



# Academia Peruana de Salud

## BASES PARA EL PROGRAMA DE GOBIERNO EN SALUD 2006 - 2011

### 1. CONSIDERACIONES GENERALES

En el periodo 1975-2005 la salud mundial ha alcanzado un enorme desarrollo, lo que no ha ocurrido en el Perú. Nuestro país -con ocho gobiernos en ese lapso- ha tenido avances limitados, no ha realizado una exitosa reforma de salud, en muchos indicadores ha continuado ocupando los últimos lugares en América Latina y en el mundo, y ahora parecen perpetuarse la exclusión de los pobres extremos y altas tasas de mortalidad infantil, mortalidad materna y de enfermedades evitables.

1.1. Los principales factores retardatorios de la reforma y del desarrollo del sector salud en este periodo en el Perú han sido:

- 1.1.1. No haber aprovechado conocimientos fundamentales en salud a su alcance.
- 1.1.2. Los intentos de gobierno de forzar modelos de integración o fusión de instituciones y/o servicios que predominaron en los países socialistas, sin respetar la autonomía del Seguro Social, los cuales fueron rechazados por los asegurados, profesionales de la salud y otros importantes grupos de población (1975-1977 y 1986-1990).
- 1.1.3. La imposición autoritaria de gobierno de modelos neoliberales de mercado en salud que generan inequidad y exclusión, igualmente rechazados por la gran mayoría de la población (1991-2000).
- 1.1.4. El intento ministerial de imposición de políticas confesionales en salud sexual y reproductiva, que terminó frustrando el proceso de desarrollo de políticas integrales para la reforma de salud, intento también rechazado por la gran mayoría de la población (2001-2003).

1.1.5. Débil rectoría del Ministerio de Salud, e inefectiva en su relación con el Seguro Social de Salud (Essalud), la más importante institución financiera y prestadora de servicios de salud.

Entre los conocimientos fundamentales en salud no aprovechados, pueden mencionarse los siguientes:

- Sustento técnico moderno de una rectoría de conducción estable y fuerte para:
  - a) Desarrollar políticas de Estado y diseñar y liderar la reforma de salud.
  - b) Normar, regular, controlar y supervisar las acciones de salud con equidad.
  - c) Obtener información precisa y oportuna para decidir, planificar, ejecutar y evaluar.
- Organización eficiente de los sistemas nacional, regionales y locales de salud, y evaluación periódica de su desempeño con indicadores apropiados.
- Estudios matemático actuariales periódicos confiables (*último en 1978*).
- Modalidades y metodologías para diseñar e iniciar el aseguramiento universal en salud.
- Estrategias para el desarrollo de la salud y la medicina comunitaria con profesionales generalistas.
- Organización moderna y transformación de los niveles y redes de atención, y de la referencia y contrarreferencia.
- Procedimientos para las negociaciones y adquisiciones conjuntas de medicamentos, material médico y equipos por las instituciones del sistema.

1.2. Las dos causas mayores que condicionan la insuficiente protección de la salud de la población son:

1.2.1. Deficiente capacidad de respuesta del sistema nacional de salud, cuyo desarrollo no ha tenido prioridad en los distintos gobiernos.

En este fundamental indicador, según el Informe de la Organización Mundial de la Salud del 2000 ocupamos el lugar 172 entre 191 países.

La deficiencia es extrema en el primer nivel de atención, carente de capacidad resolutoria, de profesionales generalistas, de infraestructura y equipamiento suficientes, de organización y de referencia y contrarreferencia efectivas, lo que a su vez determina la sobresaturación de los hospitales e institutos especializados, con colas de enfermos desde la madrugada, desconfianza de la población y expectativas insatisfechas.

1.2.2. Desprotección del 75% de la población ante el riesgo financiero de la enfermedad (es la población sin un eficaz seguro de salud):

1.2.2.1. Con inequidad en la contribución financiera para salud, que evidencian el Informe de la Organización Mundial de la Salud del 2000 (Tabla I) y el elevado porcentaje de población cuyo gasto en salud representa una alta proporción de los ingresos totales de las familias, a lo cual se agrega el deficiente diseño e ineficacia del Seguro Integral de Salud, que no implica aún mayor solución al problema.

**Tabla I.- El indicador de la OMS reveló inequidad extrema.**

**INFORME OMS 2000  
INDICADOR EQUIDAD DE LA  
CONTRIBUCIÓN FINANCIERA  
Puesto ocupado sobre 191 países**

180	Nigeria	184	Perú
181	Armenia	185	Federación de Rusia
182	Camerún	186	Nepal
183	Camboya	187	Viet Nam

**Tabla II.- Nuestro gasto en salud es muy bajo y debe aumentar.**

**GASTO NACIONAL EN SALUD**

<b>América del Sur</b>	<b>Per cápita US \$ corrientes</b>	<b>Gasto público como % del PBI</b>
Argentina	697	4,7
Brasil	271	3,2
Chile	331	4,4
Colombia	211	5,3
Paraguay	128	3,5
Perú	91	2,8
Uruguay	618	4,7
Venezuela	437	4,1
Promedio	348	4,1

Fuente: Área de Análisis de Salud y Sistema de Información Sanitaria, OPS 2001-2004.

**Tabla III.- Paradoja inaceptable: A mayor gasto, mucha mayor inequidad.**

<b>Desempeño de los Sistemas de Salud en Financiamiento</b>	<b>Indicador: Gasto en Salud Per Cápita</b>	<b>Indicador: Equidad de la Contribución Financiera</b>
<b>Puesto Ocupado en un Total de 191 Países</b>	<b>Puesto</b>	<b>Puesto</b>
PERÚ	78	184
TURQUÍA	82	49
BANGLADESH	144	51

Fuente: Informe sobre la Salud en el Mundo, OMS 2000.

1.2.2.2. Con un gasto nacional en salud muy bajo (Tabla II) e inequitativo en relación a países de similar desarrollo al nuestro (Tabla III).

Durante todo el siglo pasado el presupuesto público para Salud fue insuficiente e inestable (en menor grado hace 50 años con el Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social), demostrando que exclusivamente a través del presupuesto nacional no es factible obtener el financiamiento mínimo necesario para el sector. Lo evidenciaron también las reiteradas huelgas de los profesionales y

trabajadores de salud exigiendo incrementos de haberes. Esta severa realidad suele explicarse por la escasez de recursos característica de los países de menor desarrollo y por la alta prioridad que generalmente se otorga al sector Economía -para el pago de la cuantiosa deuda externa-, a los sectores Defensa e Interior y a la inversión pública del ámbito económico.

Por ello, no cabe duda que la mejor alternativa para aumentar el gasto público en salud es el Aseguramiento Universal Solidario con financiamiento mixto: subsidiado hasta donde sea factible (presupuesto nacional) y contributivo (mediante aportes solidarios). El financiamiento contributivo a través de aportes tiene las ventajas adicionales de poder garantizar la intangibilidad de recursos y la autonomía en el manejo de los mismos. Mayor referencia al tema se hace en el punto 2.3.

## **2. SE REQUIERE AFRONTAR GRANDES RETOS Y NO SÓLO MEDIDAS PALIATIVAS**

Ante esta realidad -que es responsabilidad de todos- y con el objetivo de lograr el acceso universal al cuidado integral de la salud e impulsar el proceso de descentralización, resulta apremiante no perder nuevos periodos de gobierno -que no es tarea sencilla- y emprender en el periodo 2006-2011 la hasta hoy postergada reforma de salud. Con este fin es indispensable unir esfuerzos públicos y privados para afrontar grandes retos, siendo los cuatro principales:

### **2.1. Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud con desempeño eficiente, descentralización coordinada y rectoría efectiva**

El Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud (SNCDs) fue creado en agosto del 2002 por Ley N° 27813 para superar la segmentación de las instituciones y mejorar sustancialmente el desempeño del sistema de salud en los niveles nacional, regional y local, lo que es imprescindible para la descentralización del sector y para poder atender los diversos y complejos problemas de salud.

Sin embargo, por falta de decisión política el SNCDs no ha contado con la prioridad que requiere

para su organización y desarrollo, se encuentra muy lejos de un desempeño eficiente y el Consejo Nacional de Salud no es efectivo en el cumplimiento de sus funciones de concertación, coordinación y planificación intrasectorial. Un hecho revelador es el desacato al Reglamento de la Ley N° 27813, pues desde la instalación del Consejo Nacional de Salud en setiembre de 2002 los presidentes ejecutivos de Essalud no han concurrido a sus sesiones; ausencias consentidas durante dos años y medio que no deben persistir, porque no contribuyen a la eficiencia del sistema y perjudican la coordinación en salud.

Para revertir esta situación y alcanzar los objetivos nacionales en salud, se requiere una firme decisión política a fin de avanzar significativamente en la organización coordinada y descentralizada del sistema, en el desarrollo de sus acciones prioritarias y en el fortalecimiento de su rectoría.

En la construcción de una rectoría efectiva, el problema principal a resolver es la persistencia de la desfasada vinculación de Essalud con el sector Trabajo, que se mantiene no obstante ser su ámbito exclusivo la salud y haber dejado hace buen tiempo ya las pensiones. Mientras el seguro social no retorne al sector salud -como sucedía hace cuarenta años con los seguros del Empleado y Obrero- persiste una rectoría bicéfala que no permite solución posible y que conduce inexorablemente a la reiteración indefinida de frustraciones por descoordinación e inacción. La vinculación con el sector salud debe hacerse con el pleno respeto de la autonomía del seguro social, que establecen tanto la Ley de Essalud N° 27056 como la Ley del SNCDs N° 27813.

Por último, es necesario referirse a la existencia de una propuesta para ampliar la representación de las organizaciones sociales en el Consejo Nacional de Salud -que consideramos equivocada-, por la cual se pretende incrementar el número de miembros del Consejo en beneficio de uno de sus componentes y en perjuicio de todos los demás, minimizando la representación del Ministerio de Salud, del Seguro Social de Salud (Essalud) y otros participantes. Es evidente que una modificación de esta naturaleza, por disminuir porcentual y numéricamente la representación de las principales instituciones, desmotivaría su participación en el

máximo órgano de coordinación y desestabilizaría al Sistema.

## 2.2. Transformación y desarrollo del primer nivel de atención

La atención de salud en el primer nivel carece en nuestro país de capacidad resolutive suficiente, lo que impide responder a los requerimientos y expectativas de la población. La organización y gestión de la oferta de servicios son inadecuadas y los establecimientos de salud no están articulados, siendo deficiente el sistema de referencia y contrarreferencia.

Por otra parte, los establecimientos del primer nivel resultan poco atractivos para los profesionales de salud, apreciándose alta rotación e insuficiencia en las competencias requeridas para responder de manera adecuada a los problemas de salud. Adicionalmente, el Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS) ha presentado en los últimos años severas inconsistencias debido al incremento sistemático de profesionales inscritos en el sorteo y a la escasez de plazas por razones financieras.

Esta situación genera subutilización del primer nivel y sobrecarga de la demanda de atención en hospitales e institutos por problemas de salud de menor complejidad -que no les corresponde-, prolongándose los tiempos de espera con la consiguiente insatisfacción de los usuarios. De igual modo, contribuye a perpetuar un sistema de salud costoso, inequitativo e ineficiente.

Por lo señalado, a fin de solucionar los problemas de menor y mediana complejidad, la transformación del primer nivel de atención y del ya obsoleto SERUMS se han constituido en prioridades del SNCDS. Para brindar un servicio con equidad y calidad se requiere promover el desarrollo y fortalecimiento del primer nivel, y la formación, captación y permanencia de profesionales generalistas integrales y técnicos calificados, con personal de salud motivado, competente, con opciones de capacitación y actualización, condiciones de trabajo adecuadas, que conozca la realidad local y que contribuya a elaborar planes de salud a partir de las necesidades y expectativas de la población. Al eliminarse las

continuas rotaciones, la población se vería beneficiada con la mayor continuidad del personal, lográndose su identificación con la comunidad y su cultura.

Se requiere, asimismo, dar prioridad al desarrollo de la infraestructura necesaria y el equipamiento de los servicios de salud del primer y segundo nivel, incluyendo policlínicos en las ciudades de alta densidad poblacional -lo que es totalmente factible en nuestra realidad- de manera tal que garanticen la capacidad resolutive, la calidad de la atención y la referencia y contrarreferencia efectivas, a fin de mejorar el acceso y el grado de satisfacción de la población.

## 2.3. Aseguramiento universal solidario en salud y financiamiento con elevación sustancial del gasto público en salud

En razón del riesgo financiero que representan las enfermedades, principalmente las catastróficas y las discapacidades, tanto en costos de atención como en pérdidas de ingresos para las familias, el objetivo a largo plazo debe ser el Seguro Social de Salud para todos. Los países de menor desarrollo -con limitaciones económicas que no permiten aún alcanzar el Seguro Social Universal en Salud- están aplicando, de acuerdo a cada realidad y como etapa previa de construcción progresiva de los principios de la Seguridad Social, una estrategia de éxito creciente que es el aseguramiento en salud.

La Seguridad Social y el Aseguramiento Universal en Salud tienen la virtud asimismo de convertirse en el sustento financiero del sistema de salud. Su principio fundamental es la solidaridad, que implica la contribución en proporción a sus ingresos de todos los que pueden hacerla. Por ende, países con más de la mitad de su población en pobreza y pobreza extrema, no pueden tener como objetivo principal el mercado de la salud, con escasa o nula solidaridad, que finalmente significa salud para pocos. Lo prioritario es proteger a toda la población contra el riesgo financiero de la enfermedad y alcanzar salud para todos, y la clave para lograrlo cuando existen elevados porcentajes de población con escasos recursos es el Aseguramiento Universal Solidario en Salud, con prestación pública y privada de servicios y planes integrales (no solamente básicos).

Como se ha señalado, la mejor alternativa es el financiamiento mixto: subsidiado hasta donde sea factible (presupuesto público) y contributivo (mediante aportes solidarios). Tanto en la seguridad social como en el aseguramiento en salud el pago anticipado o prepago es el financiamiento contributivo compartido e incluyente, el cual sustituye progresivamente al pago de «bolsillo», que es individual y excluyente.

El proceso de financiamiento del Aseguramiento Universal Solidario en Salud debe respetar las autonomías institucionales, por lo que será gradual y progresivo. Llegará a la universalidad en el largo plazo, cuando estén dadas las condiciones económico financieras sustentadas en estudios matemático-actuariales y lo ratifiquen las decisiones institucionales. Las metodologías e instrumentos para lograr la incorporación progresiva de los trabajadores informales y otros grupos de población deben definirse en un proceso posterior a la promulgación de la respectiva ley. Lo propio debe ocurrir con la posible creación de un fondo mancomunado para enfermedades de alto costo, cuyas particularidades asimismo se precisarían en el reglamento luego de promulgada la ley.

El éxito del aseguramiento en salud requerirá de estrategias complementarias que mejoren la eficiencia del SNCDS en cuanto al reordenamiento del gasto y a su reducción. En el reordenamiento tendrá efecto muy importante la transformación y el desarrollo del primer nivel de atención, pues al mejorar su capacidad resolutoria -que es de bajo costo- será menor la demanda de atención en hospitales e institutos, cuyo costo per cápita es sustancialmente mayor. Para la reducción del gasto es fundamental el uso racional de medicamentos esenciales genéricos de calidad, lo que asimismo permitirá extender el acceso a los mismos.

En nuestro país el financiamiento del aseguramiento debe ser progresivo y realizarse en el mediano plazo a través de dos grandes estrategias:

### **2.3.1. Modernización real y extensión de cobertura del Seguro Social de Salud, a cargo de ESSALUD**

Con decisión política y base actuarial, es factible lograr un Seguro Social de Salud estable y

efectivo. Un avance importante se lograría normando el aseguramiento de la PEA independiente-comprendiendo trabajadores informales y familiares- y determinando la modalidad de aportación. La meta debe ser asegurar alrededor del 50% de la población, teniendo en cuenta que la población no pobre es el 45% y parte de la población en pobreza -trabajadores del hogar, trabajadores del campo, pescadores artesanales y otros- ya está incorporada mediante ley.

Sin embargo, hay que tener presente que desde el 01 de enero de 2005 se están aplicando medidas de coyuntura en sentido contrario, que afectan a los asegurados más débiles. Para disminuir un déficit de 77 millones de soles, Essalud ha dispuesto que terminen los regímenes especiales de los asegurados facultativo independiente, continuador facultativo, ama de casa y chofer profesional independiente, que protegían a 140.000 asegurados mas derechohabientes, sustituyéndolos con coberturas inferiores y en algunos casos dejándolos sin protección después de muchos años.

Tan penoso retroceso no hubiera ocurrido si el Seguro Social de Salud hubiera cumplido con realizar estudios actuariales confiables -interrompidos desde 1980- y si no se hubiera impuesto a las EPS en 1997 otorgando mayor prioridad a los intereses privados que al derecho a la salud. Se trata de serias omisiones y errores que dejaron de lado la oportunidad y la solidaridad, cuando debió actuarse preventivamente, teniéndose una gama de alternativas técnicas.

### **2.3.2. Reforma del Seguro Público de Salud, a cargo del Seguro Integral de Salud - SIS**

El denominado Seguro Integral de Salud no es realmente un seguro pues carece de autonomía, no cuenta con ingresos ni recursos suficientes y, en consecuencia, no puede garantizar los planes de beneficios a los hipotéticos derechohabientes.

La reforma del Seguro Integral de Salud debe realizarse con diseño moderno, autonomía y un régimen solidario subsidiado y contributivo sustentado actuarialmente. De lo contrario, el SIS continuará desfinanciado e ineficiente, pues el refuerzo con el ITF es insuficiente e inestable. Por sus implicancias financieras, esta reforma debería ser simultánea y no posterior a la descentralización en salud.

**Tabla IV.- La clave para aumentar significativamente el financiamiento en salud es el Aseguramiento Universal Solidario en Salud.**

**PERÚ: GASTO PÚBLICO EN SALUD  
Per Cápita Anual (Estimado 2004)**

<b>Gasto público</b>	US \$ 50
<b>Gasto en ESSALUD</b> (Aportes sin gasto en pensiones)	US \$ 105
<b>Gasto MINSA</b> (incluye SIS)	US \$ 40 (*)

(\*) Mediante el Aseguramiento Universal Solidario en Salud se considera factible llegar a US \$ 70 per cápita. Faltante: US \$ 30 per cápita (US \$ 600 millones anuales).

El subsidio público debe ser total para el aseguramiento gratuito de la población en pobreza extrema (24%) y parcial para la población en pobreza no extrema, porque como se ha señalado, la solidaridad implica la contribución en proporción a sus ingresos de todos los que pueden hacerla. La meta es asegurar el 50% restante de la población. Y sólo asegurando a toda la población terminarán las filtraciones de no asegurados a los actuales seguros.

A través del desarrollo del Seguro Integral de Salud es factible incrementar en el mediano plazo el gasto público anual en salud del Ministerio y las regiones en por lo menos 600 millones de dólares. Esto implicaría un aumento de 70% (Tabla IV).

#### **2.4. Acceso universal a medicamentos esenciales genéricos de calidad**

El Perú es uno de los países latinoamericanos cuya población tiene menor acceso a medicamentos. Son diversos los problemas pendientes de resolver en este campo, como: regulación inadecuada, registro sanitario antitécnico, vigilancia sanitaria y control insatisfactorios, uso y gasto no racionales, precios elevados, financiamiento insuficiente e información deficiente.

Los cambios que se requieren son numerosos, entre otros:

- 2.4.1. Rectoría efectiva.
- 2.4.2. Incorporación de estrategias para el acceso universal y equitativo a medicamentos esenciales genéricos.

- 2.4.3. Negociaciones para adquisiciones conjuntas y coordinadas de las instituciones públicas en el SNCDS.
- 2.4.4. Control, seguridad y eficacia garantizados por el Estado.
- 2.4.5. Establecimiento y aplicación de normas adecuadas y sanciones efectivas para la garantía de la calidad.
- 2.4.6. Sistema de suministro de medicamentos articulado con el financiamiento y el sistema de información.

### **3. LAS METAS DEL MILENIO Y SU RELACIÓN CON LAS NECESIDADES ACUMULADAS**

Afrontar con éxito los cuatro grandes retos señalados permitirá:

Mejorar sustancialmente las posibilidades del país en sus esfuerzos hacia el cumplimiento de las metas del milenio en salud para el 2015.

Facilitar las soluciones para las grandes y diversas necesidades acumuladas y crecientes en distintas áreas, como: pobreza y exclusión, VIH/SIDA, enfermedades transmisibles y no transmisibles, salud sexual y reproductiva, salud de la madre y el niño, salud del adolescente, salud del adulto mayor, salud mental, alimentación y nutrición, seguridad vial, salud ambiental, salud ocupacional, capacitación de recursos humanos, remuneraciones, beneficios sociales, infraestructura y equipamiento, que el nuevo gobierno deberá abordar.

### **4. ALGUNAS CONTROVERSIAS**

#### **4.1. Separación de Funciones de los Sistemas de Salud**

En los procesos de privatización de la salud la ideología neoliberal plantea como estrategia esencial la separación de las funciones de rectoría, regulación, prestación de servicios y «financiamiento» de los sistemas de salud. Mediante esta separación de funciones los fondos, fuentes de financiamiento y aportes son entregados a algún tipo de administradora privada nacional o externa de fondos de salud, denominando impropia «financiamiento» a esta tarea administrativa. La administradora se convierte así en el elemento

promotor del mercado de la salud, en el cual la prestación se realiza a través de la compra-venta de servicios con «proveedores» privados y algunos públicos. La rectoría es mantenida sólo parcialmente en el Ministerio de Salud con las tareas de política y normatividad, pues la regulación es transferida a una superintendencia nacional única de salud para la totalidad de servicios y establecimientos.

Los objetivos de esta estrategia -incompatible con la responsabilidad básica del Estado en salud y con la doctrina de la seguridad social- son múltiples: creación y promoción del mercado regulado de la salud, debilitamiento de la rectoría de conducción, eliminación de la autonomía de los seguros sociales y posteriormente sustitución de la seguridad social por seguros privados de salud. Asimismo, incremento de los privilegios de los grupos de mayor poder adquisitivo en desmedro de la solidaridad, la equidad y la universalidad, principios que entonces son sustituidos por mecanismos de compensación inequitativa y planes básicos de beneficios, diseñados sutilmente para la población en pobreza.

#### 4.2. Superintendencia Nacional Única de Salud

Entre las tareas propias de la función de rectoría, el Ministerio de Salud tiene las de regulación, control y supervisión de los agentes del sistema de salud, a fin de cautelar -en resguardo de los intereses de los usuarios- tanto la calidad de los servicios que presten como su solidez económico - financiera. En nuestro país, para el caso de los agentes privados, las tareas de regulación, supervisión y control económico - financiero se realizan a través de la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud, permaneciendo las correspondientes a la prestación de servicios a cargo de la Dirección General de Salud de las Personas.

Sin tener previamente en cuenta el gasto en salud per cápita -público y privado- en el Perú, y la extendida pobreza existente, no es pertinente delegar todas las funciones a una superintendencia única (así fuera un OPD del Ministerio de Salud). Porque para la realización de acciones de salud - como las prestaciones- y el cumplimiento de las normas, se requiere de financiamiento, en el cual en nuestro sistema de salud hay enorme inequidad, siendo muy limitada la solidaridad en el aporte o contribución financiera.

El gasto en salud per cápita en el Perú se estima de la manera siguiente:

GASTO EN SALUD	PER CÁPITA ANUAL US \$	POBLACIÓN (%)
<b>NACIONAL</b>	91	100
Ministerio de Salud	40 (*)	62 (°)
FFAA y PNP	80	03
ESSALUD	> 105	23
Sub Sector Privado	> 280	12

*Notas: (\*) En muchas localidades es menor de 10 dólares. (°) Comprende excluidos.*

Mientras subsista esta desproporción tan grande -cuya relación entre el gasto privado y el de los prestadores públicos varía entre 2,6 a 1 y 7 a 1-, resulta incompatible e inaceptable cualquier superintendencia única, porque los grandes perjudicados con las comparaciones que se promoverían y la aplicación indiscriminada de supervisión y controles inflexibles, resultarían las instituciones prestadoras públicas y sus recursos humanos profesionales y técnicos, es decir el propio Ministerio de Salud, los servicios de salud de las Regiones, Essalud y las sanidades de las FFAA y PNP. En poco tiempo se harían públicas múltiples deficiencias imposibles de subsanar (mayores cuanto menos recursos tenga una institución o una localidad), con las correspondientes campañas periodísticas, todo lo cual resultaría contrario al interés nacional.

En consecuencia, los Proyectos de Ley N° 09926/2004-CR y 12748/2004-CR que proponen crear una superintendencia única de salud deben ser sustituidos por otro que fortalezca la rectoría del Ministerio de Salud y proponga regular, controlar y supervisar con equidad a los agentes de salud, de acuerdo a las necesidades nacionales.

#### 4.3. Asociaciones Clas

El programa de cogestión de las asociaciones denominadas Comunidad Local de Administración de Salud - Clas fue establecido en 1994 mediante D. S. N° 01-94-SA. No obstante ser la participación de la comunidad conveniente y deseable en la administración y gestión de los establecimientos del primer nivel de atención, los Clas han dado lugar a distintas controversias, siendo las principales las siguientes:

4.3.1. Después de una década de funcionamiento del programa, el 65% de los servicios primarios del Ministerio de Salud y los Gobiernos Regionales no tiene asociaciones Clas, lo que ha generado y genera severa inequidad en la distribución de los recursos públicos entre servicios y también entre redes descentralizadas y regiones.

4.3.2. A esto se agregan importantes limitaciones financieras, administrativas, operativas y laborales en la mayoría de Clas, las cuales dificultan la extensión y operatividad del programa.

4.3.3. El modelo se sustenta en contratos bilaterales de administración y cogestión (Estado-Clas) para espacios pequeños, propiciando indirectamente -en su relación con la organización multilateral de los sistemas locales y regionales de salud- diversos grados de aislamiento de los servicios contratados, que determinan deficiencias de articulación y coordinación con otros servicios con o sin Clas, con las redes descentralizadas de salud y con el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.

4.3.4 Desde su origen el modelo Clas fue contrario a la organización y desempeño sistémico local y regional en salud, pues nació en abierta oposición a los sistemas locales de salud o distritos sanitarios de entonces a cargo de las Regiones, denominados Zonas de Desarrollo Integral de la Salud (Zonadis), que habían sido creadas poco antes por D. S. N° 002-92-SA.

Debido al aislamiento y escasa relación y proyección de los Clas hacia el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud y sus redes, es indispensable prevenir los riesgos de fragmentación del sector público y cautelar el desarrollo coordinado y descentralizado armónico del sistema.

En otras palabras, la transformación y el desarrollo del primer nivel de atención del SNCDS implican no limitarse únicamente a solucionar los problemas de las Asociaciones Clas (como es el caso del Proyecto de Ley N° 12200/2004-CR), sino que deben orientarse a resolver integralmente la subutilización del mencionado nivel y la resultante saturación de hospitales e institutos, para lo cual es indispensable mejorar la capacidad resolutoria y la calidad de atención del primer nivel. Esto obliga a

realizar con prioridad y simultáneamente la transformación del SERUMS, la formación, captación y permanencia de profesionales generalistas y de técnicos calificados, y el desarrollo de la infraestructura y el equipamiento de los servicios de atención primaria. Asimismo, es necesario organizar eficientemente las redes y la referencia y contrarreferencia del SNCDS.

#### 4.4. EPS y su financiamiento a cargo del Seguro Social de Salud

En 1997, sin estudios actuariales confiables ni diálogo democrático, las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) fueron diseñadas improvisadamente e impuestas mediante la Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud N° 26790.

Para la atención de capa simple se dispuso a favor de ellas un crédito de 25% sustraído a Essalud de los aportes de los asegurados de mayor poder adquisitivo, que lo afecta seriamente en su funcionamiento. Ya se ha hecho referencia a las recientes penosas medidas de coyuntura y ajuste que ha tomado Essalud para disminuir un déficit de 77 millones de soles, lo cual ha determinado la desaparición de los regímenes especiales de asegurados y su sustitución con coberturas inferiores, dejando en algunos casos -después de muchos años- sin protección a los más débiles.

En diversas ocasiones desde el 2001 la Superintendencia de las EPS y las EPS -cuyo desarrollo es discreto e inestable y sus afiliados alcanzan apenas al 1% de la población- han formulado pedidos al Poder Ejecutivo y al Congreso de la República para incrementar la captación de asegurados de Essalud y aumentar el porcentaje del crédito mencionado, lo cual llevaría inexorablemente al Seguro Social de Salud al colapso. El desarrollo del subsector privado en salud es positivo, pero su financiamiento no se debe hacer a expensas del debilitamiento del financiamiento público, porque incrementa la inequidad y la exclusión. Esto no se tuvo en cuenta en el caso de la creación y financiación de las EPS.

#### 4.5. Anticoncepción Hormonal Oral de Emergencia

Fue un tema controvertido hasta inicios del 2004. Las evidencias de los nuevos hallazgos



científicos demostraron que los mecanismos de acción de la anticoncepción hormonal oral de emergencia no tienen acción adversa alguna sobre el endometrio, pues actúan antes de la fecundación y de la implantación, impidiendo o retardando la ovulación e impidiendo la migración de los espermatozoides por espesamiento del moco cervical. Por ende carece de efecto abortivo.

## 5. COMENTARIO FINAL

No obstante que en el Perú se identifican especialmente en el siglo XX momentos importantes de desarrollo en el sector, ningún gobierno diseñó y emprendió una reforma integral exitosa de salud al iniciar su mandato, ni tuvo la claridad necesaria para hacerlo con visión de mediano y largo plazo. Considerando que una reforma de salud requiere entre cuatro y cinco años para desarrollarse y consolidarse -con acciones nacionales coherentes, simultáneas y continuas-, carecerá de viabilidad y factibilidad aquella que no comience en el primer año del respectivo periodo de gobierno.

En consecuencia, los cambios en salud deberían ser anunciados y empezar tan pronto asuma sus funciones el nuevo gobierno en julio del 2006 y ser percibidos y apreciados por la población, cuyo conocimiento y participación progresiva deberían ser promovidos.

Un esbozo de las primeras medidas a tomar podría ser el siguiente:

- 5.1. Diseño de la reforma de salud, en el periodo julio 2005 - julio 2006.
- 5.2. Anuncio del inicio de la reforma de salud, en julio 2006.
- 5.3. Presentación al Consejo de Ministros y al Congreso de la República de los proyectos de Ley más urgentes para viabilizar la reforma, en julio y agosto de 2006:
  - 5.3.1. Aseguramiento universal solidario en salud.
  - 5.3.2 Vinculación de Essalud con el sector salud y pleno respeto de su autonomía.
  - 5.3.3 Transformación y desarrollo del primer nivel de atención y sustitución del SERUMS.
- 5.4. Construcción de la rectoría y funcionamiento efectivo del Consejo Nacional de Salud con incorporación del Presidente de Essalud, a partir de agosto de 2006:
  - 5.4.1. Otorgamiento de prioridad a los ejes del cambio, orientados a una verdadera transformación en salud.
  - 5.4.2. Programación de las acciones de salud de corto y mediano plazo en las distintas áreas.

Lima, 16 de Abril de 2005

ASAMBLEA GENERAL EXTRAORDINARIA

Acuerdo unánime

