

Simposio: La Reforma de la Salud en el Perú

Introducción al tema: Consideraciones político-sociales

AH Dr. Melitón Arce Rodríguez

Es innegable que, en el momento actual, se hace necesaria en el país una reforma del sistema de salud. Una reforma auténtica que asegure a cada peruano, desde su concepción hasta su muerte, el suficiente cuidado y la indispensable atención que le permita gozar de buena salud y, en caso de enfermar, recuperarla plena y satisfactoriamente.

Un recuento histórico de lo ocurrido en el Perú muestra que la preocupación por una buena salud estuvo siempre presente en el propósito de los gobernantes y fue también preocupación de los ciudadanos. Sin embargo en toda época, si bien cada vez en menor medida, se dieron limitaciones de diverso origen, entre ellas la existencia de prejuicios, de patrones culturales adversos y de marginación social, que no permitieron avanzar como hubiera sido deseado. Como expresiones ilustrativas de esta preocupación bastaría recordar las innumerables referencias que hacen los cronistas, las leyes dictadas durante el gobierno del Inca Pachacutec, que entre otras establecían responsabilidades para quienes ejercían el arte de curar. Más adelante, a la llegada de los españoles, y en etapa muy temprana de la Conquista se puso en función el Protomedicato, con el fin de regular la formación y el ejercicio de los profesionales de la salud y la práctica de los principales procedimientos entonces en uso. Durante la República conviene mencionar medidas como las iniciadas con la creación de las Juntas de Sanidad inmediatamente después de declarada la Independencia, seguidas por

otras que condujeron finalmente, en la primera mitad del siglo XX a la creación del Ministerio de Salud y el inicio de la Seguridad Social. Desde entonces se han ido produciendo muchos más logros, todos significativos, en el proceso de institucionalizar el Sistema de Salud y desarrollar una creciente toma de conciencia por parte de la población respecto a la importancia que para su bienestar y prosperidad tiene el gozar de buena salud. A los cambios efectuados en el contexto político por el Estado, y en el de la valoración social y comunitaria de la salud, se sumó el avance vertiginoso de la ciencia y la tecnología, que hacen que hoy podamos conocer no solo la etiopatogenia de la mayoría de las enfermedades y su mejor abordaje preventivo y terapéutico, sino incluso predecir su posible ocurrencia gracias al conocimiento del genoma humano.

Tan señalados logros, sin embargo, no son universalmente aprovechados en nuestro país. La gran mayoría de la población no puede gozar de estos beneficios. Factores de orden geográfico, económico y social limitan, aunque con menos gravedad que antes, un acceso universal, oportuno y suficiente. Debe puntualizarse no obstante, que algunos han sido encomiables y parecen ir dando frutos; por ejemplo, cuando se analizan algunos indicadores, como en el caso de la mortalidad infantil, podemos comprobar que hemos alcanzado el objetivo del milenio ya hace un par de años; la mortalidad materna, también se ha reducido, la expectativa de vida se ha incrementado y hay también una reducción consistente

de la desnutrición crónica en menores de 5 años. Por otro lado, observamos que subsisten todavía insolubles algunas situaciones que nos llevan a admitir que el final del camino está aún lejano y que el goce pleno de la salud no es todavía una realidad en el Perú.

Entre las razones por las que esto ocurre, una de las más destacables es la insuficiente inversión en salud que aunque se ha incrementado en la actual década, no ha logrado ser aún satisfactoria y está lejos de homologarse, en términos de porcentaje del PBI con la que, en promedio, alcanzan los otros países de la región, cuyas variables socio-demográficas son semejantes a la nuestra. Habría que agregar como agravante, la duplicación en el gasto, en razón del sistema fraccionado y pobremente coordinado que tenemos y en el que cada componente planifica y ejecuta acciones por su propia cuenta. Consecuentemente, la infraestructura tanto física, como instrumental y de equipamiento no se ha renovado suficientemente, y la existente no es tampoco utilizada racionalmente.

En cuanto a provisión de recursos humanos existe, en términos generales, una grave deficiencia, siendo la más crítica el número y distribución de especialistas. De otro lado, la exclusión de los beneficios de una atención de calidad es alta por razones de ubicación geográfica: no menos de un 25% de la población carece de acceso y vive prácticamente excluida de los beneficios de la medicina moderna, y otro 50% no accede a cuidados de mayor complejidad en la oportunidad debida, lo que hace que solamente un 25% resulta beneficiándose de cuidados médicos con las garantías recomendadas de calidad, equidad, oportunidad y financiamiento.

El cuarto aspecto dentro de este análisis tiene que ver con las características del sistema de salud, cuyo fraccionamiento y la autonomía administrativa de sus componentes, debilita en gran medida la rectoría del Ministerio y frecuentemente, el cumplimiento de la norma sanitaria, situación que ha sido también frecuente causa de atención deficiente. En los últimos años se han dado pasos importantes para resolver algunas de estas dificultades. En el Sector Público, la creación del Seguro Integral de Salud-SIS, para financiar, a nivel nacional con dinero fiscal la atención de los pobres fue muy bien recibida. Lo fue también el Decreto Legislativo 1012, dictado para promover y normar la participación del Sector Privado a través de la modalidad de asociaciones público-

privadas –APP, complementada más recientemente con la creación de la modalidad de Inversión Pública a cuenta del Pago de Impuestos.

De otro lado, en el convencimiento de que era impostergable garantizar la salud de los peruanos durante todas las fases del ciclo vital, el Congreso Nacional dictó en el 2009 la Ley 29344, Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, que viene manteniendo reforzada vigencia. Su normativa jurídica, particularmente en lo referente a la función reguladora de su Órgano de Supervisión, la Superintendencia Nacional, ha sido modificada al otorgársele competencia, ya no solo para los establecimientos privados, como la tuvo inicialmente en la Ley, sino también a los públicos. Esta última disposición consta en uno de los 23 decretos legislativos, que por delegación del Congreso, dictó el Poder Ejecutivo el 2013 y que los calificó, a nuestro juicio inapropiadamente como procesos de reforma. En la Academia discutimos estos Decretos y afirmamos que si bien ellos no constituían en sí una verdadera reforma y que varios requerían alguna revisión, constituían sí un aporte importante en tanto que resultaron dando fuerza de ley de cumplimiento obligatorio a acciones que venían llevándose a cabo desde hacía algunos años.

Lo expuesto hasta aquí muestra pues un escenario en el que existen una serie de aspectos que justifican una reforma. Entre ellos es importante referirnos al Seguro Social en Salud que tiene una estructura centralista y de ámbito urbano, y confronta entre sus deficiencias un creciente desequilibrio entre oferta y demanda, teniendo frecuentemente que recurrir para resolverlo al concurso del sector privado, este a su vez, por su afán lucrativo, puede incurrir en abuso de dominio, lo cual lleva además riesgo de ofrecer a la población la equivocada percepción de un sesgo en favor de la privatización de la salud.

Este Seguro Social, un servicio público, es pobremente financiado con recursos fiscales, adolece de graves carencias y solo en contados establecimientos puede ofrecer atención de calidad. Existe por otro lado, un sector privado cada vez más empresarial que camina hacia la integración vertical de servicios y que, si bien ofrece al usuario no solamente la tecnología de punta sino además la atención en establecimientos de cada vez mayor lujo y confort, en razón de sus altos costos es sólo privilegio de un mínimo sector poblacional. Comparando con lo que pasa con el sector privado, la percepción de una privatización de la salud se agudiza.

Así las cosas, el usuario se mueve de acuerdo a sus posibilidades socio-económicas, entre dos antípodas, lo que hace más sufrible su condición de enfermo y de doliente y sin duda en el caso de las grandes mayorías, genera mayor desesperanza que la propia enfermedad. Frente a esto y por todo esto se hace necesario iniciar el camino hacia una auténtica reforma de salud en el país. Camino que no cabe duda será largo, aunque fervientemente creemos es tiempo de iniciar.

A nuestro entender esta reforma se sustentaría en los siguientes diez lineamientos:

1. El nuevo sistema de salud del país debería comprender dos grandes efectores: un Servicio Público normado y financiado por el Estado y un Servicio Privado financiado por las personas naturales o jurídicas que lo deseen.
2. En el Servicio Público debería existir un solo prestador de servicios, responsabilidad que de acuerdo a lo previsto por la Constitución del Estado recaería en el Seguro Social del Perú, hasta que alcance su universalización. Obviamente para ello esta institución requerirá de una profunda reestructuración y descentralización.
3. El Servicio Público debería tener dos fuentes de financiamiento. Una, los aportes que hacen los empleadores al Seguro Social cuyo monto porcentual debe ser materia de estudios actuariales periódicos y otra los aportes que a esta institución deberá hacer el Estado por los desocupados y los calificados como pobres en porcentaje semejante calculado sobre un monto estimado de ingreso mensual que podría estar referido a la remuneración mínima u otra que se establezca.
4. El Ministerio de Salud quedaría liberado de la responsabilidad prestadora, manteniendo el rol que le corresponde como rector del Sistema, responsable del dictado de normas sanitarias y en permanente coordinación con el Sector Educación para la planificación de la formación de recursos humanos necesarios, delegando las funciones de regulación, control y supervisión de la calidad del servicio a quién actualmente la ejecuta, esto es, la Superintendencia Nacional de Salud.
5. Una institución ad-hoc, tendría a su cargo el manejo económico y financiero tanto de los recursos fiscales como los del Seguro Social y sería responsable de realizar periódicamente los estudios actuariales para precisar el monto de los aportes que requiera el Sistema.
6. El Sector Privado continuaría realizando sus actuales actividades, pero con separación precisa en las funciones que asuma como institución administradora de fondos –IAFAS- o de prestadora de servicios –IPRESS- y dentro de estas facultades continuar colaborando con el Seguro Social en la prestación de servicios de capa simple, a través de las Empresas Prestadoras de Salud.
7. A nivel operativo deberá promoverse y fortalecerse la organización de las redes integrales funcionales a nivel regional e inter-regional, con participación de los servicios público y privado, suscribiéndose para el efecto, convenios de contraprestación bajo principios de intercambiabilidad, complementariedad y subsidiariedad para alcanzar atención oportuna y eficaz a la población.
8. Se promoverá también la participación privada bajo las modalidades previstas, sea de asociaciones público-privadas o de obras por impuestos no solo en lo referente a infraestructura asistencial sino también a obras de saneamiento básico, provisión de agua potable, energía para el desarrollo y otras que contribuyan a resolver aspectos pendientes en materia de determinantes sociales de la salud.
9. Deberá otorgarse al Consejo Nacional de Salud capacidad de iniciativa legislativa como una forma de hacer más útil su existencia, permitiendo que algunos de sus acuerdos –considerados esenciales y aprobados por unanimidad- encuentren eco efectivo en el desarrollo del Sistema de Salud. En la actualidad, los acuerdos de este Consejo se ponen en actas y pasan al Despacho Ministerial, sin garantía de que puedan ser cumplidos. De otorgársele la iniciativa legislativa pasarían como proyecto de ley para su discusión y eventual aprobación por Congreso de la República. Creemos que es tiempo que este organismo, si bien es cierto, creado como ente consultivo y cuyos acuerdos no están ligados a un cumplimiento obligado, tengan alguna forma de hacerlos válidos.
10. Deberán revisarse las normas vigentes sobre Descentralización y Regionalización, a efecto de restablecer una eficaz rectoría del Ministerio de Salud.

Esta reforma obviamente deberá ser diseñada, luego de un debate a nivel nacional que garantice su procedencia y aceptación, Asimismo, deberá aplicarse progresivamente a través del cumplimiento de metas que, a la vez que permitan evaluar sus avances, faciliten la introducción de correctivos que vayan generando en la población la confianza que la haga requisito indispensable para constituir la Política de Estado, cuya vigencia no corra riesgos frente a discrepancias ideológicas, contingencias políticas o circunstancias administrativas o gubernamentales.

Referencias bibliográficas

1. Pease García Franklin. Preámbulo de Tesis de Bachiller, Facultad de Derecho, PUCP, 1965.
2. Mariátegui J. La concepción del hombre y de la enfermedad en el antiguo Perú. *Rev Neuropsiq.* 1992;55:156-66.
3. Vergara Quintero. Tres concepciones históricas del proceso salud-enfermedad www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a03.pdf, 2007.
4. Minsa. Decretos Legislativos 1153 al 1175, sobre La Reforma de la salud. *Diario Oficial El Peruano*, Jueves 12 de Setiembre, 2013.
5. World Health Organization. Estrategia de la Organización Mundial de la Salud para el Desarrollo de Servicios Integrados y Centrados en las Personas. Geneva: World Health Organization, 2014.
6. Perales A. Educación Médica en Latinoamérica Centrada en la Persona. Presentado en la Reunión de Academias Latinoamericanas de Medicina, Lima, 13 diciembre, 2014.
7. Arce M. Servicios de salud centrados en la persona y la comunidad. Presentado en la Reunión de Academias Latinoamericanas de Medicina, Lima, 13 diciembre 2014.
8. Wagner, Patrick et al. Bases y perspectivas latinoamericanas sobre Medicina y Salud Centradas en la Persona. *An. Fac. med.* [online]. 2015, vol.76, n.1 [citado 2016-08-09], pp. 63-70 . Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832015000200010&lng=es&nr m=iso. ISSN 1025- 5583. <http://dx.doi.org/10.15381/anales.v76i1.11077>.