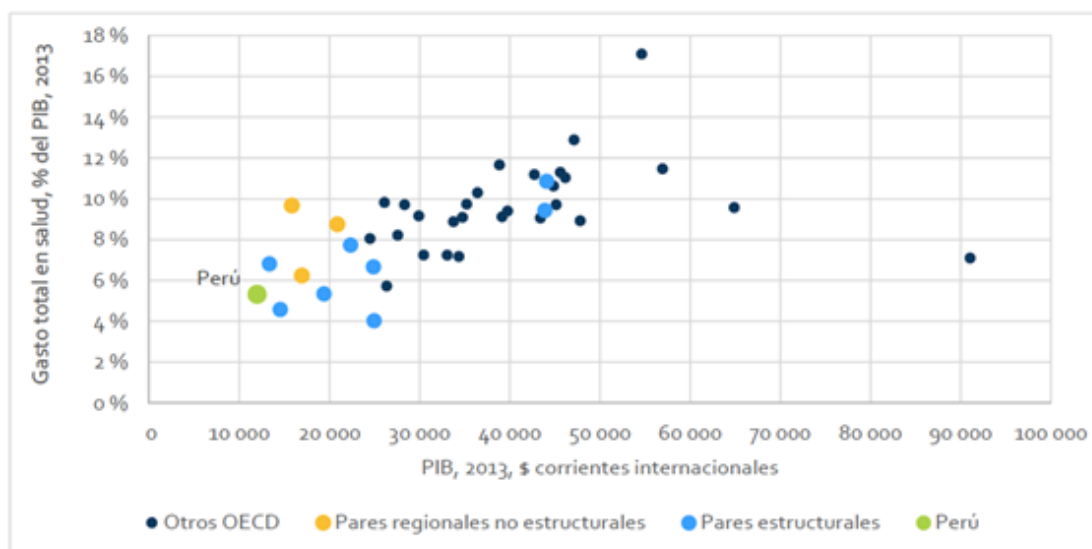
El gasto en salud tuvo un incremento importante pero a un ritmo lento hasta el 2014, y muestra en los últimos años y un preocupante tiro hacia la baja.

El gasto total en salud en el Perú asciende a 5,2% según el último cálculo existente (MINSA-OPS-OMS 201541). Este gasto habría crecido a partir del 2005, a una tasa superior al 10% entre 2005 y 2012, cuando en la década anterior al 2005 lo había hecho a un ritmo de apenas 0,5% anual. Sin embargo, como resalta el estudio de Cuentas Nacionales en Salud mencionado, todavía el Perú está lejos del 7,6% promedio latinoamericano, que es así 50% superior al peruano. El gráfico siguiente del Banco Mundial (2016) permite comparar el gasto en salud del Perú con el de los países de la OCDE a la que se quiere ingresar, así como países considerados “pares estructurales” por el BM.

⁴¹ Seinfeld y Besich (2014) una cifra de 5,1%, ligeramente inferior. El Banco Mundial (2016) indica que habría sido de 5,3% el 2013, frente a 7,99% de promedio latinoamericano y 12,3% en la OCDE.

GRÁFICO 3

GASTO TOTAL EN SALUD COMO PORCENTAJE DEL PBI



Comparando con otros países andinos, Bermejo (2017) señala que: “Gasto per cápita en salud (dólares americanos a precios actuales). De acuerdo a datos del Banco Mundial, Ecuador ha aumentado su inversión en 1,182%, pasando de USD 49 en 2000 a USD 579 en 2014. Para el mismo período, Perú aumentó el gasto en 378%, porcentaje similar al de Bolivia, que tuvo un aumento de 366%”. Según estas cifras, que incluyen tanto gasto público como privado, el aumento del gasto per cápita en salud habría sido similar al de Bolivia mientras que Ecuador habría tenido un aumento mucho mayor.

Sin embargo, una excesiva parte de este gasto en salud es gasto de bolsillo (el 36%), bastante por encima del límite de 20% sugerido por el Informe Mundial de la Salud 2010 con el objetivo de asegurar que acceder a la atención de salud no signifique gastos catastróficos que lleven a un empobrecimiento de los hogares. A pesar de la iniciativa del SIS para reducir este pago de bolsillo, “En general en el periodo 2010-2014, el gasto de bolsillo en soles constantes de los hogares en condición de pobreza, muestra una tendencia hacia un ligero incremento, destacándose que este es menor en los afiliados al SIS que en los no afiliados” (Petrera 2017).

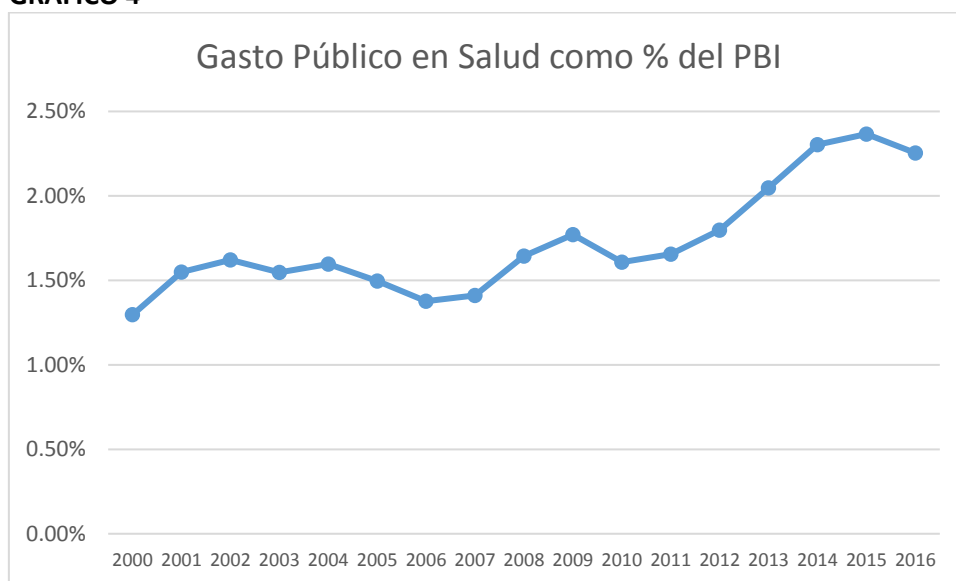
En relación al gasto público en salud, que es el más directamente relacionado al derecho a la salud, Seinfeld y Besich (2014: 4)⁴² indican que “El presupuesto para el sector salud (incluyendo la seguridad social) eran alrededor de 18% del gasto total del gobierno en 2012. Este porcentaje era bastante superior al 12% de promedio para los países de ingresos medios-altos (..) A pesar de esto, el gasto público en salud fue de 3,0% del PBI, debajo del promedio de los países de ingresos medios-altos de 3,4% y muy por debajo del promedio global, de 5,3%. El gasto público per cápita en salud, que era de US\$ 327 (en términos de paridad de poder de compra) en 2012 era un poco menor al promedio de países de ingresos medios-altos de US\$ 371 y cerca de la mitad del promedio global

⁴² Traducción propia

de US\$ 652”. Hay que resaltar que estos datos incluyen el gasto de la seguridad social, que en varios estudios en Perú se considera de manera separada al gasto público (como por ejemplo las Cuentas Nacionales en Salud). Una razón fundamental para este bajo gasto público en salud, que afecta el derecho a la salud, es que “el gasto social es bajo como porcentaje del PBI si se compara con países similares” (Genoni y Salazar 2015). Este bajo gasto público en salud es una de las causas fundamentales de las serias deficiencias en el derecho a la salud en relación a enfermedades no transmisibles, ya que como señala el Banco Mundial (2016: 10), “Dentro de la transición epidemiológica surgen otras condiciones como las neuropsiquiátricas, tumores malignos, problemas cardiovasculares cuyo costo de atención requiere nuevas o mayores asignaciones presupuestales”.

Un gráfico del gasto público sin incluir a la seguridad social muestra una tendencia creciente del 2000 hasta el 2014, aunque con subidas y bajadas, y un estancamiento posterior. En el periodo 2004-2010, primera parte del boom minero y con una fuerte ampliación de la capacidad de gasto fiscal del gobierno, no hay una tendencia clara en el gasto en salud, con subidas y bajadas, y un gasto como porcentaje del PBI que el 2010 era aún menor que el 2004. Esto refleja una oportunidad desperdiciada para la ampliación del disfrute del derecho a la salud. Una tendencia creciente se observa del 2010 al 2015, con retroceso posterior. El 2016 el gasto público en salud (sin seguridad social) ascendió a 13,5 miles de millones de soles, incluyendo 1,3 miles de millones de transferencias del SIS, lo que fue un 2% del PBI.

GRÁFICO 4



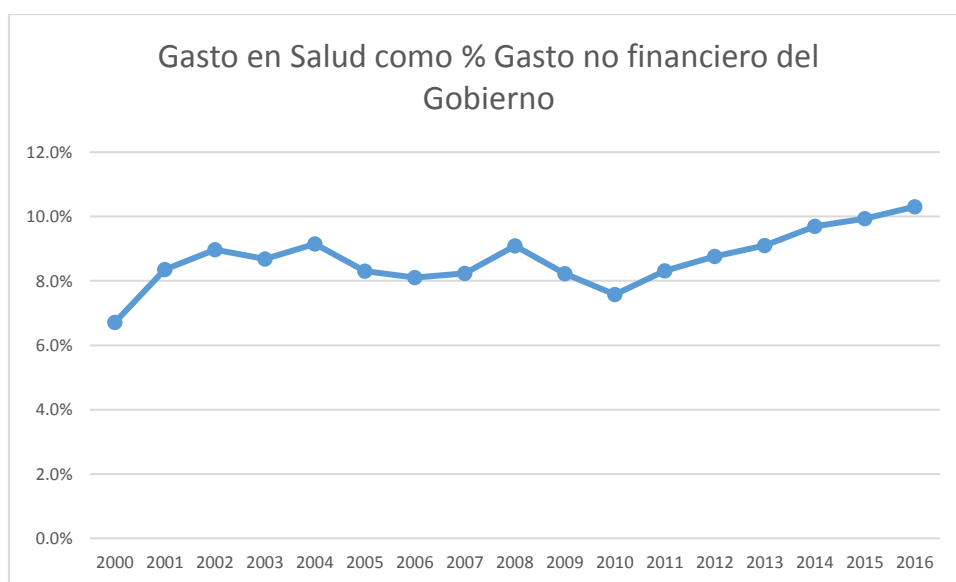
Elaboración Propia. Fuente: SIAF, BCR

Sin embargo, este ritmo de crecimiento es insuficiente para llegar a los niveles recomendados: “Entre 2004 y 2014 gasto total en salud respecto del PBI pasó de 4.6 por ciento a 5.5 por ciento, a la vez que el gasto público aumentó su participación de 2.5 por ciento del PBI a 3.3 por ciento. Es así que la evolución favorable del financiamiento de salud se ha debido tanto al crecimiento de la economía, cuanto al mayor esfuerzo de los sucesivos gobiernos en la asignación de recursos al sector. No obstante, el proceso ha

sido lento, ya que ha tomado 10 años incrementar el gasto en salud en un punto porcentual del PBI. Así, por ejemplo, alcanzar la recomendación de la Organización Mundial de Salud (OMS) de un gasto público en salud equivalente a 6 por ciento del PBI, tomaría a este ritmo no menos de tres décadas” (Midori de Habich - Mesa de Salud de la Iniciativa Diálogos de Política 2017).

Como porcentaje del gasto no financiero del gobierno, entre el 2004 y el 2010 la salud perdió prioridad dentro del gobierno, dedicándose una mayor parte de los recursos adicionales a otros fines. Salud pasó del 9% al 7,6% del gasto no financiero total (la caída es entre 2008 y 2010, con la crisis financiera mundial). Posteriormente al 2010 hay una recuperación y mayor prioridad al gasto en salud, que llega al 10% del gasto del gobierno. En total, entre el 2004 y el 2014, periodo del *boom minero*, un poco menos de la décima parte (9,95%) del aumento en el gasto del gobierno se destinó a salud⁴³.

GRÁFICO 5



Elaboración Propia. Fuente: SIAF, BCR

La tendencia que se registró a un cierto aumento en el gasto público en salud ha cambiado fuertemente. Así, “Considerado el gasto de salud individual en el sub-sector público, en el 2016 se observaría una reversión de la tendencia creciente del gasto, registrándose una contracción de 2 por ciento respecto del año previo (...) el comportamiento del rubro de inversión, luego de alcanzar un nuevo nivel en 2013 y mantenerlo hasta el 2015, registra una marcada disminución en 2016 (18 por ciento). Esta es una tendencia preocupante debido a la brecha de infraestructura existente en el sector y es contradictoria con el énfasis del actual gobierno en el cierre de brechas de servicios fundamentales para los ciudadanos” (Midori de Habich - Mesa de Salud de la Iniciativa Diálogos de Política (2017)).

⁴³ Cálculo propio, a partir de datos del SIAF y BCRP.

Sobre la suficiencia de estos recursos, el Seguro Integral de Salud sustentó que para el 2017 necesitaba, adicional a los 1,328 millones asignados, otros 1,441 millones (menos del 5% para gastos administrativos). Para ello había realizado un estudio actuarial algunos años antes.

4. Desigualdad en la distribución de recursos en salud

Finalmente, es importante anotar las grandes disparidades en la distribución de recursos en salud. En el 2014, un asegurado a EsSalud tenía un gasto per cápita total 64% superior al de un asegurado al SIS, a pesar de que esta brecha había disminuido en los últimos años, como muestra los siguientes cuadros extraídos de Banco Mundial (2016).

CUADRO 4

GASTO PER CÁPITA SEGÚN ASEGURAMIENTO

Tipo de (no) asegurado	Gasto mancomunado per cápita	Gasto de bolsillo per cápita	Gasto total
Asegurado EsSalud	770	425	1195
Asegurado SIS	569	161	730
No asegurado	459	293	752

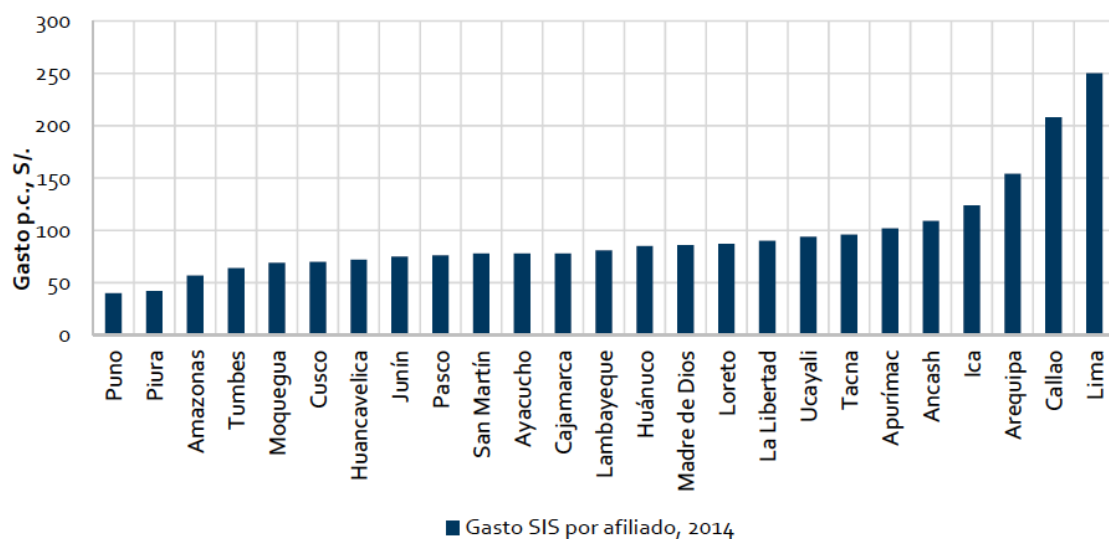
CUADRO 5

BRECHA FINANCIERA ENTRE ESALUD Y EL SECTOR PÚBLICO

Tipo de brecha	Monto, S/. 2014	% del gasto mancomunado en salud (público y EsSalud), 2014
Brecha gasto mancomunado	5 517 666 277	31 %
Brecha gasto de bolsillo	4 536 512 126	25 %
Brecha gasto total	10 054 178 403	56 %

Las brechas entre distintas regiones del Perú también son bastante grandes. Un asegurado al SIS en Moquegua recibe un gasto per cápita cinco veces superior al de Piura, y un asegurado a EsSalud recibe la sexta parte en Cajamarca que en Tacna. Hay que remarcar acá que las regiones que reciben un mayor gasto per cápita del SIS, como Lambayeque, Tacna, Arequipa, Lima y Moquegua son las regiones donde hay menor pobreza, mientras que regiones de alta incidencia de la pobreza como Cajamarca, Ancash, Huancavelica y Loreto son de las que reciben menos fondos per cápita.

GRÁFICO 6
GASTO POR AFILIADO DEL SIS POR DEPARTAMENTO 2014



Fuente: Extraído de Banco Mundial (2016): “Financiamiento de la salud en el Perú. Análisis de la situación actual y desafíos de política al 2012”.

En general las diferencias en el gasto per cápita van en contra de los más pobres. En Cajamarca, una de las regiones más pobres del país, hay solo un médico por cada 2 mil habitantes (menos de la mitad de la recomendación OMS), en Lima uno por cada 200 m(Banco Mundial 2016).

Estas realidades son las que generan que, en general, el gasto público en salud no sea mayormente redistributivo; comparando con otros países la OCDE en un estudio relativo a países emergentes señala que “el gasto público en salud es pro-pobre(es decir el gasto per cápita se reduce a medida que aumenta el ingreso de las personas) en Brasil, Chile, Colombia y Sudáfrica (..) En Indonesia y Perú el gasto per cápita tiende a aumentar con los ingresos, pero aun así reduce la desigualdad” (OCDE 2015: 293)⁴⁴.

5. Gasto público contra el cáncer

Hasta el 2012, el presupuesto para cáncer en general no tenía un programa propio, y solamente puede conocerse el gasto realizado por el INEN – Instituto nacional de enfermedades neoplásicas, que dirige el tema y administra un hospital de alta complejidad. Eso no quiere decir, sin embargo, que no hubiera servicios o departamentos especializados en oncología en otros hospitales de Lima y algunas

⁴⁴ Traducción propia. Ver más detalles en la figura 7.8 página 315 de la misma publicación.

regiones, ni mucho menos que a través de servicios como los de ginecología no se hicieran pruebas para detectar tempranamente cáncer de cérvix y mamas.

A partir del 2012, existe adicionalmente un programa presupuestal 0024 denominado “Prevención y control del Cáncer”, mediante el cual se asignan recursos para este tema a los gobiernos regionales, a las demás entidades ejecutoras de Lima (hospitales nacionales, hospitales y redes) agrupadas en el periodo 2014-2016 en el IGSS, y también recursos adicionales al INEN. Para hacer un cálculo del gasto total en cáncer, hemos sumado el presupuesto de este programa con el que el INEN, exceptuando su gasto administrativo central⁴⁵.

Para el 2016, el gasto para cáncer es de 805 millones de soles, de los cuales 639 millones provienen del Programa de Prevención y Control del Cáncer. Esto representa el 5,9% del gasto público en salud y apenas el 0,12% del PBI: poco más de una milésima parte de la riqueza generada en el país se destina a programas públicos de lucha contra el cáncer.

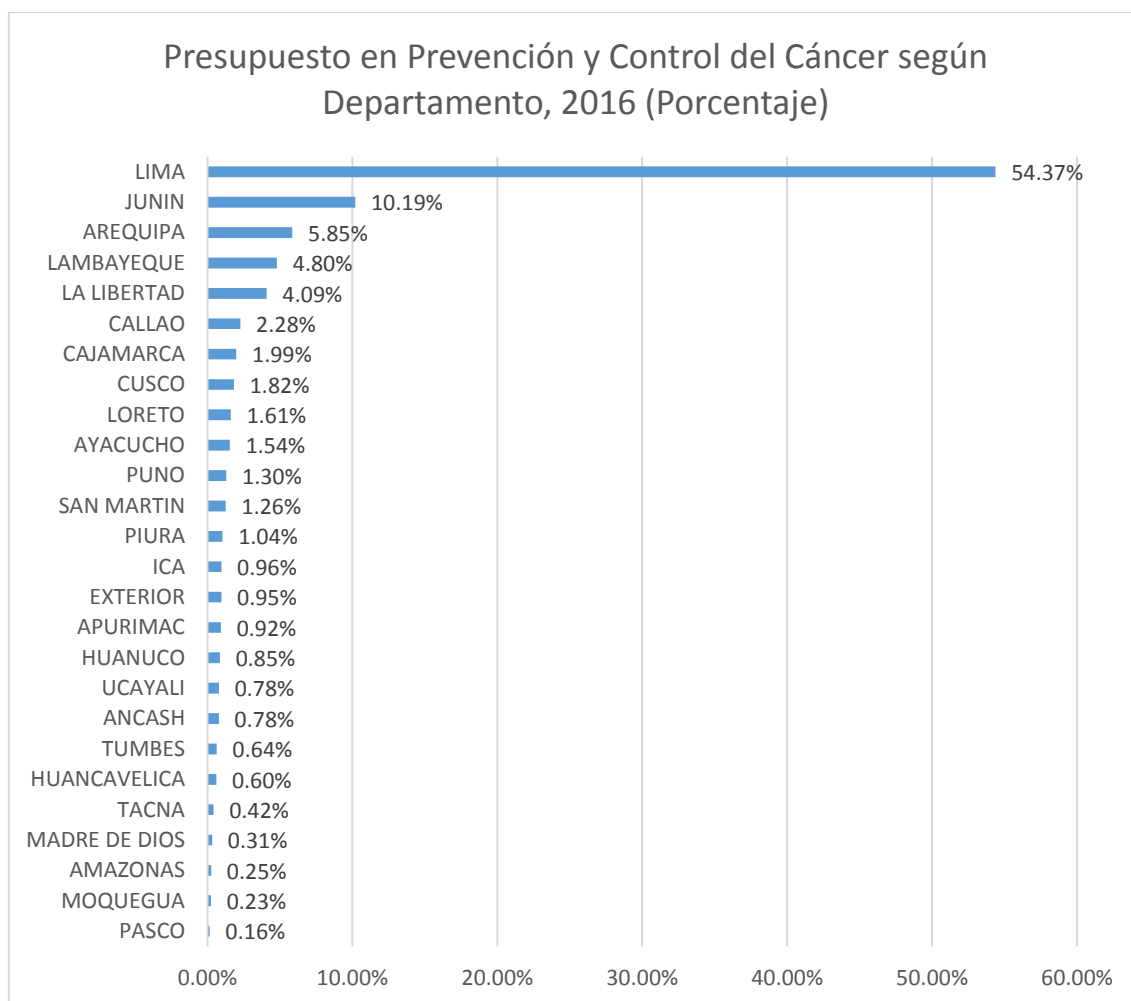
De los 639 millones del programa presupuestal de prevención y control del cáncer, el SIS gestiona 112 millones, la mayor parte de los cuales (83 millones) lo hace mediante el FISSAL, que como hemos señalado evalúa cada caso sin una promesa de pago por atenciones como el resto del SIS (el cual maneja así 27 millones). Esto configura en sí un problema para el derecho a la salud, puesto que el FISSAL no establece de manera explícita la atención gratuita de un paquete para una población afiliada⁴⁶. Otras partes de los recursos van a los gobiernos regionales directamente (el SIS también les transfiere a ellos) así como a los hospitales y redes de Lima, al propio Ministerio de Salud y el INEN. Si esto suena enredado y confuso, es porque efectivamente lo es, haciendo muy poco transparentes la asignación y uso de los fondos (ver anexo 2 para más detalles).

La asignación de este presupuesto entre departamentos es altamente desigual y profundiza las discriminaciones ya existentes. Lima, región donde la pobreza es menor al promedio y se han concentrado históricamente los recursos para salud y cáncer, sigue recibiendo ella sola más de la mitad del presupuesto para cáncer. El segundo lugar para Junín es un algo que solo sucede el 2016 debido a la construcción de un hospital regional para cáncer en esa región; las regiones que le siguen a Lima son aquellas que le siguen en población y desarrollo económico como Arequipa, Lambayeque y La Libertad, mientras regiones altamente pobladas y pobres como Cajamarca o Puno recibe un porcentaje mucho menor al que representa su población.

⁴⁵ Tomamos como gasto ejecutado el llamado “devengado”, siguiendo la práctica del BCR y el manual de finanzas públicas del FMI de considerar como gasto realizado a aquél que deviene de contratos firmados con productos entregados, aun cuando los cheques no hayan sido firmados (que sería el gasto “girado”).

⁴⁶ Para una discusión general sobre el tema de la definición de paquetes de atención, ver Glassman et al (2017)

GRÁFICO 7



Elaboración Propia. Fuente: SIAF

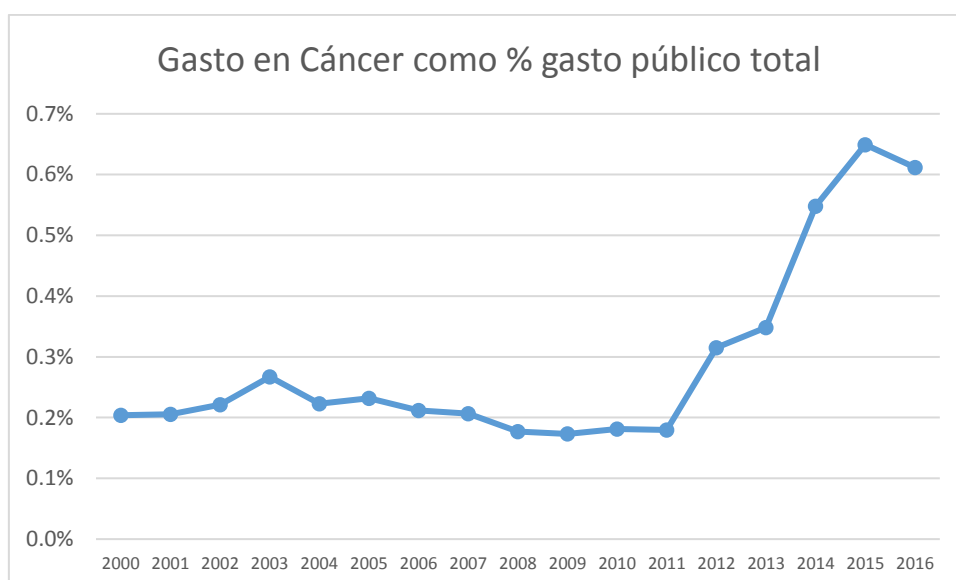
En referencia a la mala distribución del presupuesto discriminando contra los más pobres, no habría que olvidar el “presupuesto escondido” de las exoneraciones tributarias a los medicamentos para el cáncer, que por Ley 27450 están exonerados de aranceles e IGV desde el 2001. El cálculo de la SUNAT es que estas exoneraciones para cáncer, VIH y diabetes suman 79 millones de soles al año⁴⁷. Un estudio del MINSA-DIGEMID (2010) encontró que el estado pierde entre 7 y 9 millones de dólares al año por estas descargas tributarias, a pesar de lo cual la mitad de los medicamentos analizados no bajó de precios y todos ellos tenían una tendencia de precios al alza. Un caso particular recientemente analizado es el de Trastuzumab, para el cáncer de mama, fabricado por la empresa Roche, costando cada ampolla 3, 501 dólares en el Perú, \$ 2,571 en Costa Rica; \$ 1, 918 en Colombia y \$1,730 en Uruguay (Rojas 2015). El precio en la india sería de apenas US\$ 756 La cuestión es que este solo medicamento, el 2014, le costaba al estado peruano 35 millones de soles, y solo ese único producto era el 36% de todo el gasto público en medicamentos contra el cáncer. Teniendo exoneraciones tributarias y costándole el estado peruano más del doble de lo que cuesta en Uruguay,

⁴⁷ Oficio 0031-2016-SUNAT, cuadro 5.

hay espacio para preguntarse si la gestión de las compras del Trastuzumab no es una en la que la prioridad son las ganancias de las trasnacionales farmacéuticas, a costa de peruanos y peruanas que se quedan sin tratamiento contra el cáncer. En otro caso similar en relación al VIH/SIDA, del Atazanavir, se ha discutido y propuesto en el Perú la aplicación de licencias obligatorias o importaciones paralelas, mecanismos permitidos por la Declaración de Doha de la OMC por necesidad de salud pública; sin embargo, hasta la fecha no se han tomado estas medidas, habiendo presiones públicas argumentando las presiones de congresistas y funcionarios de los EE.UU en torno al TLC firmado con ese país.

El crecimiento de recursos asignados al cáncer ha permitido que el gasto en este rubro aumente de alrededor de 0,2% del gasto público no financiero en la primera década del milenio, hasta el casi 0,6% el 2016.

GRÁFICO 8



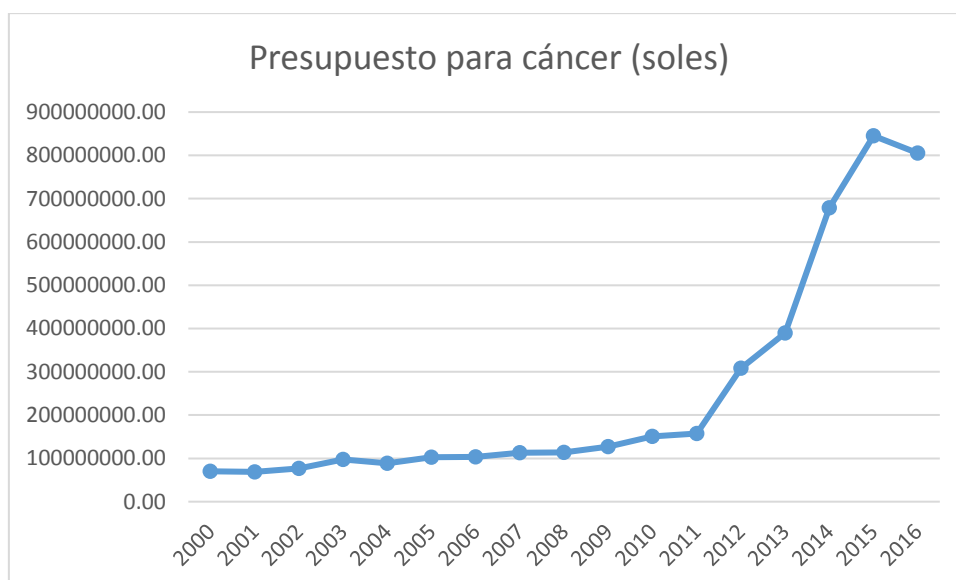
Elaboración Propia. Fuente: SIAF, BCR

Sin embargo, hay que anotar que entre el 2004 y el 2014 el aumento en el financiamiento público para el cáncer fue de solo el 8% del aumento que en ese periodo hubo en el gasto público en salud y del 0,8% del gasto público total⁴⁸. En otras palabras en un periodo de auge fiscal, producto de los buenos precios de los metales de exportación, hubo una asignación de algunos recursos adicionales a la salud y al cáncer, pero de ninguna manera puede considerarse que éstos fueran grandes o suficientes. Un tema no evaluado hasta el momento es el efecto sobre la salud de las personas, y en particular sobre posibles cánceres, de la contaminación con metales pesados que se da en el agua y el ambiente como producto de la explotación minera. Recuérdese asimismo que, si bien hubo una recaudación tributaria creciente en el periodo 2004-2012, hubo muchas oportunidades de mayor recaudación que no se aprovecharon, frente a las cuales el gasto asignado al cáncer es una pequeñísima proporción.

⁴⁸ Los porcentajes no cambian en este orden de magnitud si el periodo se extiende al 2015.

Como se ve en el gráfico, el gasto público en cáncer se multiplicó entre el 2011 y el 2015, para caer ligeramente el 2016. Para el 2017 hay nuevos recortes, ya que el presupuesto actual para el programa de prevención y control del cáncer es de 650 millones⁴⁹, presupuesto que para el 2016 ascendió a 705 millones.

GRAFICO 9



Elaboración Propia. Fuente: SIAF

A esto se añade un recorte del presupuesto para los únicos 2 hospitales regionales que atienden cáncer fuera de Lima; en palabras del exministro de salud Oscar Ugarte: “Así, por ejemplo, el Instituto Regional de Neoplasias de Trujillo, dependiente del Gobierno Regional de La Libertad, tuvo en el 2014 un presupuesto de S/21 millones, en el 2015 fue similar, en el 2016 fue de 24 millones y lo aprobado para el 2017 se ha reducido a 15 millones. En el caso del instituto de Arequipa, en el 2014 su presupuesto fue de 14 millones, en el 2015 de 16 millones, en el 2016 subió a 20 y en el 2017 ha sido reducido a 11 millones” (Ugarte 2017).

El recorte del presupuesto para cáncer parece estar estrechamente ligado a la política tributaria y fiscal. En un contexto de reducción del déficit hasta 2,5% del PBI al mismo tiempo que las políticas del gobierno arrojan limitadas posibilidades de mayor recaudación, el conjunto del gasto social está bajo asedio. En este contexto, programas nuevos donde no se ha establecido de manera clara los derechos de la gente, donde la ejecución del gasto tiene múltiples responsables en distintos niveles entrecruzados y la participación ciudadana es escasa, corren serios riesgos de retroceso presupuestal y de goce de derecho a la salud.

⁴⁹ Se refiere al Presupuesto institucional modificado – PIM, consulta hecha al SIAF el 4 de marzo de 2017.

Sin embargo, la ejecución del presupuesto es también un problema serio al 2017. Terminado noviembre⁵⁰, es decir a poco de que culmine el año, del presupuesto del programa 024 Prevención y Control del Cáncer se había gastado solamente el 74% (547 millones) del presupuesto modificado PIM (739 millones) es decir, se estaban quedando más de 200 millones de presupuesto sin gastar. Si bien una parte importante era por retraso en la ejecución de inversiones, que es sabido suele suceder por diversos problemas en los estudios y ejecución de las obras, también ha habido una baja ejecución en bienes y servicios, donde se han gastado 209 de 296 millones. El INEN, por su parte, de su presupuesto histórico, no vinculado al programa 024, en lo que se llama “asignaciones presupuestales que no resultan en productos”, había gastado menos del 60% (134 millones de 225 millones asignados).

5. Evaluación general de los factores políticos y de política fiscal en relación al derecho a la salud frente al cáncer

Una evaluación general del derecho a la salud frente al cáncer muestra que ha habido una reacción muy tardía, débil y poco sostenida del estado peruano frente a este problema, evidenciándose un serio riesgo de retroceso en este derecho luego de que, tras haber sido totalmente dejado de lado, se realizaran algunos avances en el periodo 2012-2015. El hecho de que la Constitución y las leyes no establezcan el derecho a la salud con la firmeza necesaria, que haya una participación y movilización ciudadana limitada frente a este tema y que entre la población peruana se haya hecho “costumbre” el pago por servicios de salud públicos ante la imposibilidad del disfrute efectivo de este derecho, han abonado a este resultado.

En las últimas décadas el Perú ha logrado avances significativos en relación a las enfermedades transmisibles y la salud materno-infantil en base a una buena estrategia de atención primaria de bajo costo (la que parece haberse detenido o al menos ralentizado en el último quinquenio). Sin embargo, no ha seguido el mismo ritmo la respuesta frente a enfermedades de mayor costo como el cáncer y otras no transmisibles, que exigen una inversión significativa, un mayor gasto corriente en salud y una reforma para el fortalecimiento de redes de atención con capacidad para atenciones especializadas de mediana y alta complejidad. Tal diferencia puede deberse a la poca priorización del gasto público en salud que contrasta con las mayores exigencias presupuestales para enfrentar el cáncer, así como a políticas que no han dado prioridad a la salud como un derecho universal.

La debilidad estatal en la respuesta frente al cáncer, que es aún más grave en el caso de otras enfermedades no transmisibles, genera una marcada discriminación y desigualdad. Mientras en el caso de enfermedades transmisibles y materno-infantil las brechas de desigualdad en el acceso a atención básica se han ido cerrando, no ha sido así para las enfermedades no transmisibles y el cáncer. Un sistema de salud altamente centralizado en su atención hospitalaria en Lima y unas pocas grandes ciudades y con un primer nivel

⁵⁰ Los datos que siguen provienen del SIAF-Consulta Amigable del Gasto (actualización diaria) al 4 de diciembre de 2017.

que no integra la atención para estas enfermedades, genera grandes dificultades de acceso a la información y detección temprana y altos costos adicionales de transporte y manutención para los pobladores rurales y de provincias que necesitan tratamiento para el cáncer. Eso ha llevado a una situación sumamente discriminatoria en el caso del cáncer contra las poblaciones rurales, indígenas y provincianas. Las barreras al acceso de prevención, detección temprana y tratamiento de cáncer se van acumulando entre estos grupos sociales históricamente desfavorecidos, determinando que el sufrimiento, la discapacidad y la muerte por cáncer los golpee mucho más.

Los escasos recursos destinados a la salud son una causa fundamental de los problemas de cobertura de la atención a enfermedades no transmisibles y en particular el cáncer. La estrechez presupuestal está a la base de políticas tales como la aprobación de un primer Plan Esencial de Aseguramiento en Salud que dejaba sin cobertura de tratamiento frente al cáncer cervical y de mama, de tal manera que hasta el 2011 en el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas apenas una tercera parte de los pacientes era cubierto por el SIS mientras casi la mitad se atendía gracias a pagos de bolsillo⁵¹.

En este contexto de políticas de salud poco favorables a los derechos, y de un auge económico y fiscal gracias a una muy favorable situación económica internacional, el gobierno anterior lanzó el llamado “Plan Esperanza” para la “atención integral del cáncer y mejoramiento del acceso a los servicios oncológicos en el Perú”, y entre el 2012 y el 2014 le asignó recursos presupuestarios que le permitieron avanzar en el derecho a la salud frente a esta enfermedad (aunque debe señalarse que no sucedió lo mismo para otras enfermedades no transmisibles como la diabetes o las enfermedades cardiovasculares, que también tienen una importante incidencia en el Perú). Así, el presupuesto para cáncer subió de 157 millones de soles el 2011 a 845 millones el 2015.

El avance en el derecho a la salud en relación al cáncer y las enfermedades no transmisibles requiere además una reforma en la organización del sistema de salud peruano. La necesidad de una reforma de la salud ha sido largamente discutida desde hace dos décadas, sin mayores avances, y se vuelve una necesidad cada vez más urgente dado el cambio del perfil demográfico y epidemiológico, que resta preponderancia a las enfermedades transmisibles y la salud materno-infantil en la carga total de enfermedad y le da una importancia mucho mayor de las enfermedades no transmisibles. Este cambio implica también necesarios cambios en la organización del sistema de salud, ya que mientras el sistema actual está diseñado y tuvo niveles de eficacia para una atención ambulatoria primaria de bajo costo con contactos esporádicos con la población cuando estos se enfermaban, el nuevo perfil epidemiológico demanda un sistema de salud con contacto mucho más continuo y de mucho mayor seguimiento a las personas a su cargo y en el que las especialidades médicas, los métodos de diagnóstico moderno, la cirugía y los procedimientos de día tienen importancia central. Esta propuesta guarda relación con el plan de inversiones planteado para reforzar la capacidad de los llamados “establecimientos estratégicos”, de tal manera de generar una red que permitiera un mayor acceso a atenciones de salud de mediana complejidad.

⁵¹ Fuente: Decreto Supremo 009-2012-SA que aprueba el “Plan Esperanza”. La situación era aún más grave el 2008, cuando el SIS cubría apenas el 16% del gasto y el 60% era gasto de bolsillo, al alcance de solo las clases medias y altas.

Sin embargo el 2016, en un contexto de caída de ingresos tributarios y, desde julio con un nuevo gobierno que recorta el gasto público, este presupuesto contra el cáncer se redujo a 805 millones. Al mismo tiempo, el Consejo de Ministros y la Ministra de Salud, en base a una delegación de facultades legislativas aprobada por el Congreso, promulgaron un Decreto Legislativo que le restaba autonomía al INEN – Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, lo que devino en una confrontación con autoridades de éste y con la mayoría del congreso, y finalmente en la derogatoria del mencionado DL. No habiendo una estrategia del nuevo gobierno frente al cáncer, no habiendo tomado éste ninguna iniciativa ni decisión publicada en relación al Plan Esperanza, lo que se observa es una paralización de este programa frente al cáncer, patente en la baja ejecución del presupuesto. Tampoco se anuncia nuevas estrategias frente a otras enfermedades no trasmisibles.

¿Por qué se destina tan poco presupuesto a la salud?, Por parte del estado, el problema central está en la escasa recaudación; como muestra Cotlear (2006), en el Perú el gasto en salud como porcentaje del presupuesto está en la región en un nivel intermedio (con 3,2% del PBI y entre 7% y 13% del gasto público total), pero el problema mayor es que el Perú está entre los países de Latinoamérica con menor gasto público total (debajo del 19% del PBI). Esto no quiere decir que no se podría aumentar el gasto en salud dándole más prioridad en relación a otros rubros; sin embargo, hay que considerar que el Perú también tiene un bajo gasto público en educación, un menor aún gasto en protección social, una cobertura de agua potable que está lejos de ser universal, enfrenta una geografía difícil que requiere inversión en infraestructura vial y un problema de seguridad ciudadana que la población ve crecientemente como el más importante. A eso se suma ahora la necesidad de obras de reconstrucción tras los desastres climáticos que han azotado el país en los primeros meses del año. Viendo el panorama más amplio y considerando que hay otros derechos humanos fundamentales en juego, se observa que se podría dar más prioridad presupuestal a la salud pero que el margen de juego no es muy grande.

El punto álgido parece ser, entonces, el bajo monto del presupuesto total, que está directamente asociado a la baja recaudación tributaria. Con apenas 15% del PBI de ingresos tributarios del estado, el Perú está lejos del promedio latinoamericano y más lejos aún del promedio de la OECD. Ese es la causa inmediata más importante de los serios déficits que tiene el estado en garantizar adecuadamente el derecho a la educación, así como otros derechos sociales.

La baja recaudación y acción social del estado tiene causas políticas e históricas. La república peruana nació de espaldas a las mayorías nacionales y a los derechos sociales, registrando breves lapsos de democracia interrumpidos por múltiples gobiernos militares. Al retornar la democracia en 1980 estalló un cruento conflicto armado interno en el que, una vez más, los más afectados fueron los indígenas (75% de las víctimas eran quechua hablantes según la CVR). El auto golpe de Fujimori en 1992 acabó con la democracia y estableció una política neoliberal propiciadora de un “estado mínimo” junto a un clientelismo autoritario. Recién se recuperó la democracia en 2001, pero la misma no ha logrado fortalecerse ni enraizarse, a tal punto que apenas 13% de los peruanos considera que el estado gobierna para el bien de todo el pueblo, mientras 84% cree que gobierna para algunos poderosos. Hay, pues, un claro déficit democrático en

el Perú, que ha sido caracterizada como una “república sin ciudadanos”⁵². No habiendo movimientos sociales fuertes, opinión pública y ciudadanos reclamando por sus derechos, estos se hacen realidad muy lentamente.

Por otro lado, el estado peruano ha mantenido una estrecha relación con los grupos de poder económico, uno de cuyos intereses ha sido precisamente el tener una reducida carga tributaria. La OCDE señala las claras limitaciones de una recaudación baja y, además, donde predominan los impuestos indirectos, mientras que quienes tienen grandes ingresos pagan muy poco. Las exoneraciones tributarias a algunos sectores son reveladoras al respecto. El fenómeno de un estado donde las grandes empresas tienen mecanismos privilegiados de acceso ha sido documentado por Francisco Durand, primero en “¿Mano invisible o manso silenciosa? La mano visible en el estado”⁵³ y luego en “Cuando el poder extractivo captura el Estado: lobbies, puertas giratorias y paquetazo ambiental en Perú”⁵⁴. Si a ello sumamos el predominio de una ideología neoliberal, para la cual los derechos son algo molesto e inconveniente frente a un mercado y una empresa que deben reinar con la mayor libertad posible, se completan las razones políticas por las cuales la recaudación, el gasto público y el gasto social son bajos en el Perú. Las podemos resumir en tres: escaso avance de la democracia para reclamar derechos sociales, intereses concentrados con capacidad de capturar el estado y evitar impuestos, ideología dominante que privilegia el mercado y lo empresarial a los derechos.

En el caso del derecho a la salud, hay lamentablemente poca conciencia ciudadana y los acuerdos políticos al respecto son magros, de tal manera que aunque la población se queja por los malos servicios públicos, ha devenido en ser aceptado socialmente que no hay garantías de una atención gratuita y que es “normal” que se tenga que pagar por medicamentos, exámenes o atenciones en salud. La práctica colonial que establecía una atención de salud vinculada a la caridad (entonces organizada en torno a instancias eclesiales) y no a derechos, se ha prolongado hasta los tiempos actuales. El SIS – Seguro Integral de salud quiso enfrentar esos pagos y barreras económicas a la atención, pero aunque las redujo, nunca logró su eliminación total y careció siempre del presupuesto necesario para garantizar que los derechos que ofrecía pudieran estar efectivamente garantizados. Hay acá un claro contraste con el hecho de que la población peruana en su conjunto y en especial las mayorías excluidas han considerado desde hace décadas la educación como la principal vía de progreso de sus hijos a la que dedican muchos recursos y valoran en especial el derecho a la educación básica gratuita. Por otro lado, hay una similitud entre una educación superior que ha devenido en mayoritariamente privada con el acceso en función de la capacidad de pago, y lo que sucede en salud en relación a las enfermedades no transmisibles y de mayor costo.

⁵² Ver por ejemplo PNUD (2006): “La democracia en el Perú: proceso histórico y agenda pendiente”, PNUD, Lima.

⁵³ Durand, Francisco (2006): “¿Mano invisible o manso silenciosa? La mano visible en el estado”, DESCO – Fundación F. Ebert, Lima.

⁵⁴ Durand, Francisco (2015): “Cuando el poder extractivo captura el Estado: lobbies, puertas giratorias y paquetazo ambiental en Perú”, Oxfam, Lima.

6. Recomendaciones: derecho a la salud, políticas de salud y fiscalidad

1. Reforma de la salud para atender viejas desigualdades y los retos del nuevo perfil epidemiológico

Las brechas de inequidad en atención básica exigen un esfuerzo especial por mejorar la cobertura y la efectividad de la atención en las zonas rurales, donde aún viven más de la cuarta parte de los peruanos y todavía hay serias desigualdades en materia de enfermedades transmisibles y salud materno- infantil que representan violaciones inaceptables al derecho a la salud. En estas áreas, es necesario integrar los esfuerzos del SIS con las necesidades de una adecuada política de recursos humanos, el equipamiento de establecimientos de mediana complejidad y las facilidades para el traslado y la permanencia de pobladores rurales.

Simultáneamente, está el reto de responder a las enfermedades no transmisibles con promoción, prevención, detección temprana y tratamiento oportuno y eficaz. No puede seguir dejándose de lado estas enfermedades dejándose sin derecho a la salud en relación al 690% de la carga de enfermedad actual en el Perú. Para ello es necesario: i) dar un salto en promoción de la salud para enfermedades no transmisibles; ii) diseñar programas de salud pública que enfrenten integralmente la atención de las nuevas enfermedades crónicas prevalentes, desde la detección temprana y el seguimiento continuo a los pacientes.

Un reto primordial en este sentido es lograr que en las zonas rurales y provincias alejadas haya permanentemente los médicos, enfermeras y profesionales necesarios, cuando los incentivos los jalan a las ciudades. En estas zonas los pagos a los médicos y profesionales no son mayores que en las ciudades, y tanto la calidad de vida (por la inexistencia o debilidad de servicios como los de vivienda, educación, cultura, recreación y comercialización de bienes y servicios en general), como las oportunidades de capacitación y de trabajos adicionales son mucho menores, por lo que hay grandes dificultades de contratación y poca permanencia.

Responder a las enfermedades no transmisibles con prevención y detección temprana exige reorganizar las redes y servicios de salud en función de estas demandas de la desigualdad y las enfermedades no transmisibles. La forma como en el Perú se ha acostumbrado a tratar la salud, en base a contactos esporádicos orientados a atender episodios agudos de enfermedad, es altamente ineficaz en este contexto. La organización de los servicios en base a centros de salud de baja capacidad de diagnóstico y hospitales para internamientos y casos complejos, desenfocados de la carga de enfermedad prevalente, también es inoperativo. Por ello, la opción de organizar redes de salud con centros de mediana complejidad, con especialistas y métodos modernos de diagnóstico, capaces por ejemplo de hacer y procesar papanicolaus y mamografías, es fundamental para permitir el acceso a estos servicios de la población rural y provinciana.

Junto a responder a este déficit, se requiere i) dar un salto en promoción de la salud para enfermedades no transmisibles; ii) diseñar programas de salud pública que enfrenten integralmente la atención de las nuevas enfermedades crónicas prevalentes, desde la detección temprana y el seguimiento continuo a los pacientes, iii) organizar para estas atenciones los servicios de los múltiples prestadores desde un ente comprador como el SIS.

2. Políticas fiscales y derecho a la salud

Teniendo el disfrute del derecho a la salud un enorme déficit para quienes sufren cáncer y otras enfermedades no transmisibles de alto costo, y siendo el gasto público en salud como porcentaje del PBI sumamente bajo en relación a los países de la OCDE y de los pares latinoamericanos, es claro que el estado tiene que invertir más en la salud.

Parte del abordaje de la ampliación del gasto público en salud en relación a las enfermedades no transmisibles y de alto costo pasa por la política en relación al aseguramiento contributivo. Ante la existencia de un sistema segmentado de salud, donde una cuarta parte de la población es cubierta por un seguro contributivo como el de Essalud, parte de la política tiene que ser también la ampliación de la cobertura de ese aseguramiento, en primer lugar en términos de cobertura poblacional, pero en segundo lugar también en términos de garantizar acceso real a los asegurados a la prevención, detección temprana y tratamiento del cáncer. Esto demanda, por un lado, una mayor fiscalización laboral para que las empresas declaren a los trabajadores dentro de su planilla y paguen sus contribuciones, así como facilitar la afiliación al seguro social de independientes e informales.

Lo principal en términos de derecho a la salud está, sin embargo, en relación a los no asegurados, que presumiblemente seguirán siendo la mayoría de la población al menos durante las siguientes dos o tres décadas. En las condiciones actuales en las cuales la presión tributaria ha disminuido debido a los menores precios internacionales de las materias primas, esto demanda, por un lado, establecer medidas para elevar la recaudación fiscal, y por el otro establecer claramente compromisos anuales e interanuales de mayor priorización de la salud en el presupuesto. Una prioridad presupuestal que debe quedar claramente establecida es que no se puede retroceder en materia de los recursos asignados al Seguro Integral de Salud – como ha sucedido en los últimos 2 años – y al cáncer.

Hay algunas medidas que pueden plantearse que vinculan o amarran ambas cosas, facilitando además su aplicación. En efecto, cuando se plantean medidas de mayor recaudación fiscal estas se topan con resistencia de los grupos afectados, pero en el Perú al mismo tiempo concitan poco respaldo de la ciudadanía debido a la alta desconfianza existente en las instituciones del estado y los partidos políticos (según Latinobarómetro 2016, apenas 13% de los peruanos cree que se gobierna para el bien de todo el pueblo, mientras 84% cree que se gobierna para algunos poderosos). Así, si la ciudadanía no ve una vinculación fuerte entre medidas tributarias y mejora de servicios públicos y derechos, está poco dispuesta a apoyar tales medidas y éstas tienen mayor dificultad política en implementarse. Por esa razón, mecanismos que establezcan que determinadas medidas tributarias generan ingresos que serán específicamente destinados a la mejora de derechos fundamentales como la salud, pueden ser

interesantes. Por ejemplo, se podría vincular la eliminación de las exoneraciones de algunos impuestos o el establecimiento de mayores tasas para el alcohol, el tabaco, los alimentos con excesivo contenido de grasas trans u otros bienes que generan daños a la salud, con el aumento del presupuesto para el SIS u otras formas de organizar una ampliación de derechos en salud en relación en particular al cáncer y las enfermedades no transmisibles.

Esta medida, sin embargo, debe ir acompañada de un compromiso serio, establecido por ley y ratificado en las leyes de presupuesto, de elevar el porcentaje del PBI destinado a la salud, ya que de lo contrario se corre el riesgo de que el MEF otorgue estos fondos especialmente destinados pero al mismo tiempo reduzca otros presupuestos orientados a la salud.

7. BIBLIOGRAFIA

AIS LAC (2009): “Cáncer: costos de tratamiento en Perú”, AIS LAC Serie Investigaciones y monografías No. 28/2009.

Banco Central de Reserva (2017): “Nota semanal”.

Banco Mundial (2016): “Financiamiento de la salud en el Perú. Análisis de la situación actual y desafíos de política al 2012”.

Banco Mundial (2016b): “The Commodity Cycle in Latin America: Mirages and Dilemmas”, Semiannual report - Office of the Regional Chief Economist, April 2016.

Bernal, Noelia, Miguel A. Carpio and Tobias J. Klei (2014): “The effects of access to health insurance for informally employed individuals in Peru”, April 2014, UDEP.

Bermejo, Alfonso (2017): “Crecimiento, educación y salud en la región andina”, en Noticias Ser, <http://www.noticiasser.pe/21/06/2017/ideas-del-sur/crecimiento-educacion-y-salud-en-la-region-andina>, 21 junio 2017

CARE-OXFAM (2005): “Haciendo realidad nuestros derechos: aprendizajes de la aplicación del enfoque de desarrollo basado en derechos.” CARE – Oxfam, Lima

CEPAL (2014): “Pactos para la igualdad. Hacia un futuro sostenible”, Santiago de Chile.

Cotlear, D, editor (2006): “Un nuevo contrato social para el Perú”, Banco Mundial, Washington DC.

Cotlear, Daniel y Christel Vermeersch (2016): “Peruvian lessons for the transition from MDGs to SDGs”, The Lancet Global Health, Volume 4, Issue 6, June 2016, Pages e353-e354.

Conferencia Nacional de Salud Agosto 2002 (2003). “La salud un derecho para todos.” ForoSalud - Consorcio de Investigación Económica y Social, Lima.

Danaei G, Vander Hoorn S, Lopez AD, Murray CJ, Ezzati M; Comparative Risk Assessment collaborating group-Cancers (2005).” Causes of cancer in the world: comparative risk assessment of nine behavioural and environmental risk factors“ Lancet. 2005 Nov 19;366(9499):1784-93.

Denny, Lynette et al (2017): “Health, equity, and women’s cancers. Interventions to close the divide for women with breast and cervical cancer between low-income and middle-income countries and high-income countries” ”, The Lancet Volume 389, No. 10071, p861–870, 25 February 2017–870

Defensoría del Pueblo (2015): “Informe Defensorial 169 : La defensa del derecho de los pueblos indígenas amazónicos a una salud intercultural”, Lima.

Defensoría del Pueblo (2013): “Informe Defensorial N° 161 : Camino al Aseguramiento Universal en Salud (AUS). Resultados de la supervisión nacional a hospitales”, Lima.

Di Cesare M, Khang Y-H, Asaria P, Blakely T, Cowan MJ, Farzadfar F et al (2013): “Inequalities in non-communicable diseases and effective responses”, *The Lancet* 2013; 381(9866):585–9.

Ducreux & consultants, Inc (2014): “Consultoría para la realización del Estudio Financiero Actuarial del Seguro Subsidiado, SemiSubsidiado y SemiContributivo del Seguro Integral de Salud”, realizado por encargo del Ministerio de Economía y Finanzas - Apoyo al Programa de Reformas de los Sectores Sociales - Contrato de Préstamo N° 2374/OC-PE con - Banco Interamericano de Desarrollo

Francke, Marfil, y Raquel Reynoso (2007). “Salud y enfermedad en los márgenes: diagnóstico participativo en comunidades peruanas que sufren pobreza y exclusión.” CIES – Observatorio del Derecho a la Salud – CARE Perú, Lima.

Francke, Pedro (2013): ““Peru’s Comprehensive Health Insurance and New Challenges for Universal Coverage”, UNICO Studies Series;No. 11. World Bank, Washington DC.

Francke, Pedro (2006). “El Seguro Integral de Salud: una historia política.” En *La política y la pobreza en los países andinos*, ed. Kristen Sample y Gustavo Guerra-García. IDEA Internacional y Asociación Civil Transparencia, Lima.

Frisancho, Ariel (2017): “Participación Ciudadana y Rendición de Cuentas para la promoción del Derecho a la Salud en el Sistema de Salud Pública” en - Mesa de Salud de la Iniciativa Diálogos de Política – Midori de Habich (2017): “Nota de Política Pública de Financiamiento de Salud – Transformando al SIS en una aseguradora de derechos en la atención de salud Pública”.

Genoni, María Eugenia y Mateo Salazar (2015): “Steering toward Shared Prosperity in Peru”, en Louise Cord, Maria Eugenia Genoni, and Carlos Rodríguez-Castelán, editors (2015): “Conference edition - Shared Prosperity and Poverty Eradication in Latin America and the Caribbean”

Ginsburg et al (2017): “The global burden of women’s cancers: a grand challenge in global health”, *The Lancet* Volume 389, No. 10071, p847–860, 25 February 2017.

Glassman, Amanda, Ursula Giedion , Peter C. Smith Editores (2017): “What's In, What's Out: Designing Benefits for Universal Health Coverage”, Center for Global Development, Washington DC.

Huicho, Luis et al (2016): “Child health and nutrition in Peru within an antipoverty political agenda: a Countdown to 2015 country case study”, *The Lancet Global Health* , Volume 4 , Issue 6 , e414 - e426, June 2016

Hunt, Paul (2005): “Informe presentado por el Sr. Paul Hunt, Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Misión al Perú. Comisión de derechos humanos - 61º periodo de sesiones, E/CN.4/2005/51/Add.3, Naciones Unidas - Consejo Económico y Social

IARC - International Agency for Research on Cancer (2014). "World cancer report", edited by Bernard W. Stewart and Christopher P. Wild. World Health Organization.

INEI (2017): "Perú. Enfermedades no transmisibles y transmisibles 2016", Lima.

INEI (2016): "Perú. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2015", Lima.

INEI (2015): "Perú. Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2014", Lima.

INEI (2014): "Encuesta nacional de Satisfacción de Usuarios del Aseguramiento Universal en Salud 2014", Lima.

La República (2017): "Dos noches en el frío piso del hospital neoplásicas", 12 de marzo de 2017

Lazo, Oswaldo, J. Alcalde y O. Espinoza (2016): "El sistema de salud en Perú. Situación y desafíos", Colegio Médico del Perú – REP – Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Lenz, Rony y Betty Alvarado (2006) "Políticas pro pobre en el sector público de salud del Perú", en D. Cotlear (2006) "Hacia un nuevo contrato social", Banco Mundial, Washington DC.

Lynch, Nicolás (2009): "El argumento democrático sobre América Latina: la excepcionalidad peruana en perspectiva comparada", UNMSM-Facultad de Ciencias Sociales, Lima.

MEF (2017): "Informe de actualización de proyecciones macroeconómicas", abril.

MEF (2015): "Evaluación de Diseño y Ejecución Presupuestal –Programa presupuestal prevención y control del cáncer", MEF-PPR-COSUDE-GIZ.

Mendoza, Waldo (2013): "Milagro peruano: ¿buena suerte o buenas políticas?", en revista Economía vol 37 N° 72, PUCP.

Mendoza, Waldo y Erika Collantes (2017): "La economía de PPK. Promesas y resultados: la distancia que los separa", Documento de Trabajo N° 440, Departamento de Economía, Pontificia Universidad Católica del Perú

Mesa de Salud de la Iniciativa Diálogos de Política Pública – Midori de Habich (2017): "Nota de Política Pública de Financiamiento de Salud Transformando al SIS en una aseguradora de derechos en la atención de salud", mimeo.

MINSA (2017): "Programa presupuestal 0024 prevención y control del cáncer – Anexo 2: Contenidos mínimos del programa presupuestal".

MINSA (2015): "Plan Esperanza-Memoria".

MINSA-DGE (2014): "Carga de enfermedad en el Perú. Estimación de años de vida saludables perdidos 2012".

MINSA (2013): "Análisis de la Situación del Cáncer en el Perú 2013".

MINSA-DIGEMID (2010): “Impacto de las medidas de Inafectación tributaria en los precios de los medicamentos para el tratamiento”.

MINSA-OPS-OMS (2015): “Evaluación de necesidades para la implementación del Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco en Perú”.

Neelsen, Sven y Owen O’Donnell (2016): “Progressive Universalism? The Impact of Targeted Coverage on Healthcare Access and Expenditures in Peru”, Tinbergen Institute Discussion Paper TI 2016-019/V.

OCDE (2015): “Camino del desarrollo. Estudio multidimensional del Perú. Vol I. Evaluación inicial

OCDE (2016): “Avanzando hacia una mejor educación para Perú”.

OCDE (2015): “In it together: why less inequality benefits all”.

OMS-UNICEF-BM-UNFPA (2015): “Evolución de la mortalidad materna: 1990-2015. Estimaciones de la OMS, el UNICEF, el UNFPA, el Grupo del Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas. Sinopsis”

OPS-OMS (2017): “Indicadores básicos - Situación de Salud en las Américas 2016”.

Organización Panamericana de la Salud (2012): “El cáncer en la región de las Américas”.

Paredes, Ricardo, Imer Llanos y Carolina Murgueitio (2015): “Informe final - evaluación de diseño y ejecución de presupuesto de: prevención y control del cáncer pliego: salud”

[Paz-Soldán](#), Valerie, [Angela M Bayer](#), [Lauren Nussbaum](#) y [Lilia Cabrera](#) (2012): “Structural barriers to screening for and treatment of cervical cancer in Peru”, [Reproductive Health Matters Volume 20, Issue 40](#), December 2012, Pages 49–58.

Pecho, M, F. Velayos y L.A. Arias (2016): “Política Tributaria”, CIES.

Petrera, Margarita (2017): “Gasto de bolsillo en salud de la población en pobreza en establecimientos de la red nacional MINSA” en Mesa de Salud de la Iniciativa Diálogos de Política – Midori de Habich (2017): “Nota de Política Pública de Financiamiento de Salud – Transformando al SIS en una aseguradora de derechos en la atención de salud Pública”.

Rojas, Germán (2015): “Estudio comparativo de los precios de adquisición de medicamentos esenciales de alto costo en el sector público con precios de referencia internacionales”, trabajo encargado por MeTA PERU.

Schmidt, Herald y Anne Banhill (2015): “Equity and Noncommunicable Disease Reduction under the Sustainable Development Goals”, PLoS Med. 2015 Sep; 12(9): e1001872.

Seinfeld, Janie (2010): “Análisis del programa presupuestal e incidencia de beneficiarios: Sector Salud”, Centro de Investigaciones de la Universidad del Pacífico – Gasto en la Mira.

Seinfeld, J. y A. Beltrán (2012): “Retos del sistema de salud: el paradigma del cáncer” en “Cuando despertemos en el 2062 : visiones del Perú en 50 años”, Bruno Seminario, Cynthia A. Sanborn y Nikolai Alva editores, Universidad del Pacífico.

Seinfeld y Besich (2014): “Universal Health Coverage Assessment - Peru”, Global Network for Health Equity (GNHE).

Seguro Integral de Salud (2016): “Informe de transferencia”, julio 2016, mimeo.

The Economist Intelligence Unit (2017): “Control del cáncer, acceso y desigualdad en América Latina. Una historia de luces y sombras”.

Ugarte, Oscar (2017): “¿Quién juega con la salud pública?”, publicado en diario El Comercio el 2 de febrero de 2017, consultado en <http://elcomercio.pe/opinion/colaboradores/juega-salud-publica-oscar-ugarte-162364>

Vidaurre, Tatiana et al (2017): “The implementation of the Plan Esperanza and response to the imPACT Review”, *Lancet Oncol* 2017; 18: e595–606

Voces Ciudadanas (2016): “Cobertura histórica vacunación contra el VPH según región de salud Perú 2011-2015 lima, agosto 2016”, en <http://www.vocesciudadanas.pe/imagenes/COBERTURA%20HISTO%CC%81RICA%20VACUNACIO%CC%81N%20CONTRA%20EL%20VPH%202011-2016.pdf>

WHO (2017): “Cancer – Nota descriptiva”, en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs297/es/> consultado el 31 de mayo de 2017.

WHO (2015): “Health in 2015: from MDGs, Millennium Development Goals to SDGs, Sustainable Development Goals.”

WHO (2015b): “The global prevalence of anaemia in 2011”.

WHO (2010): “Global health report. Health systems financing. The path to universal coverage”.

8. Anexos

1. La administración presupuestal y la gestión pública en salud

El manejo presupuestal y el poder del Ministerio de Economía y Finanzas

El presupuesto público en el Perú es manejado sobre la base de un presupuesto anual, en particular en relación a programas centrados en gastos corrientes como en salud. El Ministerio de Economía y Finanzas - MEF tiene mucho poder en el manejo presupuestal, desde la formulación y aprobación del presupuesto (que debe hacerse antes del año calendario) hasta su gestión durante al año. El MEF formula el presupuesto que debe ser aprobado por el Congreso pero que no puede hacerle añadidos al mismo. La gestión presupuestal se hace mediante la asignación a las entidades públicas por parte del MEF, dentro del tope presupuestal anual (que no puede sobrepasarse), controles trimestrales y mensuales que habilitan cuentas bancarias para el gasto mediante las cuales el MEF puede reducir los fondos realmente disponibles para cualquier institución pública del gobierno central (los gobiernos locales y algunos recursos destinados como el canon hay menor poder discrecional del MEF). El sector salud, incluyendo el MINSA, el SIS y el INEN funcionan de esta manera, igual que el resto del sector público.

De esta manera, si en algún momento del año el MEF decide, ya sea por un cambio de política o por un cambio en las condiciones económicas, reducir el gasto de cualquier sector, puede hacerlo. Eso es lo que sucedió tras el cambio de gobierno en la segunda mitad del 2016. Un poco más exigente legalmente es ampliar el presupuesto de un sector o ministerio. Una forma es hacerlo usando las llamadas “reservas” del MEF, la llamada “reserva de contingencia”, que el MEF puede asignar por Decreto Supremo a cualquier sector, dentro del límite global de los fondos presupuestal asignados a esa reserva. La otra forma es mediante una Ley, o Decreto de Urgencia de ser el caso.

Existen además restricciones para cada institución (llamada “pliego” en la jerga presupuestal) en el uso de los fondos públicos que le son asignados, como no poder aumentar la cantidad otorgada al pago de personal o trasladar recursos de inversiones a gasto corriente. Los recursos obtenidos por cobro a los usuarios son de uso bastante más flexible, pudiendo cada entidad añadirlos con muy pocas limitaciones al presupuesto.

El manejo presupuestal en salud : SIS y PpR

Dos instrumentos principales se han desarrollado en los últimos años para el manejo presupuestal en salud: el Seguro Integral de Salud y los de Presupuesto por Resultados. Ambos se han utilizado en el caso del cáncer.

En el caso del SIS, desde un inicio la existencia de un paquete de beneficios legalmente aprobado para el SIS no ha hecho que sus fondos respondan a este paquete: “En vez de racionar servicios usando un paquete de beneficios, se están racionando servicios por el lado de la oferta: la escaza oferta de servicios especializados teóricamente cubiertos

por el SIS hace que no exista acceso equitativo a estos servicios para la población” (Banco Mundial 2016: 86). Tampoco el gasto en el SIS ha alcanzado ser una proporción importante del gasto público en salud: es apenas 12% del gasto público en salud, frente a 41% de los PpRs y 47% de presupuesto histórico (Banco Mundial 2016: 68). Tampoco han tenido una alta estabilidad, ya que el presupuesto del SIS ha tenido alzas y bajas y tampoco ha respondido a las ampliaciones en el paquete de beneficios, mientras el MEF mantiene la capacidad de evaluar y asignar los fondos considerando el conjunto del sector salud, reteniendo así el control sobre la posible expansión del SIS u otras iniciativas en salud. Esta ha sido una forma de respuesta del MEF a un esquema como el SIS que potencialmente le genera riesgos financieros (si aumentan los servicios prestados, en especial los de alto costo).

En cuanto al proceso de presupuesto “Al analizar los detalles de planificación y compra resalta que en la mayoría de los casos se usa pago por insumos (Tabla 14). El SIS es la única excepción a esta regla, aunque no se categoriza fácilmente el tipo de mecanismo que está usando. En hospitales el SIS está usando un sistema de pago por producto, aunque hay variación en el precio que se está pagando por producto, y el SIS solo paga una parte reducida de los costos de provisión del servicio. En atención primaria, el SIS emplea un mecanismo llamado “cápita”. No obstante, al revisar la Figura 37 pareciera que la cápita se calcula con base en la producción histórica, la cual se monetiza usando una combinación de tarifario con costos históricos, combinado con modulación de los pagos según variables de desempeño. Este mecanismo contrasta con la experiencia internacional en usar “pago capitado” para atención primaria, tal como se hace en el Reino Unido y con la experiencia argentina en pago capitado con criterios de desempeño” (Banco Mundial 2016: 87).

Por otro lado, el MEF en la última década ha tenido una iniciativa llamada de “Presupuesto por Resultados”, orientada a promover que los programas públicos tengan objetivos y marcos lógicos definidos, indicadores y sistemas de monitoreo y evaluaciones independientes. Sin embargo “en su implementación el PpR no está pagando por resultados sino por insumos” (Banco Mundial 2016: 94). Esta iniciativa, a pesar de avances en la clarificación de objetivos, metas e indicadores, no cambia el mecanismo presupuestal mediante el cual el MEF asigna los recursos, ya que no existe un incentivo establecido ni en forma explícita ni supuesta en el sentido de otorgar más fondos a quienes logran avanzar más hacia sus metas. En un buen resumen del Banco Mundial (2016: 86) “el uso del recurso planificado bajo el mecanismo PpR es bastante similar al uso del financiamiento bajo presupuesto histórico”.

Lógicamente, la existencia de dos mecanismos distintos para el manejo presupuestal y la transferencia de fondos hacia las redes y establecimientos en salud plantea un problema de coordinación entre ambos. En el caso del cáncer, los problemas de coordinación se agravan debido a que el financiamiento se asigna a varias instituciones que no necesariamente responden fácil y rápidamente a la rectoría de la dirección central del MINSA. En efecto, los fondos del PpR Programa 024 “Prevención y Control del Cáncer” se dividen entre el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas, los

hospitales de y redes Lima (dentro del pliego MINSA), el CENARES - Centro Nacional de Abastecimiento de recursos estratégicos (pliego MINSA), la propia administración central del MINSA, las direcciones regionales de salud y el SIS. El INEN hace las atenciones de mayor complejidad y funciona como hospital especializado en Lima, los hospitales y redes de Lima hacen atenciones de baja y mediana complejidad, el CENARES compra vacunas VPH, la administración central del MINSA financia la rectoría y supervisión general, las direcciones regionales de salud reciben fondos para los 3 institutos especializados regionales en cáncer del sur, norte y centro (en Arequipa, La Libertad y Junín) y para la atención de baja y mediana complejidad en sus redes y otros hospitales, el SIS transfiere para las atenciones incluidas en su plan. La diversidad de instituciones y la debilidad de los mecanismos de supervisión, coordinación y rectoría generan dificultades para un manejo eficiente de los recursos en una lógica de sistemas integrados o articulados

¿Hay flexibilidad en el manejo de los fondos?

En este esquema de manejo presupuestal, cabe preguntarse si se está otorgando mayor flexibilidad administrativa a los establecimientos de salud, cambio que se considera necesario para poder mejorar la eficiencia en los mismos.

En relación al presupuesto ordinario (fondos del tesoro público), el SIS otorga un poco de flexibilidad adicional a las unidades ejecutoras, al permitirles incorporar esos fondos a su presupuesto a lo largo del año para ser gastados en cualquier rubro; sin embargo, el procedimiento para añadir esas transferencias a su presupuesto requiere realizar varios trámites burocráticos.

Sin embargo, hay que tener en cuenta que aunque el SIS significa un presupuesto adicional, reemplaza parcialmente a los cobros a los usuarios⁵⁵. Los recursos del SIS son de uso casi tan flexible como los cobros a los usuarios, que pueden usarse con mucha flexibilidad (como no afectan el déficit fiscal por ser gastos sustentados en ingresos, el MEF no los controla tan estrictamente).

Por otro lado, los recursos del SIS van a las unidades ejecutoras (sedes administrativas de varias provincias, a menudo asentadas en hospitales locales), no a los establecimientos y centros primarios; mientras que los cobros a los usuarios, aunque legalmente deben enviarse a las unidades ejecutoras y ahí gastarse, en zonas rurales (donde lo ingresado es pequeño) muchas veces son utilizadas directamente por los establecimientos.

Es importante adicionalmente comparar los efectos del SIS con lo que significaron los CLAS - Consejos Locales de Administración en Salud. Los CLAS fueron impulsados de 1994 al 2002, llegando a abarcar hoy a un tercio de todos los establecimientos de salud pública del Perú. En los CLAS, un comité conformado por 6 miembros de la comunidad y el jefe del centro de salud recibían fondos del MINSA a cambio de suscribir un Plan Local de Salud, y luego podían gastar estos fondos muy flexiblemente (como si fueran

⁵⁵ Ingresados al presupuesto en el Perú bajo el nombre de "Recursos Directamente Recaudados" o RDRs.

una empresa privada), decidiendo a que rubros destinarlos e incluso realizando contrataciones de personal (médicos, profesionales, técnicos y trabajadores de apoyo) fuera de las reglas del sector público (Cotlear 2006). Este sistema otorgaba mucha mayor flexibilidad a los centros y puestos de salud (ojo, no hay CLAS en hospitales), con efectos de mayor eficiencia y calidad (hay varios estudios con evidencia al respecto). Lamentablemente, los CLAS han perdido mucha autonomía en los últimos 8 años, su personal ha pasado a ser contratado bajo las reglas generales poco flexibles de la administración pública, han perdido apoyo del MINSA y han dejado de ser un elemento de reforma del sistema de salud.

La Descentralización en salud y la coordinación intrasectorial

En la primera década del nuevo milenio, se avanzó en la descentralización de los servicios públicos de salud, que en todo el país salvo Lima son ahora administrados por gobiernos regionales autónomos.

La descentralización suponía que, simultáneamente, se debía aumentar la capacidad de regulación del MINSA, modernizándola. Sin embargo, la descentralización entró en conflicto con lo que era el principal brazo operativo del MINSA, los “Programas nacionales” (reconvertidos en “Estrategias Sanitarias”), que perdieron capacidad operativa y de gestión. A su vez, estas estrategias están relacionadas con la iniciativa del MEF del Presupuesto por Resultados – PpR que mediante “programas presupuestales” otorga financiamiento tanto a nivel central como, de manera muy importante, directamente a los gobiernos regionales y DIRESAs sin intervención ni supervisión del MINSA. De esta manera, el refuerzo presupuestario del MEF a estas prioridades sanitarias, termina paradójicamente debilitando la capacidad rectora del Ministerio de Salud.

Al mismo tiempo, la descentralización se realizó sin que las competencias entre gobierno nacional y gobiernos regionales estuvieran claramente definidas, en un contexto de capacidades de gestión débiles en muchas regiones pobres, y sin que se establecieran legalmente los mecanismos de relacionamiento entre el MINSA y las DIRESAs para transmitir las políticas nacionales hacia las regiones.

En ese aspecto, coexisten 2 instrumentos operativos, escasamente coordinados entre sí, mediante los cuales se manejan los fondos presupuestales hacia las regiones, asunto de importancia central para la rectoría sanitaria: el financiamiento del MEF vía PpR hacia los gobiernos regionales y el SIS. Esta forma particionada de orientar el sistema de salud claramente debilita la capacidad rectora, porque siempre existen problemas de coordinación entre las Estrategias y el SIS a pesar de ser organismos del mismo Ministerio de Salud, y porque el financiamiento adicional otorgado por el MEF a los gobiernos regionales no se sujeta al planeamiento, prioridades, normas y supervisión del MINSA. Adicionalmente, las Estrategias Nacionales en la actualidad, si bien en la formalidad abarcan una amplia gama de problemas de salud, en el caso de aquellas orientadas a nuevas prioridades como las enfermedades no transmisibles son sumamente débiles, sobre todo en sus mecanismos operativos. Adicionalmente, en su historia como Programas nacionales, las hoy “estrategias” han tenido su fuerza

operativa basada en compras centralizadas de insumos y medicamentos, con poca atención a la regulación y a la adaptación descentralizada.

Una segunda definición fundamental, estrechamente vinculada a la anterior, son los mecanismos institucionales para el relacionamiento del MINSA con las Direcciones Regionales de Salud – DIRESAs. Inicialmente esta relación se dio mediante una decisión conjunta entre el MINSA y los Gobiernos Regionales para el nombramiento de los Directores Regionales de Salud, sin que ello estableciera mecanismos claros para la definición de prioridades y políticas. Ese mecanismo fue resistido por algunos Gobiernos Regionales y se eliminó el 2006. En la actualidad, esa relación opera mediante 2 mecanismos: i) las entregas de insumos y medicinas vinculados a las Estrategias Sanitarias a las DIRESAs, que deben seguir protocolos establecidos; ii) los fondos otorgados por el SIS como contraprestación a las atenciones de su paquete que han sido prestadas. Como se ha dicho, el presupuesto de los PpR va directamente del MEF sin elaboración o aprobación previa del MINSA. Las debilidades que trae este esquema han buscado ser enfrentados con un mecanismo más político, llamado Comisión Intergubernamental de Salud – CIGS que “es un espacio de concertación y adopción de acuerdos intergubernamentales en materia de política sanitaria entre el Gobierno Nacional, los 25 Gobiernos Regionales y los representantes de los Gobiernos Locales, constituida al amparo de la Ley Orgánica del Poder Ejecutivo (..) Esta instancia de articulación intergubernamental se mantiene funcionando activamente, ha sesionado en 37 oportunidades desde su instalación (2010)”⁵⁶, aunque en los últimos 6 meses no se ha reunido (la última reunión fue en noviembre 2016).

Retos hacia adelante

Es necesario pensar en una nueva forma para establecer prioridades y orientar los servicios de salud, que aborde los problemas de manera más integral y permita adaptaciones descentralizadas de la política manteniendo una rectoría nacional. Es necesaria una visión global, que integre las prioridades nacionales de salud pública, pero que otorgue flexibilidad a las redes y establecimientos de salud, con incentivos claros al logro de los resultados deseados. El SIS parece ser la mejor forma de hacerlo, siendo conveniente incorporar en su política y accionar estas “Estrategias Sanitarias”. El SIS tiene las ventajas de considerar un paquete más amplio de manera integral no fraccionada, y de utilizar instrumentos que otorgan mayor flexibilidad administrativa y pueden incluir incentivos.

Es importante insistir en que resulta mejor enfoques más integrales que dirijan simultáneamente una amplia gama de atenciones, que programas especializados aislados enfocados en algunas enfermedades (TBC) o atenciones (Inmunizaciones). Lo especializado parece tener más enfoque en resultados, pero en realidad la supuesta eficacia que puede lograr solo opera para un porcentaje bastante pequeño de la carga de enfermedad, y la fragmentación de los programas e intervenciones con distintos formas de entrega de fondos y mecanismos de supervisión genera finalmente serias

⁵⁶ OGDDESC – CIGS. <http://www.minsa.gob.pe/ogac/index.asp?op=3#Comisión Intergubernamental de Salud – CIGS>, consultado el 5 de junio de 2017

ineficiencias generales (“deseconomías de ámbito” o “deseconomías de escala en una “producción conjunta”).

Estas definiciones deben venir acompañadas de un gran esfuerzo por fortalecer las capacidades técnicas del MINSA y del SIS. La revisión de las prioridades en salud, el diseño de intervenciones efectivas articulando servicios de distinto nivel, el balance entre paquetes de beneficios y presupuesto basado en cálculos de costos, la redefinición de equipos y especialidades requeridas para distintos niveles de atención, la aplicación de incentivos al personal de los hospitales y centros y de nuevos mecanismos de pago, son algunas de las cuestiones que deben merecer atención.

2. Indicadores del gasto en salud y en cáncer

	Gasto en Salud	Gasto en Prevención y Control del Cáncer	Gasto público como % del PBI	Gasto en Salud como % del Gasto Público	Gasto en cáncer como % del gasto público en Salud
2007	6,345,817,322	113,200,560	18%	11%	2%
2008	8,890,994,198	114,026,924	20%	12%	1%
2009	6,468,006,113	127,044,484	22%	8%	2%
2010	6,752,087,178	150,912,357	21%	8%	2%
2011	7,781,312,747	157,233,797	20%	8%	2%
2012	9,125,591,996	308,419,154	20%	9%	3%
2013	11,176,933,555	389,315,606	21%	10%	3%
2014	13,263,023,767	678,854,338	22%	10%	5%
2015	14,477,858,789	845,165,242	22%	11%	6%
2016	14,854,231,192	805,549,181	22%	11%	5%

Fuente: SIAF, BCR

ÚLTIMAS PUBLICACIONES DE LOS PROFESORES DEL DEPARTAMENTO DE ECONOMÍA

▪ Libros

Adolfo Figueroa

2017 *Economics of the Anthropocene Age*. Palgrave Macmillan.

Adolfo Figueroa y Richard Web

2017 *Distribución del ingreso en el Perú*. Lima, Instituto de Estudios Peruanos.

Alfredo Dammert y Raúl García

2017 *Economía de la energía*. Lima, Fondo Editorial, Pontificia Universidad Católica del Perú.

Mario D. Tello

2017 *La productividad total de factores agregada en el Perú*. Nacional y Departamental. Lima, Instituto Nacional de Estadística e Informática.

Félix Jiménez

2017 *Veinticinco años de modernización neocolonial: Críticas de las políticas neoliberales en el Perú*. Lima, Instituto de Estudios Peruanos.

Carlos Contreras y Elizabeth Hernández (editores)

2017 *Historia económica del norte peruano. Señoríos, haciendas y minas en el espacio regional*. Lima, Banco Central de Reserva del Perú e Instituto de Estudios Peruanos.

José Rodríguez y Pedro Francke (editores)

2017 *Exclusión e inclusión social en el Perú. Logros y desafíos para el desarrollo*. Lima, Fondo Editorial, Pontificia Universidad Católica del Perú.

Iván Rivera

2017 *Principios de Macroeconomía. Un enfoque de sentido común*. Lima, Fondo Editorial, Pontificia Universidad Católica del Perú.

Ismael Muñoz, Marcial Blondet y Gonzalo Gamio (Editores).

2017 *Ética, agencia y desarrollo humano. V Conferencia de la Asociación Latinoamericana y del Caribe para el Desarrollo Humano y el Enfoque de Capacidades*. Lima, Fondo Editorial, Pontificia Universidad Católica del Perú.

Waldo Mendoza y Janneth Leyva

2017 *La economía del VRAEM. Diagnósticos y opciones de política*. Lima, USAID-CIES.

Félix Jiménez

2017 *Macroeconomía. Enfoques y modelos*. Lima, Editorial Macro.

Máximo Vega-Centeno

2017 *Ética y deontología*. Lima, Fondo Editorial, Pontificia Universidad Católica del Perú.

▪ *Documentos de Trabajo*

- No. 448 “Effect of the Juntos social program on female labor supply in Peru “. Luis García y Erika Collantes, Diciembre, 2017
- No. 447 “El derecho a la educación intercultural bilingüe y la política fiscal en Perú”. Luis García y Erika Collantes, Noviembre, 2017.
- No. 446 “Cambio técnico en el sector regulado de la microfinanzas peruanas: 2003-2015”. Giovanna Aguilar y Jhonatan Portilla. Octubre, 2017.
- No. 445 “Teaching Modern Macroeconomics in the Mundell-Fleming Language: The IS-MR-UIP-AD-AS Model”. Waldo Mendoza Bellido. Setiembre, 2017.
- No. 444 “La experiencia de la Banca de Desarrollo en el Perú: 1990-2015”. Oscar Dancourt Masías y Renzo Jiménez Sotelo. Agosto, 2017.
- No. 443 “Teaching Modern Macroeconomics in the Traditional Language: The IS-MR-AD-AS Model”. Waldo Mendoza Bellido. Julio, 2017.
- No. 442 “Has the Gender Wage Gap been Reduced during the ‘Peruvian Growth Miracle?’ A Distributional Approach”. Juan Manuel del Pozo Segura. Julio, 2017.
- No. 441 “Crecimiento y desindustrialización prematura en Perú. Un análisis Kaldoriano”. Félix Jiménez. Junio, 2017.
- No. 440 “La economía de PPK. Promesas y resultados: la distancia que los separa”. Waldo Mendoza Bellido y Erika Collantes Goicochea. Mayo, 2017.
- No. 439 “¿Es la educación un mecanismo de salida hacia mejores ocupaciones para las trabajadoras del hogar?” Cecilia Garavito. Mayo, 2017.

▪ *Materiales de Enseñanza*

- No. 2 “Macroeconomía: Enfoques y modelos. Ejercicios resueltos”. Felix Jiménez. Marzo, 2016.
- No. 1 “Introducción a la teoría del Equilibrio General”. Alejandro Lugon. Octubre, 2015.