

POLÍTICA NACIONAL DE SALUD ESCOLAR Y LA PRÁCTICA DE LA ENFERMERÍA: EL CASO DE PERÚ¹

Kelly Myrian Jiménez de Aliaga²
Isabel Cristina Dos Santos Oliveira³

Jiménez de Aliaga, Kelly Myrian; Oliveira, Isabel Cristina Dos Santos. **Política nacional de salud escolar y la práctica de la Enfermería: El caso de Perú.** Revista Peruana Enferm. investig. desarro. 2005 enero-junio 7(1): 31-39.

RESUMEN

Estudio reflexivo teórico acerca de la práctica de la enfermería frente a las constantes reformulaciones referentes a la política de salud infantil, en el contexto de la reforma de salud, en un análisis histórico - político - económico desde los años 80 hasta la actualidad. Frente a estos cambios, la enfermería necesita tener conocimiento amplio de las normas oriundas de la política sanitaria y la situación real de los acontecimientos en la práctica asistencial. El fondo ideológico detrás de la norma para reforzar la firmeza de su misión profesional y defensa de los derechos humanos, que son violados en la norma excluyente contraria a la Constitución Política Peruana, y en la práctica sin argumentación teórica.

Palabras clave: Enfermería, Políticas de salud.

ABSTRACT:

This study is a theoretical reflection about the nursing practice towards the constant reforms on child's health policy, on the context of health reform into a historical -political-economic analysis since the 80's up to now. Facing the changes, nursing requires a wide knowledge on the norm which comes from the sanitary policy and the real situation on the assistencial practice. The ideological principle brings the norm to support its security related to a professional mission and defense of human rights which are violated on the excluding norm that also goes against the Peruvian Political Constitution, and on the practice without theoretical support.

DESCRIPTORS: Nursing – School health – Health policy.

INTRODUCCIÓN

El Perú como todos los países de América Latina, en su cotidiano y en sus diversas dimensiones, entre ellas la histórica, convive con problemas y establece propuestas en el contexto de la globalización, que afectan la cultura de los pueblos y la política de salud, con destaque, la infancia.

El dinamismo de la realidad infantil peruana en constante transformación contrasta con el desarrollo de los cambios ocurridos en el modelo económico y político desde los años 80 en sus relaciones con el poder, la ideología, el Estado, la participación de la comunidad, el día a día de los individuos y sus expectativas con las

¹ Este texto es parte de un capítulo de la tesis de doctorado cuyo título es: Política de Salud Escolar en el Perú: el caso del Sistema Integral de Salud/Seguro Escolar gratuito en la óptica de las enfermeras del Hospital Belén de Trujillo/Región La Libertad – Perú.

² Enfermera Asistencial Nivel V Del Ministerio de Salud/Perú. Doctoranda en Enfermería de la Escuela de Enfermería Anna Nery de la Universidad Federal de Río de Janeiro (EEAN/UFRJ).

³ Doctora en Enfermería. Profesora Adjunta del Departamento de Enfermería Médico-Quirúrgico de la EEAN/UFRJ. Orientadora. Investigadora CNPq. E-mail: chabucris @ig.com.br

instituciones públicas, de las cuales esperan actitudes de equidad y democracia, pregonadas por el Estado, pero que no son ejecutadas. Esto genera conflicto con la comunidad debido al no cumplimiento de sus derechos frente a las (re) formulaciones constantes de los modelos aplicados sin planificación, de la racionalización absoluta, de exclusión de las coberturas de la atención y de recursos propuestos; de la imposición del ejercicio de la norma sanitaria por parte del Estado con apoyo de los medios de comunicación; entre otros.

En los servicios de salud, las enfermeras (en este estudio se utiliza el término enfermeras debido a la predominancia del sexo femenino, tanto por el aspecto numérico como por las concepciones acerca del trabajo en enfermería) asumen nuevas estrategias en los cuidados brindados a los niños, basadas en su conocimiento amplio acerca de la familia la comunidad y de los conocimientos técnicos – científicos, así como en la vocación, en las relaciones de amistad y compañerismo para la obtención de recursos materiales, entre otros, con el fin de realizar los procedimientos en su práctica asistencial, y ejercer liderazgo administrativo en la solución de las contingencias generadas por las normas excluyentes.

Frente a esta problemática, acerca de la responsabilidad de la enfermería asistencial, este estudio es una reflexión sobre la política de salud escolar, con destaque, en la práctica de la enfermería en el contexto de los cambios originados de las situaciones emergentes sin una evaluación previa.

Esta reflexión fue basada en la revisión sistemática de la literatura

pertinente de la política de salud en el Perú, con destaque, en la salud del escolar preconizada por el Ministerio de Salud (MINSA) del país y estudios peruanos, en articulación con la experiencia profesional de la doctoranda.

ANTECEDENTES SOBRE LA POLÍTICA DE SALUD ESCOLAR

A inicios del siglo XX, ocurrieron intensos cambios que atendieron las prioridades coyunturales, con todo, carentes de visión estratégica, de consulta técnica y participación de la sociedad civil y de los partidos políticos. Esta situación no garantizaba la contribución de los actores por la (in) coherencia del conocimiento, de la práctica y el contexto sociopolítico de la salud.

En los años 80, el gobierno peruano, como la mayoría de los gobiernos de América Latina, experimentó la transición del gobierno militar hacia un gobierno democrático, o sea, de estrategias económicas de protección – estadista, a modelos económicos neoliberales de mercado. En lo que toca a la transición de las políticas económicas de ajuste, primero se estabilizó, en un plazo corto, las medidas macroeconómicas en el sentido de restringir la inflación, y en segundo lugar las reformas de las instituciones del Estado⁽¹⁾.

En el Perú la estabilización fue compartida con el auto golpe, en que el gobierno de Fujimori cerró el Congreso de la República con la ayuda de los militares, dejando para la segunda fase, garantizar, mantener y democratizar las reformas, en los términos de apertura, pero la influencia del Banco Mundial (BM) y el Fondo Monetario Internacional (FMI), condicionaron cambios políticos

económicos específicos a cambio de crédito internacional.

De esta forma, en la segunda mitad de los años 80, el Perú perdió con las medidas económicas del gobierno de Alan García, que ofreció resistencia a las condiciones del FMI. Sin embargo, la política de salud recuperó y amplió la oferta de la atención primaria de salud, reforzada por la presencia de la enfermera, que siempre ofreció un basto conocimiento sobre la promoción y prevención de la salud y la disponibilidad de enseñar, favoreciendo para que los médicos y los otros miembros del equipo de salud también asuman esta función. En los locales de atención se ampliaron los horarios con el objetivo de fortalecer los programas nacionales en el área de materno-infantil y enfermedades transmisibles, que hasta ahora no alcanzaron los cambios esperados en lo que respecta a equidad e calidad de la atención; contrariamente atravesada por la improvisación y por discrepancias políticas, sin mayores diferencias ideológicas.

Esta situación refuerza la práctica antidemocrática como resultado de la transformación del sistema de salud que no atiende satisfactoriamente las necesidades de la población y las propuestas técnico-culturales de las políticas de salud.

En los años 90, con el objetivo de buscar orientación de la reforma en salud, los servicios de salud, en una forma incipiente, se recomponen y renuevan los paradigmas y discursos sanitarios con las primeras maestrías en las profesiones de la salud en las escuelas de post graduación de las Universidades de Lima y en otros locales, como el Programa de Maestría en Enfermería en la Universidad Nacional de Trujillo, volviéndose espacios de

experiencia cultural y política. En este contexto en 1995 y 1996, el análisis de los escenarios y de los modelos de la reforma fue la antesala del modelo del hospital – autónomo. En esta política de financiamiento autónomo, hubo la necesidad de desarrollar recursos propios como incentivo, que se volvió el centro de la reforma hospitalaria. En la práctica este financiamiento, en primer lugar, prioriza la canasta familiar de los trabajadores, como forma de incentivo debido a la situación salarial precaria, y en seguida la implementación de los servicios hospitalarios.

REFORMA DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN EL PERÚ

En la década de 90, ocurrieron muchas reformas en el sector salud, en una fase intensa de transformación del sistema. Los cambios no tenían como objetivo el aumento de la capacidad del gobierno en el sector, sin embargo los modelos y procesos expresaron la falta de dirección administrativa, los conflictos y los desencuentros de los actores, en que los dispositivos legales no tenían efectos. De esta forma, las enfermeras necesitan establecer criterios y estrategias emergentes para responder a las constantes reformulaciones, la imposición normativa escolar y la racionalización excluyente de los delineamientos de la reforma, entre otros.

En el caso peruano no existen etapas de pre reforma y reforma (diseño y aplicación) los cambios no establecen las normas y la evolución normal del sector salud. Existen 3 momentos que son: en 1990 las reformas fueron asumidas como condición de sobrevivencia bajo la forma de

políticas de emergencia; en 1991 ocurrieron reformas parciales sin un proyecto global, y entre 1995 y 1998 fueron hechas las formulaciones de los delineamientos de las políticas y de los modelos de la reforma sectorial del MINSA y de sus aplicaciones iniciales, como una forma de complementar el segundo momento⁽²⁾.

Se considera que la reforma peruana comenzó con la crisis abierta de las políticas populistas de los años 1988 y 1990, con el colapso operativo de los servicios públicos. En el Perú la Reforma de Salud surge con el marco de las reformas estructurales iniciada en los años 90, con los diversos cambios ministeriales ocurrida en los años 1991 – 1992 y el programa neoliberal de ajuste estructural. Estas propuestas estaban estrechamente vinculadas con las orientaciones del Banco Mundial (BM) y del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), que influenciaron, de manera determinante, el gasto social en la salud, y con la propuesta de ofrecer un nuevo sistema de cuidado colectivo e individual, priorizando el grupo materno infantil, niño y adolescente⁽⁵⁾.

El hecho de cumplir con las coberturas establecidas, con características sectoriales, ya está discriminando la atención en salud, y en este mismo grupo poblacional la falta de requisitos para la atención que son: la matrícula en centros educativos del Estado, el certificado de nacimiento, entre otros, además de la propuesta en lo que se refiere a la práctica de nuevos sistemas de gestión de salud.

El partido – Alianza Popular Revolucionaria Americana (APRA), dio algunas normas para el sector. El decreto Ley N°. 584 de Organización y Funciones del Ministerio de Salud (MINSA), transfirió

los recursos a los gobiernos regionales. La Norma N°. 005 – 90 – de la Dirección Administrativa, Reglamento General de los Hospitales, orienta hacia la atención primaria, como punto de apoyo de las redes, cuyo eje son los Centros de Salud. La Resolución Ministerial N°. 71-90 y las Normas de las Clínicas, de los Hospitales e Institutos Especializados, solicitando recursos propios como estrategia de sobrevivencia hospitalaria y aprovechando la infraestructura que no fue utilizada en una política de cofinanciamiento.

Los servicios estuvieron en una crisis severa, que necesitó de medidas de emergencia, que implicaron cambios de política, como el incentivo de los recursos propios, que paralelamente paralizó todo el sector salud en estos primeros años, no sólo para salir del colapso, sino también para enfrentar la epidemia del cólera, surgiendo la idea de una reforma sanitaria que implicase una reestructuración general del sector⁽²⁾.

La pandemia fue controlada con éxito con el profesionalismo comprometido del equipo de salud y, en especial, de las enfermeras, seguida de una posterior huelga en el Sector Salud, que se prolongó por más de 4 meses frente a las condiciones precarias de los servicios, la sobrecarga de trabajo y la falta de incentivos para el personal asistencial.

En diciembre de 1990, comenzó un largo periodo de reformas parciales en las instituciones de salud, en la modalidad de reformas jurídicas, como el Proyecto de Salud Básica para Todos, entre otros, y se formularon políticas de mediano plazo para una reestructuración ministerial con el objetivo de fortalecer las instancias regionales y locales (Decreto Superior 002-

92), con el Reglamento de Organización y Funciones del MINSA, instalando las Zonas de Desarrollo Integral de Salud (ZONADIS) y los Sistemas Locales (SILOS), a mediados del año de 1995; en el segundo período del gobierno del Presidente Fujimori, se volvió a proponer la necesidad de sistematizar y formalizar las nuevas políticas de salud en una reforma capaz de articular las ideas básicas de equidad, eficiencia y calidad, con un fuerte impulso a la renovación de paradigmas y modernización de la gestión del sector, sin embargo los documentos solamente aparecieron en 1997, un año y medio después.

Paralelamente, en ese año, se emitió la Ley de la Modernización de la Seguridad Social (Ley N.º. 26790) y, en julio, la Ley General de Salud (Ley N.º. 26842), cuyos reglamentos todavía están siendo publicados. La verdad, es que la definición formal de las nuevas políticas se realizaron en los años de 1997 – 1998, a finales de la década, cuando apareció el modelo sectorial, iniciado en 1990 que, con el nuevo paquete legislativo de los dos últimos años, el MINSA consideró terminado el diseño básico de las reforma sanitaria⁽³⁾.

En ese momento, el Perú inició una nueva elección presidencial y se colocó en tela de juicio, la viabilidad de la reforma sanitaria. Este hecho puede ser considerado como una mezcla del pragmatismo del propio Presidente de la República; la falta de consistencia entre las propuestas económicas y la realidad social en una corriente de (in) gobernabilidad, la falta de capacidad resolutoria y direccionamiento; la imposición del partido político, en un

momento de intención electoral de un tercer periodo de gobierno de Fujimori.

En la realidad, el sector salud en las diferentes regiones, siempre tuvo la capacidad de aplicar las disposiciones de manera propia, de esta manera, muchas aplicaciones iniciales se encuentran como reformas en curso en muchas regiones del país.

POLÍTICA DE SALUD INFANTIL: EL SISTEMA INTEGRAL DE SALUD/ EL SEGURO ESCOLAR GRATUITO Y LA INSERCIÓN DE LA ENFERMERA.

El MINSA del Perú instituyó en 1990, el Programa Nacional de Salud del Niño y el Adolescente, para incluir a la población infantil y a los adolescentes en el proceso de desarrollo del Perú, teniendo en cuenta sus características propias, ya que la tercera parte de la población nacional (8.288 089) se encuentra comprendida entre 5 y 19 años de edad.

El Programa de Salud del Niño y del Adolescente se encuentra inserto en la Ley de Organización del MINSA, Dirección de Salud de las Personas, o sea, en la Dirección de Programas Sociales; con diferentes discursos sanitarios, a saber: populista, comunitario, descentralizado, participativo; y el discurso de los años 90 de la calidad, de planeamiento y administración estratégica, siendo que hasta el momento ninguno de ellos fue aplicado y, por el contrario, predominó la cultura institucional informal, corporativa y sin desarrollo como el Sector Salud y, sobre todo del sub sector público, caracterizado por la falta de compromiso con el trabajo, surgido en los años 80, como fruto de los bajos salarios y de la falta de motivación personal⁽⁴⁾.

Esta situación, en el caso de las enfermeras fue diferente, ellas siempre fueron las responsables directas de la conducción de este programa, con acciones preventivas en las instituciones de salud, así como en los domicilios y las escuelas públicas, basadas en el amplio conocimiento del niño y del adolescente, y, también de las situaciones biológicas, emocionales y de inmunización.

En este nuevo Programa Nacional, primero fue creado el Seguro Escolar Gratuito (SEG) en 1997, y después fue incluido el Programa de Salud Integral (SIS) en 2002, que permanece hasta la actualidad. El SIS establece objetivos y metas cuantitativas sobre la base de resultados cualitativos obtenidos anteriormente, incluyendo las actividades de atención primaria de acuerdo con la naturaleza de los servicios de cada región y las necesidades específicas de las población. Las acciones son definidas para articular esfuerzos con los otros sectores, especialmente con el Sector Educación.

Los hospitales crearon tarifas a partir del año de 1990, que en la práctica, también incluyen el acompañamiento del crecimiento y desarrollo del niño, ocasionando cambios de los segmentos de usuarios tradicionales, con una tendencia de atención por el SIS/SEG, (Programa financiado con fondos del tesoro público) que garantiza la entrega de medicamentos a los usuarios después de la atención, reforzando la cultura curativa, contraria al desarrollo de la educación en salud, frente a la falta de equipamiento, delineamientos y normas previstas para responder a las necesidades de atención gratuita de la población.

La conducta de las enfermeras, en este contexto, por un lado se caracteriza por la defensa de los derechos de los usuarios, volviéndose una enfermera transformadora; y por otro lado, algunas, resguardando el cumplimiento de las normas y disposiciones (enfermera controladora), con todo, otras enfermeras, frente a la situación de emergencia y riesgo del usuario, a pesar de las disposiciones institucionales, en un conflicto permanente entre el cumplimiento y crítica del programa, por las contradicciones que generan frente a la profesionalismo, la autonomía, su misión y sus valores, salen de las normas, aunque esto provoque una acción disciplinadora, con responsabilidad y argumentación; de ese modo consiguen transformar y crear condiciones para asegurar el proceso de cuidar, con un nuevo saber de enfermería en el contexto peruano.

El Programa de Salud del Escolar y del Adolescente y del Plan Nacional vigentes son, fundamentalmente, promocionales y preventivos, siendo así, coherentes con las declaraciones suscritas por el Perú en el Congreso Mundial por la Infancia (1990), en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (Cairo, 1994), en la Cúpula Mundial sobre Desarrollo Social (Copenhague, 1995) y IV Conferencia Mundial sobre la Mujer (Beijing en 1995), pero que actualmente en la práctica tiene una connotación curativa y de enfermedad.

En cuanto a la educación, según los datos del Censo Nacional de Población, en 1993 la cobertura de la educación primaria, en lo que toca a la escolaridad, presenta características excluyentes y peculiares del grupo de niños, que no pertenecen a los siguientes grupos: niños mayores de nueve

(9) años, tanto en el área urbana como rural; niños en las comunidades indígenas, que además de su lengua materna, hablan el idioma español; edad de ingreso de los niños a la escuela en el área urbana, entre otros. En relación al trabajo, el INEI, estimó que, en el grupo de 10 a 14 años, 5.1% trabajan; y en las fajas de edad de 15 a 17 años, 17.9% trabajan. Además, se constata que 55% de los niños trabajadores con edades entre 6 y 17 años, en el área rural, mueren, y que aproximadamente en la mitad de los casos, sus jornadas superan las 36 horas semanales, dedicados a las actividades agrícolas, así como 69% de los niños y adolescentes que trabajan están en condición de trabajadores familiares no remunerados, los cuales suman 5% de trabajadores del hogar, como medida complementaria al salario familiar.

En la realidad peruana, el fenómeno de la pobreza tiene una estrecha relación con el proceso salud-enfermedad, cuando una familia pobre no tiene la posibilidad de proveer recursos para protegerse de los riesgos de la enfermedad de forma individual y de sus miembros, y mucho menos para recuperar su salud, no consigue cubrir sus necesidades básicas de alimentación y subsistencia.

La idea proveniente de los niveles centrales del MINSA, dentro de la corriente de reforma de la seguridad social, fue reducir el vacío existente entre la necesidad de salud y la atención en los servicios de salud, como una estrategia del plan de lucha contra la pobreza; pero en la práctica se priorizan los grupos de población en riesgo, y frente a las inconsistencias no se consigue ofrecer atención a los mismos, generando una contradicción con los registros, bases

conceptuales, resoluciones y dispositivos del SIS/SEG.

En el discurso del gobierno, la pobreza es un problema de todos los peruanos y, ellos son convocados a participar para buscar soluciones, dando viabilidad al desarrollo social y respondiendo a la necesidad para inversión no solo de recursos financieros, sino, también técnicos y normativos, que viabilicen la ejecución y contribuyan en la consolidación del SIS/SEG.

En los países donde se sufrió, o se sufre periodos prolongados de violencia, surgió un tipo específico de pobreza derivada de este fenómeno. En ellos se formaron importantes contingentes de población marginada por situaciones de guerra civil, violencia de narcotráfico o otras situaciones similares, como por ejemplo, Nicaragua, Perú y Guatemala⁽⁵⁾. Frente a esto, se considera que otro factor determinante de la pobreza es el pragmatismo de los gobiernos que colocan en tela de juicio la viabilidad de la reforma de salud y la falta de consistencia entre las propuestas económicas y la realidad social.

El SEG muestra un significativo nivel de exclusión de los niños más pobres, por la falta de matrícula y de evasión escolar, que ocurre con mayor frecuencia en los grupos más pobres. En la práctica, el trabajador de salud, con algunas excepciones, no conoce estos indicadores y la ideología real que el gobierno coloca a través de sus técnicos, en las reformas, porque el discurso siempre es de esfuerzo del estado, destacando que los Programas son creados por derecho⁽⁶⁾.

En la práctica, la falta de un reglamento formal permite detectar ambigüedades en las funciones del personal

del SIS/SEG, específicamente, de las enfermeras, significando una sobrecarga de trabajo. Por un lado, las determinaciones del programa fueron derivados del nivel central, del cual emanaban niveles elevados de presión para tomar decisiones en las diferentes instituciones de salud. Por otro lado, los órganos regionales de salud, a través de cada institución de salud, ofrecían resistencia para la ejecución de determinaciones y decisiones centrales, sean en el tiempo establecido, sea en su voluntad política de autoridad de salud, en la mayoría de veces por desconocimiento de las disposiciones, lo que no permitió una negociación fluida en términos administrativos con la Dirección Regional de Salud, entidad que entiende el SIS/SEG, como un programa externo independiente.

En la realidad, en el Perú existe un sistema de seguro de vida con características y magnitud de cobertura como SIS/SEG, pero también existen seguros privados de salud, entre ellos los seguros escolares ofrecidos por empresas de seguro privado, dirigido a escolares de colegios particulares, que atienden, únicamente los accidentes y emergencias ocurridas en el local de estudios y durante el horarios de clases. Esto podría ser ofrecido por el SIS/SEG en el inicio de la propuesta, o sea, un sistema de seguro de salud universal por derecho, implementado y sin exclusiones.

CONSIDERACIONES FINALES

El conocimiento amplio y la cultura de análisis crítica de la política de salud del niño en el Perú, en el contexto de cambios permanentes que propone la globalización en el modelo económico, político y cultural de la realidad peruana, entre otros, se

vuelve un aspecto importante para entender que en la práctica, el Estado no garantiza la equidad y democracia que pregona y por el contrario genera conflictos con la comunidad, que busca derechos en los servicios asistenciales, escenario de dudas normativas, de exclusión de coberturas y recursos, de (in) conformismo profesional.

La reforma sanitaria de los años 90, en la práctica sólo fue efectivizada debido a los cambios de los objetivos y de dirección administrativa; conflictos y desencuentros de los actores; reformulaciones constantes y racionalización excluyente; y crisis abierta de política populista en el programa liberal de ajuste estructural, vinculado a las propuestas financieras internacionales, paralelas a las propuestas ideológicas en los contextos electorales de los gobiernos y a las puestas en tela de juicio de la viabilidad de la misma reforma. Esto reforzó las capacidades propias de las diferentes regiones, que transformaron lentamente el sector salud, con limitaciones en los resultados frente a las necesidades para la implementación.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1- Arroyo, J. Salud: La reforma silenciosa. Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia. Facultad de Salud Pública y Administración; 2000.
- 2 – Portocarrero, G, Komadina J. Modelos de identidad y sentidos de pertenencia en Perú y Bolivia. 1ª. ed. Perú: Instituto de Estudios Peruanos; 2001
- 3 – Patrera M. La salud peruana en el siglo XXI, retos y propuestas de política. Perú: Consorcio de Investigación Económica y Social. Diagnóstico y propuesta; 2002.
- 4 – Tavares L. Ajuste neoliberal e desajuste social na América Latina. Rio de Janeiro:

Escola de Enfermagem Anna Nery –
Universidade Federal do Rio de Janeiro;
1998.

5 – Ugarte O. Monje J. Políticas sociales en
el Perú: nuevos aportes. Equidad y reforma

en el sector salud 1ª. ed. Perú: Instituto de
Estudios Peruanos; 2001.

6 – Ministério de Saúde/Organização Pan-
Americana de Saúde. Elementos para el
análisis del sector salud: IDMA; 1992.