

Comentarios a la Mesa Redonda: “Universalización de la Salud, el reto de la pandemia”

Dr. Oswaldo Lazo Gonzales ^a

Mi agradecimiento a la Academia Nacional de Medicina en la persona de su presidente y su vicepresidente por invitarme a comentar las ponencias de tan distinguidos expertos y amigos. No hay duda de que las tres ponencias son realmente muy sugerentes, son diferentes miradas, aunque complementarias que nos ayudan a desbrozar el complejo camino hacia la universalización de la salud.

¿Qué universalizamos?

Una primera interrogante que subyace en las ponencias, aunque sin suficiente explicitación, es: ¿Qué universalizamos? ¿A qué universalización nos estamos refiriendo? ¿Cuál es nuestra concepción de universalización de la salud? Si nos referimos a universalizar la salud, estamos frente a un enorme desafío correctamente planteado por Eugenio, pues nos obligaría a ir mucho más allá de la atención de la salud, esto es, a intervenir sobre las profundas inequidades sociales que se constituyen en determinantes de la salud. De este modo nos acercamos a esa concepción integral que consagró la Organización Mundial de la Salud en su acta de creación. Esto exige ver la salud en el entramado del desarrollo social y asumir un enfoque de protección social, del cual la salud es un pilar. Aun si se limita, el desafío a la universalización de la atención de la salud sigue siendo enorme. No se alcanza

con un sistema organizado por una multiplicidad de segmentos poblacionales. En dicho sistema cada cual se halla afiliado a un seguro que ofrece un plan de beneficios de lo más disímil e inequitativo: desde quien tiene un plan que cubre todo riesgo y, si fuese necesario, sería trasladado a un centro altamente especializado en un país del primer mundo hasta quien sufre de discriminación para ser atendido, tiene que formar una cola aparte y esperar, pues no genera ingresos directos a la organización pública de salud en la que busca esta atención y, si logra ser atendido, a menudo no recibe la medicación que le es prescrita debido al crónico desabastecimiento de medicinas, como sucede con el Seguro Integral de Salud. La universalización de la atención no puede ser concebida como la sola afiliación, si detrás de ella subyacen profundas y obscenas inequidades; dichas inequidades, en lugar de ser resueltas se acentúan, consolidan y no conciben absolutamente con el derecho ciudadano a la salud, situación que se hace evidente en la crisis pandémica que atravesamos.

Por ello, sería importante que nuestros distinguidos ponentes y amigos pudiesen precisar en qué medida las decisiones políticas adoptadas estos últimos decenios, tanto en el Perú como en otros países de la región, nos están conduciendo realmente a la universalización de

^a Médico cirujano graduado en la Universidad Nacional Mayor de San Marcos; doctor en Medicina, magister en Salud Pública y especialista en Administración de Salud por la Universidad Peruana Cayetano Heredia; especialista en pediatría por la Universidad Nacional Mayor de San Marcos; profesor principal y ex vicedecano de la Facultad de Salud Pública y Administración de la Universidad Peruana Cayetano Heredia; director de la Dirección General de la Salud de las Personas y de la Oficina General de Planificación y Presupuesto del MINSA; coordinador nacional de PARSALUD.

la salud o, por lo menos, a la universalización de la atención de la salud.

La atención de salud en el Perú: cambios acaecidos

Un segundo asunto sobre el que me parece importante reflexionar es en qué medida los grandes cambios acaecidos en los perfiles demográficos y epidemiológicos de nuestra heterogénea sociedad peruana han transformado nuestra organización sanitaria y los modelos de atención. Sobre esto se han pronunciado tanto Ricardo como Margarita. Es evidente que la organización de nuestro sistema de salud no se ha modificado. Nuestro sistema de salud es la sumatoria de un conjunto de instituciones, algunas surgidas coyunturalmente respondiendo a ciertos intereses de grupos de poder y, con frecuencia, a la influencia de la cooperación internacional. Otras han sido heredadas desde la Colonia, se mantienen cual atavismos y se han acumulado en el tiempo a modo de estratos geológicos, expresando cada cual cierta racionalidad, concepción o interés^b. Esta composición errática y caótica aún no ha sido objeto de una reforma que proponga un diseño, no solo “inteligente” y moderno sino, y sobre todo, justo y basado en el derecho ciudadano a la salud. Me refiero a una reforma que realmente nos permita avanzar hacia la universalización de la atención.

Recordemos que nuestro sistema público de atención de salud se desarrolló sobre la base de la red hospitalaria generada por la beneficencia pública desde la Colonia. Fue recién durante la década de los 40’ que -al influjo de la cooperación norteamericana a través del Sistema Cooperativo Interamericano de Salud Pública (SCISP)- se crearon los primeros establecimientos de atención sanitaria básica bajo el nombre de Centros de Medicina Preventiva. Prácticamente con ellos se inicia la conformación del primer nivel de atención^c. A la par, el subsector privado afincado en la práctica médica liberal tuvo en el consultorio particular su expresión tradicional y, por excepción, en la clínica u hospital privado. De allí que la cultura sanitaria de la población peruana diseña su “ruta de atención” recurriendo al hospital o

al “medico particular” dependiendo de su condición económica. En suma, la red primaria de atención fue y sigue siendo culturalmente ajena a la población. Esto a diferencia de otras realidades, como la inglesa donde la base de la atención descansaba en los centros de salud de las parroquias desde el siglo XIX, tan como lo señala el Informe Dawson^d. Si a esto le agregamos la escasa voluntad por el desarrollo del primer nivel, su permanente desestima por el mundo médico y sanitario en general y su pobre capacidad resolutive, se configura un escenario ideal para su escasa legitimidad social. La estrategia de Atención Primaria de Salud nunca pasó de ser sólo un discurso, muchas veces distorsionado, que no logró permear nuestro Sistema de Salud, menos aún nuestro incipiente y estructuralmente débil Primer Nivel de Atención.

Estudios realizados hace ya varios años señalaban que no más del 10% de los establecimientos públicos del primer nivel de atención reunían la capacidad resolutive suficiente como para responder a las necesidades de salud relevantes en el ámbito. Es más, ni siquiera nos hemos interrogado respecto a qué primer nivel de atención requiere el país para responder a las heterogéneas necesidades de salud del 72 al 75% de la población^e, que debería encontrar en él una respuesta adecuada y eficaz.

¿Qué hace la mayor parte de los establecimientos de salud de mínima capacidad resolutive? Estos podrían constituir espacios privilegiados para un abordaje apropiado de los determinantes sociales de la salud bajo un enfoque integral de protección social, tal como -con mucha propiedad- nos lo ha señalado Eugenio. Pregunto ¿cuántas acciones de enorme valor social podrían realizarse contando con esta infraestructura? Son establecimientos donde podrían concretarse las políticas de desarrollo social local, donde confluyesen los sectores de salud, educación, alimentación, generación de empleo productivo, recreación. Todos ellos estarían encaminados hacia la protección de niño, la mujer, el anciano, el adulto, dando concreción desde diferentes miradas disciplinarias al mensaje

^b Lazo O. y colab. *El Sistema de Salud en el Perú. Situación y desafíos*, CMP, 2016

^c Bustíos C. *La Salud Pública, la Seguridad Social y el Perú demoliberal (1933 -1968)*. CONCYTEC, 2005

^d Dawson B. Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines. 1920

^e En referencia al clásico estudio Kerr White, *Organización de la atención de salud: perspectiva epidemiológica*. Acta Hospitalia 18(3), 1978

fundamental de la Atención Primaria de Salud.

Por ello, opino que es necesario repensar la organización de los servicios públicos de salud, en función de nuevos modelos de atención social y culturalmente pertinentes a nuestros perfiles epidemiológicos y demográficos, como paso previo a implementar la estrategia de redes de atención de salud. Como bien lo ha mencionado Ricardo, de no cumplirse este paso se corre el riesgo de organizar redes de muy escasa o nula capacidad de respuesta sanitaria. Este 90% de infraestructura existente bien podría ser la base para la conformación de redes de protección social local bajo la conducción de los gobiernos locales.

¿Aseguramiento que consagra la segmentación excluyente?

Otro asunto, fundamental en el camino hacia la universalización de la atención, tiene que ver con el modelo de sistema de salud adoptado para alcanzar este logro. En este sentido, el Estado Peruano, sin mayor debate ni consulta a las instituciones académicas y colegios profesionales y otras organizaciones de la sociedad, adoptó el esquema de aseguramiento fragmentado, bajo el fatuo nombre de Aseguramiento Universal en Salud, que, como se dijo previamente, terminó por consagrar y reforzar la segmentación y fragmentación de nuestros sistemas. No hay situación más ajena a la universalización con base en el derecho ciudadano, al cual aspiramos para nuestra sociedad como signo de modernidad. Es legítimo presumir que, detrás del discurso de "aseguramiento universal", se escondían diversos intereses que pugnaban por expandir el mercado privado de la salud. No está de más recordar que los países europeos, y aun los latinoamericanos que asumieron seriamente el desafío de la universalización de la salud, han optado por Sistemas Nacionales de Servicios de Salud o por los Sistemas Nacionales de Seguridad Social en Salud, ambos totalmente alejados del modelo adoptado en el Perú y que algunos expertos internacionales denominan cuasi-sistemas¹. ¿Estamos a tiempo para poder reconsiderar esta decisión o sólo nos queda

asumirla como una política de hechos consumados?

La segmentación del sistema, a su vez, está a la base de la histórica debilidad del ejercicio de su función de rectoría. En buen romance somos un sistema en la formalidad y no menos de tres sistemas en la realidad. Aparentamos tener un ente rector del sistema, pero realmente cada segmento es autónomo y las decisiones de política y sus mecanismos reguladores, que deberían plasmar la función de gobierno, son meramente referenciales para las organizaciones sanitarias. La pandemia ha visibilizado al máximo grado la ingobernabilidad del sistema, con ejemplos tan bizarros como las relaciones entre el sistema de atención del MINSA y el del Seguro Social o el de las eternas negociaciones entre el MINSA y las clínicas privadas a efectos de la atención de los pacientes con COVID-19, cuando este tipo de acción gubernamental estaba plenamente contemplado en la Ley General de Salud. Cabe entonces preguntarse sí, ante una situación tan crítica que suscitó una emergencia sanitaria nacional, no se puede ejercer la función de gobierno del sistema que podemos esperar en tiempos de aparente normalidad.

Algunos sectores atribuyen al proceso de descentralización en salud la fragilidad del MINSA para el ejercicio de su función rectora, habida cuenta de que se atribuye a ella el surgimiento de autonomismos que con frecuencia llevan a decisiones erróneas en el campo de la salud. De este modo se subestima y aún desconoce la normatividad emanada del Gobierno nacional, como se viene observando en más de un caso durante la presente pandemia. En nuestra opinión, la descentralización no acentúa la ingobernabilidad del sector salud, sino que la transparenta con mayor notoriedad. Si no se tiene capacidad de conducción político-estratégica del subsector público en salud mediante una propuesta de gobierno multinivel y, por lo tanto, no se pueden construir objetivos y metas conjuntas mediante procesos participativos en espacios plenamente institucionalizados, la causa está en el MINSA y no en los gobiernos regionales y locales. No trato con esto de exculpar la existencia de importantes vacíos legales que han generado las condiciones para

¹ Suárez R. *El Financiamiento de Sistemas de Salud de Cobertura Universal: Implicaciones Fiscales*. I Conferencia Internacional Aseguramiento Universal en Salud: Contribuyendo al Financiamiento Sostenible. Lima, 2010

el surgimiento de caciquismos regionales y locales y aun de casos flagrantes de corrupción.

Atención primaria de salud, hoy más que nunca

Finalmente, deseo insistir en un aspecto donde encuentro plena coincidencia entre los tres ponentes. Se trata de reiterar la necesidad indispensable de recrear nuestro sistema de salud teniendo como base la Atención Primaria. Es necesario enfatizar la diferencia entre atención primaria de salud y primer nivel de atención, lo cual responde a una lectura reduccionista de la estrategia consagrada en Alma Ata hace 40 años. Atención primaria debió convertirse en “la función central y el núcleo principal”⁹ del sistema de salud y no en un nivel de atención, sin negar que su fuerza descansa en este nivel en tanto tiene la posibilidad de establecer relaciones significativas con la población organizada, de cara al desarrollo. En consecuencia, concuerdo plenamente con el Dr. Villar cuando señala que APS es la estrategia bisagra entre la salud y el desarrollo. De un lado de la bisagra está la puerta de ingreso al sistema de salud y, del otro, las acciones que nos manifiestan las inequidades que se constituyen en determinantes sociales de la salud y sobre las cuales debemos actuar conjuntamente con otros sectores estatales, los gobiernos locales y actores sociales para su superación. La pandemia también ha puesto en evidencia la inexistencia de una propuesta nacional de atención primaria, sobre la cual se construyese el sistema, y obliga a pensar en la conformación de un sistema cualitativamente diferente que, recogiendo el pensamiento de APS, se constituya en pilar de un amplio e integral sistema de protección social y expresión del derecho a la salud para la población peruana.

Preguntas y comentarios adicionales

Moderador Dr. Agustín Iza

Terminadas las exposiciones, vamos a pasar a las preguntas. Tenemos un amplio número de preguntas que voy a tratar de unir.

Uno de los problemas importantes de la pandemia fue la simultaneidad de los problemas de contagio y de salud y, a la vez, los problemas económicos. La Escuela de Negocios de Londres habla de aplanar dos curvas: la curva de contagios y la de letalidad; simultáneamente, aplanar la curva de depresión económica que han traído, como consecuencia en una buena parte, las cuarentenas: la disminución de la oferta, la disminución de la demanda y la pérdida de recursos humanos. ¿Cómo enfrentar este problema pensando en alguna otra pandemia, cosa que ojalá nunca ocurra? ¿Qué opiniones tienen ustedes sobre la simultaneidad de estos dos serios problemas?

En Perú, la cuarentena se desbordó porque la gente decía: “no me voy a morir probablemente por el coronavirus, pero me voy a morir de hambre”; porque tenemos una cantidad muy importante de personas que tiene que trabajar diariamente y sólo así consigue su dinero para poder vivir.

¿Qué comentarios podríamos hacer de estos temas? Doctor Fábrega, doctora Margarita, doctor Villar, quisiera sus comentarios sobre esta simultaneidad, por favor. Comenzamos por el doctor Fábrega, seguimos con Margarita y luego con Eugenio Villar.

Dr. Ricardo Fábrega

Voy primero porque voy un poco sarcástico, sin ofender a nadie. He escuchado mucho esto de la dicotomía entre economía y salud; es decir que, si nos preocupamos mucho de la epidemia, la economía se hunde; por lo tanto, será mejor mantener la economía funcionando porque, si no, habrá mucha pobreza y la pobreza también mata. Yo estoy totalmente de acuerdo con que la pobreza también mata, pero yo también aprendí, en los varios cursos de economía que llevé, que para que una economía funcione tiene que haber factores productivos, y que el factor productivo clave en la sociedad moderna es el factor humano; por lo tanto, si ese ser humano se va a morir, no tendremos ese factor productivo. Entonces, por mucho que los economistas

⁹ OMS/UNICEF. Declaración de Alma –Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, 1978

se angustien por la pobreza, un grupo importante de seres humanos, probablemente los más productivos, los más cultos, se van a esconder, van a hacer cuarentena, aunque nadie se la pida, pero tampoco vendrán turistas al país mientras esté circulando el virus. No veo posibilidad de recuperación económica verdadera si no controlamos la epidemia. Sin control de la pandemia la economía estará en sus niveles basales pese a que tratemos de hacerla despegar. Entonces, en mi opinión, debemos tener menos ansiedad con la economía y más ansiedad con controlar la epidemia, porque esa será la única manera de que la economía realmente despegue.

Dra. Margarita Petrerá

La incertidumbre es un factor muy importante en las decisiones económicas, sobre todo en las decisiones económicas del sector privado. Sí el empresario privado piensa que va a haber rebrote, no va a invertir; a su vez, si piensa que la enfermedad ingresó en una curva descendente, va a invertir. Este sector no va a poner en riesgo su dinero en un escenario de incertidumbre. Eso creo que tiene que quedar bien claro. Entonces, ¿qué dinero tiene que moverse? Obviamente el del Estado, y de allí la importancia de "Reactiva Perú". Es el Estado quien pone dinero a un interés muy bajo para dinamizar la economía. Para ello se está lanzando un paquete de inversiones en forma asociada con el gobierno británico, pero también programas de empleo temporal para buscar la reactivación. El sector privado que no puede aguantar esta situación es el informal, por eso no puede guardar cuarentena. No podemos hablar de la economía como de un todo homogéneo. Separemos al pequeño productor, al pequeño empresario, a ese grupo grande que aguantó lo que pudo; después, cuando ya no pudo, salió a la calle a vender lo que pudiera vender; fue un factor de extensión de la epidemia, como lo fueron los caminantes.

El problema ha sido el desempleo, la caída de las remuneraciones. Eso da vergüenza, aumenta la informalidad, baja la presión tributaria; no sólo baja el producto bruto interno, sino que, además, baja la presión tributaria; aumenta la informalidad que usualmente no tributa, aumenta la precariedad, aumenta la violencia, aumenta el hambre terriblemente. El INEI ha realizado una encuesta para evaluar cómo se vive con el COVID en Lima, y lo que se encuentra es hambre, mucha hambre. Eso es angustiante. Por el lado de EsSALUD, van a bajar

los ingresos que recibe. ¿Cuánto va a bajar el presupuesto del sector Salud? Este es un presupuesto que depende mucho más de la decisión gubernamental. Mientras que los ingresos de EsSALUD reflejan la economía formal, son un efecto espejo, el gasto del tesoro público reside en la voluntad política de los gobernantes. El panorama es bastante preocupante.

De otro lado, Ricardo habló de asignar no menos del 6% del PBI como gasto público en Salud para avanzar hacia universalización. Vamos a estar lejos de esa cifra. Por el contrario, aumentará el financiamiento de los hogares. Vamos a ver qué es lo que dice la próxima encuesta ENAHO. Finalmente, quiero insistir sobre la importancia de modificar el modelo de atención fortaleciendo el primer nivel con base en la Atención Primaria en Salud. Supone grandes cambios de nivel nacional que se traduzcan en las relaciones locales.

Dr. Eugenio Villar

Estoy de acuerdo con lo dicho por Margarita y Ricardo, pero quisiera agregar un par de cosas más. Comencemos por qué cosa entendemos por economía. Creo que ahí está el problema de esta dicotomía entre economía y salud. En verdad, la economía es una ciencia social, que básicamente estudia la creación y el consumo de riqueza, bienes y servicios, para el servicio de las personas, para la satisfacción de las personas. La economía no busca hacer dinero para acumular y para no redistribuir; la economía es una ciencia social que está el servicio de las personas, de manera que es un absurdo plantear que la economía es dicotómica con la salud, como ya explicó Ricardo. Ambas están absolutamente relacionadas. La OMS, desde el año 2000 en adelante, con la Comisión de la Macroeconomía de la Salud, estudió extensamente la contribución que daba la salud a la economía de la sociedad. Posteriormente, en el año 2005, la Comisión de Determinantes estudió lo mismo, pero con la dirección inversa, vale decir, cómo la Economía contribuye a la salud, y ahí se ha palpado el tema de Determinantes de la Salud.

En efecto, es un tema perfectamente estudiado desde el punto de vista científico; pero hay asuntos nada científicos, sino básicamente ideológicos, como es plantear "o es la economía, o es la salud". La Salud Ocupacional es la disciplina que justamente estudia la salud en el proceso de trabajo, a fin de garantizar la

producción de la riqueza; es algo que estamos viendo durante la pandemia con la aplicación de protocolos y demás. Otra es la cuestión ideológica. Hemos visto que -en otros países, incluso algunas autoridades- están planteando que los viejos ya tienen que morir, pues por protegerse se está descuidando la economía. Es un absurdo que tiene mucho de ideológico, casi de fascismo. Es considerar que los débiles deben “irse” porque están dificultando un proceso de acumulación que es injusto y que concentra la riqueza en unos pocos. Me parece que lo planteado por Margarita es muy importante: la precipitación por abrir la economía puede llevarnos a un rebrote, si no se toman todas las precauciones, y este rebrote puede ser más negativo incluso para la economía y para la inversión. Es necesario ver este asunto con un enfoque de servicio a las personas y de poner la vida de la gente como el valor supremo de la sociedad, al cual la economía y la salud tienen que servir.

Moderador Dr. Agustín Iza

Tenemos poco tiempo y una gran cantidad de preguntas. He seleccionado dos o tres. La primera inquietud, expresada por algunos, es que hablar de Sistema Único de Salud pueda aniquilar la parte privada de Salud. Ustedes se han referido a que eso no es así, pero en vista de las preguntas lo vuelvo a plantear.

¿Qué es entonces el Sistema de Salud que necesitamos?
¿Cómo piensan ustedes que un país como el nuestro debería tener en líneas generales, organizativamente hablando, un Sistema de Salud? ¿Cuál es el rol de la gobernanza y de la rectoría? Nosotros tenemos un sistema fragmentado, el Ministerio de Salud, por un lado, EsSALUD por otro, la Sanidad de las Fuerzas Armadas y la Policía Nacional por otro, y la parte privada por otro. ¿Cómo hacemos para unificarlos, para que sea más eficiente y con una gobernanza y una rectoría del Ministerio de Salud realmente eficiente?

Adicionalmente, se pregunta a dónde se dirigen los fondos del SIS. Es un tema que ha mencionado Margarita, y creo que la pregunta va un poco dirigida a ella. También hay una inquietud referida a la presentación de Ricardo, que tiene que ver con el rol de la comunidad y de la sociedad civil en general, en el proceso de alcanzar salud para todos. ¿Qué rol debería tener la comunidad? ¿Un rol controlador? ¿Un rol estimulador?

Dra. Margarita Petreña

Creo que hay dos puntos donde podríamos hacer cambios en la reforma de financiamiento; el primero lo mencione anteriormente, es la creación del Fondo Nacional de Inversión Pública en Salud. Estoy convencida de que los elefantes se comen en pedacitos y, a veces, por anunciar algo generamos sustos y rechazos; es necesario “ir haciendo cosas” y mostrando que son buenas, que generan bienestar, y así lograr adherencia para seguir avanzando.

¿Qué debería de financiar el SIS? Si quisiéramos que el SIS sea un instrumento de gobernanza financiera, eso implicaría que el SIS manejara el gasto corriente, mas no remuneraciones, pero esto colisiona con el proceso de descentralización. Yo estoy segura de que esa es la punta de una madeja, que al jalarla van a aparecer los problemas y las definiciones una tras otra. El SIS ahora financia medicamentos, pero también financia otras cosas. También les decía que el flujo que viene del SIS se atraca, se estanca. Una característica importante del financiamiento es que el dinero debe discurrir, no estancarse, trancarse. Cada tranca es una pérdida hacia abajo.

¿Qué pasa con el SIS, entre el primer nivel y el hospital? La gente va al primer nivel que atiende a la mayor cantidad de afiliados; solo un grupo menor accede al hospital, pero, a la hora de facturar al SIS, el hospital absorbe la mayor parte de los recursos. En otros términos, el dinero del SIS se va principalmente para los hospitales y al primer nivel le llegan pocos recursos. Los hospitales tienen formas perversas de manejarse, como también lo ha tenido el sector privado cuando ha hecho un trato con el SIS.

¿Les parece lógico, creíble clínicamente que una persona pueda pasar 9 días en emergencia, sin haber sido derivada a otro lugar? Bueno, esas facturas les llegan al SIS. Hay gran corrupción y esta atraviesa por todos los lados al país. Entonces, la experiencia del SIS para mí es muy importante.

Hay algo que le preocupaba a Oswaldo: ¿Por qué se eligió el camino del aseguramiento? Sinceramente ese camino nos vendieron todos los organismos internacionales que trabajan en salud, uno. Y dos, sonaba lógico si ya no puedes con la seguridad social; en el Acuerdo Nacional decías “seguridad social a

todos", aseguramiento en el Seguro Social a todos. Y eso no se podía. EsSALUD tiene unos niveles de autonomía enormes; "bueno, entonces, vamos dándole membresía".

Moderador Dr. Agustín Iza

Eugenio, además de las preguntas que he mencionado, se ha formulado la siguiente: ¿Cómo incorporar los Determinantes Sociales de la Salud en la práctica diaria?

Dr. Eugenio Villar

Comienzo por esta última pregunta. Muchos profesionales de la salud, no solamente médicos, son conscientes de la importancia de los Determinantes Sociales, pero encuentran difícil poder enfocarlos en el día a día. Eso puede ser porque la práctica de salud, no solamente la médica, está a veces muy centrada en el tema asistencial y especializado, desde donde se hace difícil comprender con claridad los Determinantes Sociales. Sin embargo, si concebimos la atención de salud como el continuo que incluye prevención, promoción, curación, rehabilitación, paliación, en tal caso siempre percibiremos lo preventivo y lo promocional. La prevención y promoción son puertas de entrada a su necesidad de salud y le dan un nivel de integralidad por más curativa que sea en esencia. Evidentemente que, si lo vemos más allá del proveedor de la salud, sea o no profesional, y lo vemos desde la perspectiva del servicio, o del Sistema de Salud, evidentemente que los Determinantes Sociales pueden tener muchas formas de abordaje a través de esa institucionalidad. Pero yo creo -y eso es algo que siempre discutíamos en Ginebra- que, sobre todo, por ejemplo, el tema de la medicina centrada en la persona es un movimiento muy importante a nivel global que ve a la persona en su integralidad y no como una enfermedad y, por lo tanto, confiere mayor importancia al tema de los Determinantes Sociales y a la determinación social del proceso salud-enfermedad.

No quiero dejar pasar la oportunidad para enfatizar lo que dijo Oswaldo en relación con la responsabilidad que tenemos cada uno de nosotros y nuestras instituciones, de cara a la mayor crisis que posiblemente hemos vivido todos en nuestra vida, que ha sido esta pandemia. Es la responsabilidad de reflexionar y trabajar para concebir un nuevo sistema de salud para nuestro país. Nuestro sistema de salud ha demostrado sus deficiencias.

Solemos afirmar que la crisis es siempre una oportunidad, pero la dejaremos pasar si no planteamos la necesidad de abogar por un nuevo sistema de salud, al margen de las perspectivas ideológicas y profesionales que tengamos. Por lo demás, no hay evidentemente un solo modelo de sistema posible. En esta orientación creo que la Academia Nacional de Medicina, el Colegio Médico, el Colegio de Enfermeras y otros tantos colegios profesionales, las universidades y otras instituciones tienen la responsabilidad, la obligación de reflexionar y analizar lo que esta pandemia ha desnudado en nuestro sistema de salud.

Mi último comentario es sobre la rectoría y la importancia del sector privado. Creo que cualquier sistema de salud debe contemplar la centralidad de la respuesta pública en salud, lo cual parte de la experiencia histórica internacional. Los sistemas que no han desarrollado una adecuada respuesta pública y trabajan solamente bajo el enfoque privado usualmente no logran la universalidad. No hay mejor ejemplo que los Estados Unidos. Es verdad que importantes sectores poblacionales reciben la más alta atención, pero muchos otros no tienen siquiera cobertura de seguro, y eso es profundamente inequitativo. En ese país hay una ausencia de la respuesta pública en salud, salvo el Medicare y el Medicaid. Pero estados en esencia capitalistas, como Inglaterra, tienen un sistema único de salud, sólido, público y financiado por impuestos. Esta pandemia nos está enseñando sobre lo indispensable de la respuesta pública sólida, eficaz y proba, para poder salir de esta crisis. El sector privado, y no es que lo critique, no tiene esa capacidad debido a las fallas de mercado detalladamente estudiadas; no está en la capacidad de realizar respuestas sociales efectivas en problemas tan complejos como los que estamos viviendo. Gracias.

Dr. Ricardo Fábrega

No hay ningún riesgo para los países de América Latina en tener Sistemas Únicos de Salud sin sector privado. El riesgo es, al contrario, esto es, que el sector privado no nos deje tener Sistema Único de Salud. Pero, en realidad, la solución más adecuada es la de Sistemas Únicos de Salud, con la participación del sector privado cumpliendo distintos roles que yo concibo como complementarios. Como decía Eugenio, necesitamos alinear intereses y valores y, evidentemente, son intereses del sector privado. Pese a no ser intereses

vinculados al bien común, ni al valor de la solidaridad o al derecho a la salud, son también intereses legítimos en una sociedad plural y, como tal, pueden ser compatibles con los primeros; ahí está justamente la magia de la política, como capacidad de construir acuerdos. Se trata de “hacerlos compatibles con”, aunque sabemos que los intereses que los motivan son diferentes; esa alineación se logra mediante regulaciones adecuadas, de modo que sean factor positivo en esta tarea.

Muchos países lo han logrado. Incluso el Sistema Único de Salud inglés tiene importantes contribuciones del sector privado. Nadie fabrica suero o ventiladores en el sector público. Es el sector privado quien produce estos bienes y, donde uno mira, observa que hay alguna empresa privada participando activamente en la tarea sanitaria. No existen sistemas únicos de salud que sean exclusivamente públicos en ningún lado. En realidad, esos temores son fantasmas que a veces se construyen en un ánimo simplista, pero que terminan polarizando inadecuadamente la realidad y viendo todo blanco o negro, cuando la realidad está llena de matices.

Esto incluye la participación social, no solo de nivel comunitario sino a todos los niveles. Yo creo que allí tenemos un gran retraso. Me parece indispensable confiar en la gente, en su sabiduría, en su capacidad de hacernos ver, como “en espejo”, a quienes como expertos estamos en el mundo de los sistemas, cómo se comporta objetivamente realidad y dándonos a conocer muchas y valiosas experiencias. Esto implica profundizar nuestra gobernanza democrática, no sólo las diferentes instancias de gobernanza.

Otro aspecto que quería abordar y que veo claramente es que el Sistema de Salud, cómo está en Perú, no puede seguir más por mucho tiempo, es completamente disfuncional. Tengo la impresión de que no puede haber una parte del Sistema basado en el Seguro Social, otra en el SIS, otra para los Policías, etc. Esto es inviable y tiene que superarse. Las vías de superación son varias: o sistema de Seguridad Social con subsidio público que asegure a quienes no tienen ingresos (tipo Costa Rica), o se avanza hacia un Fondo Nacional de Salud

(tipo Uruguay), un gran fondo público con prestadores organizados en Redes Públicas y Redes Privadas, que reciben el subsidio y donde inclusive el seguro actúa como articulador de la demanda de atención de los asegurados. Sé que estoy caricaturizando porque las realidades son mucho más complejas, pero el momento actual exige al país tomar una decisión. ¡Ahora!

Las próximas elecciones nacionales deberían obligar a un gran Acuerdo Nacional para avanzar hacia un sistema de salud que sea coherente. Ahí comprobaremos quiénes creen realmente en la Salud Universal. Dejando de lado la discusión por los pequeños detalles, se debe acordar sobre lo central, lo grueso, y después veremos los detalles. Si queremos construir una casa, dejamos para el final si queremos los balcones de una forma o de la otra o el tipo de decoración que nos agrada más. Mi impresión es que nadie quiere ceder, pero al final todos pierden. En esta orientación, yo creo que hay que ponerse de acuerdo en algunas cosas clave: el incremento del presupuesto público para garantizar preferencialmente recursos humanos en las zonas desfavorecidas, para qué trabajen en Red. Eso lo iremos monitoreando, pues no se consigue de un día para otro. Respecto de la corrupción, a la que hay que combatir sin duda alguna, a mí me da la impresión de que se ha optado confrontarla a través de normas, se ha producido un exceso de normas, una “normorragia” que todo lo traba, que todo lo impide y que todo lo dificulta. Tiene que buscarse un mecanismo distinto so riesgo de caer en un pantano de regulaciones, muchas veces con contradicciones entre sí y que impiden una mínima eficiencia en la producción de salud, a fin de cuentas.
Moderador Dr. Agustín Iza

Muchas gracias. Bueno, llegamos al fin de esta importantísima Mesa Redonda. Realmente queremos agradecerles, a nuestros ponentes invitados y a nuestro comentarista, por sus excelentes presentaciones. Nos quedamos no solamente con su conocimiento y experticia sino también con las inquietudes de cómo transitar por la senda que nos lleve a una Salud Universal.