

Avances y retos en el proceso de universalización de la salud en Perú

Dra. Margarita Petrerá Pavone^a

Al hablar sobre la atención de la salud, nos referimos a los servicios de salud. No obstante, deseo puntualizar que la buena salud no depende sólo del sistema de servicios en salud. El estado de la salud depende también de sus determinantes. Y la presión sobre los servicios de salud depende también del estado de estos. Si no corregimos lo que causa enfermedad y accidentes, nunca podremos sentirnos orgullosos de nuestros servicios, porque incluso en el mejor de los casos nunca tendremos los recursos ni la satisfacción suficiente.

Avances en las políticas de salud

En mi opinión, el avance más importante y la política con mayor continuidad ha sido la del Aseguramiento Público en Salud. Este se inicia con un movimiento latinoamericano promovido por todas las agencias internacionales para hacer frente a la incapacidad de la economía de expandir el empleo formal, y, por ende, la seguridad social en salud. Perú inicia en 1998 con el Seguro Escolar Gratuito y va ampliando el aseguramiento, sucesivamente, a la población en situación de pobreza y, más adelante, a todo aquel que no tenga un seguro en salud. En el año 2019, con la ENAHO y en respuesta a la pregunta ¿con qué seguro de salud cuenta?, el 46% de la población residente en el país reportaba que estaba adscrita al Seguro Integral de Salud-SIS, el 26%, a EsSalud, agregando otros seguros. En total, el 77% decía tener un seguro de salud, y algo más de 15 millones de personas estaban afiliadas al SIS. Si suponemos que el 30% hizo demanda, estamos hablando de 4.5 millones de personas, lo que sobrepasa largamente la capacidad de la red nacional MINSAb.

¿Funciona el SIS? Depende de a quién se le haga esta pregunta. Los datos indican que sí existe un efecto protector del SIS en el acceso, sobre todo en el primer nivel, y menor gasto de la población en pobreza afiliada al SIS versus la no afiliada, y ese es un logro mayor. Pero está también documentado que dicho logro se encuentra en situación de peligro, debido no sólo a las restricciones de la oferta que no puede ofrecer el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud-PEAS, sino a limitaciones en la misma capacidad de gobernanza (léase gestión) del sector. Así, no todos estos establecimientos de menor complejidad reciben la reposición correcta y oportuna, y menos aún se benefician con las transferencias de gestión. Existe, además, un saldo de las transferencias del SIS que las Unidades Ejecutoras (UE) no ejecutan, lo que implica un déficit de gestión. Muchos hospitales, sobre todo los de mayor complejidad, eluden a la población SIS o la llevan a efectuar pagos que no deben^c.

La oferta del MINSA a nivel nacional no creció de acuerdo a lo esperado, ni funcionaron las negociaciones con EsSalud para hacer intercambio prestacional. Los contratos con privados fueron escasos y la insatisfacción fue mutua por ambos lados. Si bien la Superintendencia de Salud (SUSALUD) tiene la función de velar por el cumplimiento del derecho de los asegurados en salud, es poco lo logrado en ese campo.

Encuentro tres grandes lecciones: (1) Estamos frente a procesos sumamente complejos y complicados, más allá de discutir si nuestros problemas terminan eliminando la

^a Doctora y magister en Salud Pública por la Universidad Peruana Cayetano Heredia; socióloga y magister en Economía por la Pontificia Universidad Católica del Perú; consultora senior en los proyectos de Cooperación Internacional y Asistencia Técnica en organismos nacionales e internacionales; docente en la Pontificia Universidad Católica del Perú; ex profesora de la facultad de Salud Pública y Administración de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y, ex funcionaria en la Organización Panamericana de la Salud en el Perú.

^b Elaboración propia. *Base de datos de la Encuesta nacional de Hogares* 2019. Instituto Nacional de Estadística e Informática. 2020.

^c Petrerá, Margarita. *El Complejo Proceso de la Inclusión. Reforma y Seguro Integral de Salud*. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, febrero 2018

segmentación, es decir, unificando MINSA con EsSALUD. Se trata de instituciones diversas, procesos administrativos distintos y redundantes y, además, complicados (intereses diversos que colisionan entre sí, trabas y corrupción). (2) Hace ya tiempo que quedó obsoleto el rol del SIS en el financiamiento. En principio, debía pagar sólo el gasto en insumos, sobre todo medicamentos. Pero hoy sólo el 65% se va en medicamentos, 15% en insumos y 15% en gestión (personal e infraestructura) y todos descontentos^d. (3) El actual modelo de atención dejó de funcionar y se descuidó el primer nivel de atención. Me temo que este nivel fue incapaz de atender la creciente cronicidad de enfermedades. Hoy en día, en plena pandemia, muchos centros de salud no funcionan, pese a las órdenes dadas desde la jefatura del MINSA.

Puntos críticos de reflexión para la universalización

La política de arribar a la universalización de servicios de salud a través del aseguramiento no ha dado los frutos esperados. ¿Qué pasó? Muchos creímos que, desde el derecho y su presión desde la demanda, se provocaría un estímulo a la oferta. No fue así. EL SIS puso en evidencia las quejas de la misma población. ¿Por qué matar al mensajero?

Problemas que se pusieron de manifiesto:

- **Mayor demanda poblacional y más compleja**, las enfermedades crónicas sumadas a las enfermedades agudas más la migración venezolana (alrededor de 1 millón). Y tenemos un problema pendiente con las atenciones que se dejaron (y se dejan) de prestar durante la actual pandemia. Comparada con años anteriores, la mortalidad materna aumentó en 18% durante el primer semestre.
- La **descentralización inconclusa** llevó en salud a una pérdida de rectoría y de gobernanza importantes. Se “perdió” el manejo nacional y, antes de introducir sistemas de información homogéneos veraces y oportunos, la fragmentación aumentó.
- La **relación público-privada es compleja y poco transparente**. No sólo es lo que pueda negociarse con el sector privado de punta, que hizo integración vertical, ni con los acuerdos público-privados. Me refiero también a que se instaló un “copago” para los afiliados

al SIS y a los usuarios MINSA no SIS: medicamentos, diagnóstico por imágenes y uso de equipos son cada vez cobrados aparte en los establecimientos públicos o dirigidos hacia prestadores privados ubicados en los alrededores de los establecimientos públicos. Las farmacias y boticas se han convertido en el primer lugar de consulta, donde se pregunta qué es bueno para el dolor de cabeza, cólico y así sucesivamente^e.

- **¿Quiénes financian los servicios de salud?** Aunque ha disminuido su peso, la primera fuente siguen siendo los hogares, ahora casi rozando con la fuente del Tesoro Público. ¿En que gastan su dinero los hogares? Del 100% de su gasto en salud, 41% va a medicamentos, 16% al servicio dental, 10% a hospitalización, 7% a consulta^f.
- La **oferta pública** no sólo tuvo un lento crecimiento, sino que presentó fallos crecientes en recursos humanos, medicamentos e insumos estratégicos, inversión, equipamiento y, por ende, la calidad. Todo ello apunta a hacerla disfuncional. A tener en cuenta: en el mundo, la primera causa del encarecimiento de los servicios de salud es un mal diagnóstico, con lo que cabe señalar la importancia de la clínica dentro de la formación médica.
- En **recursos humanos** no sólo hay problema de escasez y mala distribución, sino de ausencias: el médico, de ser el núcleo de la atención, parece haberse desplazado a un campo difuso, donde la administración, la práctica clínica y el sobreuso de tecnología no parecen ponerse de acuerdo. El 28% de hospitales visitados a nivel nacional por la Contraloría no inicia puntualmente la atención a los pacientes, el 36% no publica su horario de atención y el 75% no publica la relación de pacientes citados en el día. Todo esto genera el riesgo de demora en la atención, congestión y pérdida de tiempo de los pacientes. En el 31% de los establecimientos no se encontró atendiendo al médico internista ni al cirujano general. En el 30% no se encontró al pediatra y, en el 23%, no estaba el médico gineco-obstetra^g.
- En **medicamentos e insumos estratégicos**, -pese a la creación del Centro Nacional de Abastecimiento de Recursos Estratégicos en Salud–CENARES en 2010

^d Este punto se desarrolla en el acápite 3.

^e Ministerio de Salud-Organización Panamericana de la Salud. Cuentas Nacionales de Salud. Perú 1995-2012. Lima, 2015.

^f Margarita Petrera, Análisis de los elementos que forman parte del Gasto de Bolsillo y acceso a medicamentos de los usuarios del Sistema de Salud Peruano en el periodo 2007-2017. Reporte técnico. Organización Panamericana de la Salud. Lima.

para la adquisición, almacenamiento y distribución de los insumos estratégicos- no se ha logrado tener la agilidad necesaria para hacer las mejores compras, ni tampoco se ha recibido de todas las UE la información requerida para hacer dichas compras. El mismo informe de Contraloría indica que, del 70% de los medicamentos solicitados a través de una compra corporativa, el 29% se encuentra en condición de sobre stock, con el consiguiente riesgo de vencimiento. El 33% de los establecimientos visitados no cumple con buenas prácticas de almacenamiento con el riesgo de que la provisión no tenga estándares de calidad.

- **Inversión y equipamiento.** Los procesos de inversión son sumamente largos, con sobrecostos. Muchos establecimientos no quedan operativos. El equipamiento es otro drama, y solo quiero referirme a la ausencia de una política de mantenimiento de equipos. Estos se deterioran a gran velocidad, sea por ignorancia, desidia o corrupción.

Algunas sugerencias de transición hacia la universalización de la atención en Salud

La universalización es un proceso (no es un decreto). Toma tiempo generar consensos, compromisos, reformas institucionales, capacidad para corregir errores y perseverancia. No quisiera extenderme en el concepto de la salud no sólo como derecho y su importancia en la formación del capital humano. Todos lo sabemos.

Para arribar a la universalización, se necesita un contrato social explícito por el que se asuman los costos y se expliciten los beneficios. Los valores de la democracia requieren ser manifiestos en un tipo de contrato, que en las actuales circunstancias económicas significa también la enorme tarea de un pacto económico, ambos compatibles y factibles.

Me permito lanzar una arenga: “¡Hacia un prestador público competente y ético!”.

Temas cruciales para una transición en la atención de salud

1) Corresponsabilidad

Como se ha indicado, el estado de salud de la población es fuertemente dependiente de sus determinantes, por lo que se requiere del desarrollo de otros sectores sociales como educación, protección social, agricultura

y alimentación, saneamiento, medioambiente, justicia, habilitación y transporte urbanos, entre otros.

2) En lo correspondientes al Sector Salud

Desarrollo de objetivos de:

- Fortalecimiento y desarrollo de la función rectora del MINSA.
- Cambio del modelo de atención (o ¿cómo venimos atendiendo a la gente?).
- Valorización del rol del recurso humano en salud. Desde la misma formación clínica y permanente actualización hasta mejoras en las condiciones laborales, códigos de conducta, estímulos y sanciones.
- Reestructuración y coordinación de la oferta pública.
- Definir la política del financiamiento del sector público salud.

Fortalecimiento y desarrollo de la función rectora del MINSA

Inteligencia y adherencia, dos principios que debe tener la autoridad para ganarse el respeto de todos y su continuidad. Fortalecer el rol rector del MINSA implica poseer alta inteligencia sanitaria (epidemiológica, tecnológica y regulatoria), redefinición de la descentralización, a fin de ir ganando capacidad de concertación y liderazgo.

Cambio del modelo de atención

Para que el primer nivel de atención pase a convertirse en el eje, debería estar basado en la doctrina de la Atención Primaria de Salud. Con mejores capacidades clínicas y resolutivas; con establecimientos altamente vinculados con escuelas, comisarías, mercados de abasto, iglesias y clubes, para influir sobre los determinantes de la salud. Esta vinculación incluye la participación de la comunidad, lucha frontal contra la corrupción y ser cultural y geo-referenciados. Esta no es sólo la base de la intersectorialidad, sino también el vínculo entre el Estado y la población. Las Redes Integradas de Salud son un tema pendiente en el país, básico para asegurar flujos de pacientes, medicamentos, servicios de equipos y recursos humanos. El planteamiento del trabajo en redes, las Redes Integradas de Servicios de Salud-RISS, se enlaza bien con la doctrina de Atención Primaria de Salud.

Valorización del rol del recurso humano en salud

No es posible arribar a un proceso de universalización satisfactorio, sin lograr la adherencia de los profesionales de la salud. Ello implica enfrentar el tema desde la formación,

⁹ Contraloría General de la República. *Operación por una salud de calidad 2018*. Informe.

reconociendo y subsanando sus actuales deficiencias, ausencias y participación en redes de corrupción, así como revalorando las conductas éticas y efectivas que muchos profesionales vienen demostrando. La remuneración, incentivos y otras compensaciones deberían estar dentro de un marco nacional público. La reforma de este recurso demanda un proceso de concertación permanente y cuidadoso.

Reestructuración y coordinación de la oferta pública

No sólo se trata de incrementar la oferta pública sino de reestructurarla como un sistema en la medida que promuevan la efectividad y eficacia y sean apreciadas por la población. Ir estableciendo sólidas sinergias entre las diversas instituciones a fin de caminar hacia la unificación de prestadores, si así existiera acuerdo político. Entretanto, se recomiendan las siguientes medidas:

- Compartir entre todas las instituciones públicas la misma metodología y softwares informáticos de historia clínica electrónica, estandarización de protocolos, sistema de costos y tarifas, sistema de gestión de citas.
- Planificación conjunta y única de inversiones públicas (incluye política de mantenimiento).
- Red de emergencias y ambulancias compartidas. Aprovechar experiencia del coronavirus.
- Compra y logística conjunta y eficiente de medicamentos e insumos médicos hasta el punto de entrega.
- Instituto Nacional de Evaluación de Tecnologías y Tratamientos.
- Revisar la relación público-privada. Una relación saludable entre Estado y sector privado debe apuntar a ser constructiva y generar progreso.

Definir una política de financiamiento del sector público salud

Como indica la OMS, según estudios efectuados en diversos países, para que toda la población tenga acceso a un conjunto de servicios es necesario que el financiamiento proveniente de fondos de aseguramiento mancomunado

(como la seguridad social) y del tesoro público se encuentre en torno al 5-6% del Producto Bruto Interno.^h Dado que el Perú tiene una presión tributaria del orden del 14 -13%, no es posible arribar a un financiamiento de la universalización en la atención de salud, ya que esta es insuficiente para todos los servicios públicos (salud, educación, saneamiento, inclusión social, justicia, orden interno entre otros). Si se tiene en cuenta que países como Chile y Brasil tienen una presión tributaria alrededor del 30%, y del 40% en Europa, se hace imprescindible una reforma tributaria.

Pero, no sólo se trata de incrementar el financiamiento, se debe también de dar un mejor uso al dinero, mejorando su eficacia. La reestructuración de la modalidad de asignación del gasto es indispensable, lo que va más allá de identificar los cuellos de botella para la ejecución presupuestal. Preocupa que la ejecución presupuestal del combate al Covid 19 esté atrasada.

Finalmente, quisiera llamar la atención sobre tres temas cruciales:

- Si se decide iniciar el proceso de unificación MINSA-EsSALUD, se propone elaborar un Plan Único de Inversión Pública en Salud, que debería incluir a las sanidades, cuya factibilidad esté garantizada por un Fondo de Inversión Pública. Propongo la elaboración de un Fondo Nacional de Inversiones Públicas en Salud como entidad financiera del Plan Nacional de Inversiones en Salud.
- Establecer una discusión sobre ¿Qué debería financiar el SIS? Eso implica algo así como ¿manejar todo el gasto corriente?, ¿solo el gasto corriente sin remuneraciones?, ¿será el instrumento de gobernanza financiera? Estoy segura de que esta será la punta de la madeja para redefinir las rutas de financiamiento de la atención de salud individual.
- El CENARES debe reestructurarse para que cumpla eficientemente su rol de comprador y distribuidor de insumos estratégicos para el sector público de salud, evidenciando compras y logísticas a menores precios y eficacia. Existen propuestas en el medio.

^h OMS 2010. *La financiación de los sistemas de salud*. Resumen Ginebra. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44373/1/9789243564029_spa.pdf
(Total Tributación/Producto Interno Bruto) en un año.