



## ACADEMIA PERUANA DE SALUD

### XIX FORO "SALUD Y DESARROLLO"

## LA SALUD Y LOS RETOS EN EL PERÍODO 2001-2006

27 de Octubre – 10, 15, 16, 29 y 30 de Noviembre – 6 de Diciembre del 2000

### XXI FORO "SALUD Y DESARROLLO"

## CONCERTACIÓN EN SALUD

21, 22, 23 y 28 de Febrero del 2001



Auditorio de Laboratorios Farminindustria

Nota: Siendo estos Foros «Salud y Desarrollo» partes del mismo proceso, se ha dado preferencia -por su trascendencia- a las fotografías del XXI Foro.

La Reforma de Salud  
DR. FRANCISCO SÁNCHEZ MORENO RAMOS

Descentralización en Salud  
DR. ROGELIO BERMEJO ORTEGA

El Sistema de Salud y el Informe 2000 de la OMS  
DR. FRANCISCO SÁNCHEZ MORENO RAMOS

La Salud en la Seguridad Social  
DR. ROBERTO YAFAC HUERTA

Medicamentos  
DRA. NELLY GÁLVEZ DE LLAQUE  
DR. JORGE ARROYO ACEVEDO

Recursos Humanos  
DR. SALOMÓN ZAVALA SARRIO

## LA REFORMA DE SALUD

Dr. FRANCISCO SÁNCHEZ MORENO RAMOS  
Presidente de la Academia Peruana de Salud



Desde hace más de una década, Latinoamérica vive un proceso de reforma en salud que no ha tenido los resultados esperados. Su diseño -de contenido neoliberal- careció de la autenticidad propia de cada realidad y no tuvo en cuenta las correspondientes aspiraciones nacionales. Esta reforma se superpuso a otra de contenido social y muy distinta, iniciada apenas cuatro años antes con la meta de Salud para Todos, a la cual no permitió desarrollar (Tabla I).

Para ilustrar lo que piensa una gran mayoría, es pertinente revisar brevemente algunos conceptos muy claros que se expusieron en la conferencia sobre reformas de los sistemas de salud en América Latina, celebrada en 1999 a iniciativa de la Corporación de Salud y Políticas Sociales (Corsaps) de Santiago de Chile y el Center for Health and Social Policy de EE.UU.\*:

- La política económica lleva a un papel marginal a la política social, con gran costo para la sociedad.
- Las reformas económicas no son suficientes para promover el desarrollo humano así tengan resultados macroeconómicos como control de la inflación, equilibrio fiscal, etc.
- El modelo actual confronta los intereses de la sociedad con los de grandes empresas. Corresponde al Estado su regulación armónica, debiendo ser la búsqueda de la equidad el elemento central en cualquier proceso de reforma.
- Las propuestas han sido formulaciones tecnocráticas y autocráticas, con un objetivo de privatización y propósitos que no responden a las necesidades de salud.
- La reforma en América Latina ha tocado en parte los problemas de enfermedad, pero para nada los problemas de la salud.
- La asimetría informativa del "mercado de salud" es insalvable y muchas personas no saben qué ni cómo buscar.
- La experiencia mundial señala que el grado de estructuración sectorial y la proporción del gasto público en salud son factores críticos para el logro de los objetivos finales de equidad, eficacia y satisfacción.
- La descentralización sin financiamiento significa llevar a la quiebra al sistema.

\* *La salud en América Latina. De la reforma para unos a la reforma para todos, Solimanc, Giorgio e Isaacs, Stephen, Ed. Sudamericana Chilena, 2000.*

TABLA I

### PROCESOS DE REFORMA EN SALUD Visión Panorámica 1975 - 2000

REFORMA	A. SALUD PARA TODOS	B. REFORMA NEOLIBERAL
1. Inicio	1976	1980
2. Promotores	OMS - UNICEF	FMI - Bco. Mundial - BID - Chile (AFP)*
3. Áreas Geográficas	En todo el mundo	Latinoamérica (¿Por qué no Europa?)
4. Origen	Principio de universalidad	Liberalismo - "Principio Individual"
5. Fundamento	Equidad - Solidaridad - Integridad	Privatización - Lucro - Egoísmo
6. Ámbito	La salud	Recuperación de salud predominante
7. Derecho a Salud	Es base de SPT	Soslayado - Inequidad y exclusión
8. Estrategia	APS: Participación de la comunidad	Ajuste - Compulsión - Préstamos atados
9. Rol del Estado	Estado responsable y conductor	Rol limitado y decreciente
10. Sistema de Salud	APS es puerta de entrada al Sistema	Mercado libre es contrario al Sistema
11. Seguridad Social	Se complementan: "Principio colectivo"	No es social - No redistribuye
12. Rég. Económico	Economía social de mercado	Libre mercado: La salud es mercancía
13. Financiamiento	Multilateral: Estado y sociedad	Individual - Subsidios escasos
14. Respuesta social	Aceptación y apoyo mayoritarios	Rechazo generalizado al mercantilismo
15. Participación	Voluntaria y motivada	Afiliación - Esencialmente compulsiva
16. Resultado al 2000	Significativo - Sin la fuerza inicial	Discreto por rechazo
<p><i>Nota: El sistema de pensiones de capitalización individual sustituyó al de reparto, el cual estaba afectado por la disminución de la tasa de natalidad y el aumento de la expectativa de vida. Posteriormente, sin argumento válido, se extendió la reforma a la salud (Isapre en Chile).</i></p>		

- Muchas universidades se han debilitado en el debate de la reforma de salud.
- Los gobiernos no han dialogado con los actores sociales sectoriales ni han sido capaces de compartir decisiones ni generar consenso y han encontrado serios obstáculos en los médicos y otros trabajadores. El usuario ha sido muy poco escuchado. Son indispensables el diálogo y la participación social.
- En Chile hay marcada polarización debido a un modelo dual de salud, con muchos planes individuales, varios con cobertura insuficiente, falta de transparencia y de programas preventivos. Las Isapre han afiliado sólo al 27% de la población.
- En Colombia el sistema es inequitativo: corta la sociedad en dos partes, una con carné de indigente. El 37% de la población está en el régimen contributivo (incluye al Instituto de Seguridad Social) y el 20% en el subsidiado para los pobres.
- Hay consenso en los sectores independientes en la necesidad de reformar las reformas en curso.

#### EL CASO PERUANO

Precisamente, Chile, Colombia y el Perú son los países de América del Sur donde la legislación neoliberal ha creado modelos privatizadores de mercado, con empresas prestadoras de salud alternativas o complementarias a las entidades públicas (Tabla II). Pero hay que señalar, además, que en el Perú no se ha dado importancia a la descentralización, la participación ciudadana ni a la democracia efectiva. Y en lo sectorial no se ha prestado suficiente atención a la marcada inequidad social existente ni a la desorganización e ineficiencia del sistema de salud, omisiones que ahora deben ser afrontadas con prioridad.

Las tres equivocadas reformas legales de los años noventa en nuestro país -aprobadas autoritariamente- no han tenido mayor éxito y han sido rechazadas por la gran mayoría de la población:

1. D. Leg. N° 718 de 1991, que creó el **Sistema Privado de Salud y las Organizaciones de Servicios de Salud (OSS)**. Tuvo que ser derogado en 1996 sin poderse aplicar.
2. **Régimen Contributivo** de la Ley 26790 de 1997 "Ley de Modernización de la Seguridad Social en

Salud" complementado con la Ley 27056 de 1999 que creó el débil y desfinanciado **Seguro de Salud-Essalud** en sustitución del Instituto Peruano de Seguridad Social-IPSS. Esta reforma promueve el financiamiento de los proveedores privados a expensas del seguro social, sin dar importancia al papel solidario que le corresponde. Es así como, restándole el 25% de los aportes a Essalud, operan tres **Entidades Prestadoras de Salud (EPS)** que hasta hoy -no obstante las estrategias compulsivas utilizadas- sólo han logrado incorporar para la atención de la denominada capa simple al 1% de la población peruana, masivamente contraria a la reforma.



El fracaso de esta reforma en toda la década ha determinado que el Perú ingrese al siglo XXI con 25% de la población sin acceso a la atención institucionalizada de salud, otro 50% obligado a pagar directamente su atención no obstante carecer de ingresos suficientes, 80% de la población sin seguridad social, extendida pobreza y desnutrición, elevadísima mortalidad materno infantil en numerosos departamentos, preocupante incremento de malaria, tuberculosis, hepatitis y VIH/SIDA, masiva inaccesibilidad a medicamentos, desarrollo caótico de recursos humanos, centralismo sectorial, la seguridad social debilitada y el sistema de salud desorganizado con paupérrimo resultado en la evaluación internacional, todo lo cual ubica al Perú en los últimos lugares de América y constituye un enorme reto para el gobierno 2001-2006, que es urgente afrontar con decisión.

3. **Régimen Subsidiado** contenido en la Ley General de Salud N° 26842 de 1997 y en los Lineamientos de Política de Salud 1995-2000. Su aplicación es intrascendente. Sin embargo, improvisadamente se ha buscado compensar este vacío con los programas denominados "seguro escolar" y "seguro materno-infantil". Estos programas han tratado de extender la cobertura, especialmente en el caso escolar, pero carecen de los requisitos mínimos para ser considerados seguros sociales o públicos, pues son inestables, no tienen sustento legal, no se amparan en estudios actuariales, están desfinanciados, canibalizan los presupuestos de los servicios públicos y no existen pólizas o equivalentes que precisen y garanticen los contenidos de los seguros así como el derecho de los supuestos asegurados.

TABLA II

### REFORMA NEOLIBERAL EN SALUD Sudamérica: Privatizaciones

	CHILE	PERÚ	COLOMBIA	BOLIVIA	VENEZUELA	Sin Reforma
AÑO	1980	1991° 1997	1993	1994°	1998°	ARGENTINA
NORMA	D.L. 3500°	D.Leg. 718° Ley 26790	Sist.S.S.Intg. Ley 100	Plan Desarrollo Econ. y Social	Sist.S.S.Intg.°	BRASIL
EMPRESA PRIVADA	ISAPRE	OSS° EPS	EPS°	No promovidas°	Entes Admtrs.°	ECUADOR
ENTIDAD PÚBLICA	FONASA SNSS	MINSA ESSALUD	ISS	Sist.Públ.Desc. Caja Nac.Salud	IVSS Liq. D. 2744°	PARAGUAY
RELACIÓN	Alternativo	Complement. Altern.(SCTR)	Alternativo	---	Complement.°	URUGUAY
Notas (°)	Aplicación pura del principio individual	Reforma de 1991 fue sustituida	Conflicto interno: ¿salud o lucro?	Cambios atípicos sin dirección clara	Reforma derogada: Constitución 1999	VENEZUELA

## DESCENTRALIZACIÓN EN SALUD

Dr. ROGELIO BERMEJO ORTEGA  
Académico Fundador Titular

Se considera a la descentralización como parte de la política del Estado y como elemento esencial para alcanzar el desarrollo integral del país. En el momento actual, la globalización y la democratización impulsan los procesos de descentralización, por eso, ésta no sólo debe ser de naturaleza política sino también económica; de ahí que la descentralización no es equivalente a privatización y la desconcentración tiene vigencia dentro del proceso. La descentralización del cuidado integral de la salud de la población, así como la descentralización de la educación, no obstante ser parte de un proceso de reforma global del Estado, pueden darse en nuestros países subdesarrollados, constituyendo así la puerta de entrada a la descentralización relacionada con los procesos políticos, económicos y sociales de la reforma del Estado.

**Antecedentes:** En cuanto a los *antecedentes constitucionales de la descentralización*, se presentaron muy brevemente todos los aspectos relacionados con el tema incluidos en cinco Constituciones del Estado, la de 1828, la de 1920, la de 1933, la de 1979, hasta la última de 1993; es decir, desde la creación de las Juntas Departamentales en 1828, hasta las diversas leyes sobre descentralización, regionalización y municipalización consideradas en la Constitución de 1993, pasando por los Consejos Regionales del Norte, Centro y Sur, en 1920; los Consejos Departamentales en 1933; y la Regionalización y Municipalización en 1979.

Se hizo énfasis en las leyes sobre descentralización, regionalización y municipalización que se dictaron con base a la última Constitución de 1993. Una de las más trascendentes fue la ley marco de descentralización N° 26922 que crea los Consejos Transitorios de Administración Regional (CTAR) en los departamentos del país como órganos públicos descentralizados del Ministerio de la Presidencia (MIPRE), con autonomía técnica, presupuestal y administrativa; los representantes de su organización básica se designan por Resolución Suprema, no obstante que la norma dispone elegir las autoridades regionales por sufragio directo, a más tardar en 1995. Se comentó que estos numerosos antecedentes sólo fueron buenos deseos que nunca se formalizaron por falta de decisión política y por intereses creados. Los CTAR son la antítesis de los gobiernos descentrali-



zados, fueron mantenidos por el último gobierno del decenio para servir a sus intereses centralistas y autocráticos.

En los *antecedentes en el Sistema Estatal de Servicios de Salud*, se consignaron sólo los hechos más relevantes, por períodos. Como hechos precedentes se señalaron la creación del cargo de médico titular en cada departamento en 1855 y su reglamentación en 1897; así como la creación de la Dirección de Salubridad como dependencia del Ministerio de Fomento en 1903 y la de las Oficinas Sanitarias Departamentales como delegaciones de la Dirección General de Salubridad en 1922. En cada uno de los siete períodos establecidos se señalaron sólo los hechos que pudieran tener relación con la descentralización y que constituyeron antecedentes del proceso.

Así, *en el período 1935-1957* se crea el Ministerio de Salud Pública, Trabajo y Previsión Social, y también ocurre la independización del sector salud como Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. En el *período 1957-1968* se establecen las Áreas de Salud, Unidades Sanitarias, postas médicas y puestos sanitarios, y se crean el Instituto Nacional de Planificación y la Escuela de Salud Pública. En el *período 1968-1975* se da la Ley Orgánica del Sector Salud y con el cambio de denominación a Ministerio de Salud, se definen los órganos descentralizados del sector y los servicios periféricos; las Áreas de Salud se transforman en Zonas de Salud que comprenden a Áreas Hospitalarias. En el *período 1975-1980* se crea el Sistema Nacional de Servicios de Salud, así como el Consejo Nacional y Consejos Regionales del Sistema, y se establecen los Organismos de Desarrollo Regional (ORDES). En el *período 1980-1985* se vuel-

ve a dar otra Ley Orgánica del Sector Salud; se desactivan las ORDES; se formula el Plan Nacional de Acciones Coordinadas de Salud (PNACS) que no funciona; se diseña y ejecuta el proyecto de Atención Primaria y Servicios Básicos de Salud con la cooperación del Banco Mundial; así como, se norma la estructura organizativa de las Regiones de Salud y Áreas Hospitalarias. En el período 1985-1990 se dicta la Política Nacional de Salud, la única que se transforma en Ley; se crean las Unidades Departamentales de Salud (UDES) que comprenden a las Unidades Territoriales de Salud (UTES); además, se da la Ley de Bases de la Regionalización. En el período 1990-1994 se establece la Comisión de Apoyo a la Regionalización como enlace del nivel central con las regiones y se instalan las Zonas de Desarrollo Integral de la Salud (ZONADIS) como sistemas locales de salud que comienzan a funcionar en ocho circunscripciones del territorio nacional.

---

***Las Áreas de Salud estaban constituidas por Unidades de Salud que se identificaban como áreas programáticas con recursos mínimos para atender las necesidades de salud de una circunscripción político-administrativa***

---

Se hizo notar que la somera descripción realizada señalaba claramente la falta de continuidad en la organización y funcionamiento de los servicios de salud. Sin embargo, se enfatizó que se podía rescatar la reestructuración de 1957 que creó las Áreas de Salud, que fueron las dependencias responsables del cumplimiento de acciones integradas de promoción, protección y recuperación de la salud en una determinada región del país. Las Áreas de Salud estaban constituidas por Unidades de Salud que se identificaban como áreas programáticas con recursos mínimos para atender las necesidades de salud de una circunscripción político-administrativa que contara con registros de hechos vitales. En la reestructuración de 1957 se recaló como importante la participación intersectorial y de la comunidad, la que fue considerada como un todo, instituyendo a la familia como unidad de trabajo. La reestructuración implantaba la centralización técnica y la descentralización administrativa y ejecutiva, integrando las actividades preventivo-promocionales y asistenciales bajo un comando único. Esta fue la reestructuración más exitosa del sector.

**Estado Actual.** Como estado actual de la descentralización se consideró la presentación del Perú a la reunión sobre "Descentralización, los Sistemas

de Salud y los Procesos de Reforma del Sector" que se realizó en Valdivia-Chile, organizada por la OPS/OMS con el auspicio del Gobierno de Chile, como la experiencia del país en descentralización en salud y modelos de atención; éstas se refirieron al Programa de Focalización del Gasto Social Básico, luego llamado Programa de Salud Básica para Todos y a los Comités Locales de Administración de Salud.

En el *Programa de Salud Básica para Todos (PSBT)*, considerada como la estrategia central del MINSA en la lucha contra la pobreza, se establece la atención integral de salud en el primer nivel de atención (puestos y centros de salud) por medio de un "paquete básico de salud" y el trabajo extramural. Las intervenciones del paquete básico de salud se dice que se extienden más allá de las posibilidades del Estado, ingresando a las instituciones de la sociedad civil, especialmente a las organizaciones comunitarias, así como al campo de la responsabilidad individual de las personas; comprenden las siguientes intervenciones específicas: salud del niño; salud del adolescente y del adulto, incluyendo planificación familiar; salud de la mujer; y salud de la gestante. Otro de los componentes de este programa es el incremento de la oferta de servicios ampliando el horario de atención en seis horas adicionales, duplicando las remuneraciones del personal del servicio o contratando personal adicional. Se establece la administración compartida del servicio con la comunidad, y se mejora la asignación y ejecución presupuestal con fondos provenientes del MINSA y del MIPRE por intermedio del Fondo de Compensación del Desarrollo Social (FONCODES) que tiene la responsabilidad del mejoramiento y/o construcción de la infraestructura física de los servicios básicos de salud. Los servicios del PSBT dependen de las UTES y Subregiones de Salud, siendo prácticamente servicios desconcentrados que en la mayoría de las veces funcionan independientemente de la Región, siendo manejados como un programa vertical desde el nivel central.

Los *Comités Locales de Administración de Salud (CLAS)* se constituyen como un contrato Gobierno-población para la gestión compartida de los servicios del primer nivel de atención (puestos y centros de salud). Su organización estructural comprende un Consejo Directivo elegido por una Asamblea General de Pobladores. El Consejo consta de siete miembros, de los cuales cuatro son nombrados por el Gobierno. En su plan de salud se precisa de un paquete básico de salud y del trabajo extramural. Se considera que existen alrededor de 855 CLAS que han

generado más o menos 3200 líderes comunitarios, con una población beneficiada de aproximadamente cuatro millones de personas. No obstante su relativo éxito, se diría que apuntan al autofinanciamiento y a la privatización.

**Propuestas.** Antes de abordar las propuestas de descentralización existentes, se presentaron algunas definiciones indispensables tomadas del borrador de las bases para el proceso de descentralización del Colegio Médico del Perú. Éstas fueron: *Descentralización*, como el proceso político de transferencia total y no revocable del poder, desde los niveles centrales a los más periféricos del Estado y del país. *Nivel más periférico del Estado*, son los municipios provinciales y distritales que en el proceso de descentralización se constituyen en "Gobiernos Locales". *Participación ciudadana*, proceso político por el que todas las personas tienen el derecho y deber de participar directa, activa y responsablemente en el proceso de toma de decisiones, para enfrentar los problemas que los afectan y que constituyen sus necesidades y demandas políticas. Con relación a las propuestas, las cinco existentes se presentan en orden cronológico, abordándolas a través de nueve variables identificadas.

**Proyecto de Ley Orgánica de Descentralización del Sector Público N° 5508 / 99-CR del Poder Ejecutivo.** Este proyecto que ha sido dictaminado y no aprobado, es el único documento oficial sobre descentralización en salud. El concepto muestra que se trata más bien de un proyecto de desconcentración, pues depende de las Direcciones Regionales que ejercen las acciones transferidas antes que las municipalidades. El sistema descentralizado comprende a los puestos y centros de salud del servicio público, preservando los CLAS. En el Sistema de Salud se considera al MINSA como órgano rector y a los niveles central, regional y local. En cuanto a la transferencia de recursos, se estipula que se harán progresivamente del MINSA y del MIPRE (FONCODES), y que la ley anual de presupuesto determinará el mecanismo de transferencia. Con relación al régimen laboral, conservará el de la entidad de origen.

**Municipalización de los servicios de salud.** El doctor Oscar Ugarte Ubilluz presenta en el Seminario-Taller "Municipalización de los Servicios de Salud y las ONGs", de PAED/DESCO -febrero 2000- los "lineamientos para una propuesta de municipalización efectiva". El concepto es también de desconcentración, pues las funciones de gobierno

dependen del nivel central, regional o departamental y del nivel local. No precisa los sistemas descentralizados, pero dice que se deben recoger las experiencias de los CLAS. En el sistema de salud considera al MINSA como órgano rector y a los niveles central, regional o departamental, y local. Con relación a la transferencia de recursos, se señala que deben transferirse todos los recursos, garantizados desde el nivel central. Finalmente, propone que el régimen laboral sea único para todo el sistema.

**Municipalización Coordinada en los Sistema Locales de Salud.** Es la propuesta de la Academia Peruana de Salud (versión setiembre 2000). El concepto es de descentralización y municipalización coordinada, la dependencia la establece del MINSA y del Consejo Nacional de Salud, así como de los Comités Departamentales y Locales de Salud. El sistema descentralizado comprende la red de servicios del primer nivel de atención, puestos y centros de salud y posiblemente a hospitales locales del servicio público, considerando además, a los servicios de la Seguridad Social, de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional y a los del Sector Privado, que mantendrán autonomía jurídica, técnica y financiera. El sistema de salud considera al MINSA como órgano rector y a los niveles central, regional o departamental, y local descentralizados. La transferencia de recursos debe ser total desde el nivel central a los niveles intermedios y periféricos, y en cuanto a los recursos financieros, deben provenir del Tesoro, de los fondos municipales, de los aportes de la comunidad y de otras entidades privadas de apoyo interno y externo. Con relación a los mecanismos de distribución y desarrollo, se crea un Fondo Descentralizado de Salud, intangible, para el financiamiento local y desarrollo de infraestructura. El régimen laboral debe ser único para todo el sistema descentralizado. Además, en cuanto a la coordinación funcional, se establece que las acciones, competencias y responsabilidades se coordinarán por un Comité de Gestión Institucional. El desarrollo local y regional se realizará por los comités de desarrollo de estos niveles, cuya composición comprende representantes interinstitucionales, intersectoriales y de la comunidad.

**Bases para el proceso de descentralización del cuidado de la salud.** El Colegio Médico del Perú (CMP) viene trabajando a través de su Comité de Salud Pública sobre reforma del sector y descentralización. Se comenta un "documento de discusión" y existe la perspectiva de que se debata a nivel de los Consejos Regionales del CMP, con participación de las instituciones de la sociedad civil, antes de

convertirse en propuesta. El concepto es de descentralización y municipalización; la *dependencia* es de la Autoridad Inter-Municipal de Desarrollo (AIMDES) que es un ente de coordinación y apoyo para la conducción política y estratégica del proceso de descentralización y del cuidado de la salud. El *sistema descentralizado* comprende a las redes de servicios articulados en el Sistema Descentralizado Municipal de Salud, constituidas por puestos y centros de salud del primer nivel de atención y hospitales locales de apoyo del segundo nivel de atención. El *sistema de salud* tiene al MINSA como órgano rector y comprende los niveles central, regional y local, señala además que la unidad funcional del sistema de servicios de salud está dada por un sistema de referencia-contrarreferencia. Se *transferirán* todos los recursos de los servicios públicos centralizados del MINSA, y los recursos financieros provendrán del Tesoro, de los fondos municipales, de aportes de la comunidad y otros privados o de apoyo interno y externo. Entre los *mecanismos de redistribución y desarrollo*, se crea el Fondo de Compensación y Redistribución Municipal (FONCOMÚN), ente autónomo del gobierno central, pero dependiente de y responsable ante la "Asamblea representativa de alcaldes provinciales y distritales" que constituye la AIMDES, con recursos provenientes de porcentajes de tributaciones y otros ingresos municipales, cánones y de no menos del 10% del Presupuesto General de la República; también se crea el Fondo de Inversiones y Desarrollo Municipal de Salud (FIMES) como ente independiente y responsable ante los alcaldes provinciales y distritales, para promover y facilitar el aporte de recursos financieros nacionales y externos, públicos, privados y voluntarios, en calidad de préstamo y donaciones, para la promoción y fortalecimiento de los servicios descentralizados de salud. El *régimen laboral* será único para el sistema descentralizado municipal. En cuanto al *proceso de desconcentración complementaria*, se establece desconcentración a nivel departamental. La *coordinación funcional* se hará con los establecimientos de otras instituciones y los de la seguridad social pública y privada. Se estipula finalmente que el sistema descentralizado municipal de salud establecerá la coordinación del desarrollo local y municipal.

#### **Descentralización del cuidado de la salud.**

El responsable de la presentación del tema es el autor de la propuesta. El concepto es de descentralización y la *dependencia* es de la Junta de Directores de los Sistemas Descentralizados Municipales de Salud, que luego pueden constituirse en una Secretaría de los Gobiernos Locales. El *sistema descentralizado municipal de salud (SIMSA)* com-

prende las redes de servicios del primer nivel de atención (puestos y centros de salud) y del segundo nivel de atención (hospitales locales), para dar resolutivez a las redes de servicios, asegurando la equidad y la accesibilidad de la población. El *sistema de salud* tiene al MINSA como órgano rector y a los niveles central y regional cuyos establecimientos de salud serán "desconcentrados", y el nivel local constituido por los puestos y centros de salud y los hospitales locales, que son "descentralizados". La *transferencia de recursos* es a los servicios públicos del MINSA (descentralizados); y los recursos financieros provendrán del Tesoro, fondos municipales, aportes de la comunidad y otras fuentes internas y externas; se enfatiza que el financiamiento que asegure el acceso equitativo de las personas a los servicios de salud, es responsabilidad irrenunciable del Estado. Entre los *mecanismos de redistribución y desarrollo* se crea el Fondo Nacional de Apoyo a la Descentralización (FONADES), ente independiente y autónomo del gobierno central que recauda recursos financieros de fuentes internas, vía la reforma tributaria que debe constituir un sistema descentralizado de recaudación, en que la recaudación sea con destino fijo y de fuentes externas vía préstamos, con aval del Gobierno y/o Municipios y donaciones. El *régimen laboral* será único para el sistema descentralizado. Con relación al *proceso de desconcentración complementaria*, se estipula que los establecimientos de salud de los niveles central y regional o departamental deben ser desconcentrados, interconectados con los establecimientos de salud del nivel local por un sistema de apoyo, principalmente para capacitación de personal y mantenimiento, y un sistema de referencia-contrarreferencia para asegurar la atención de riesgos catastróficos y atenciones de alto costo, estableciendo de esta manera la unidad del sistema de salud. La *coordinación funcional* se realiza por los Comités de Gestión institucional, constituidos por representantes de las instituciones del sector, de otros sectores involucrados en salud; y los representantes de la comunidad, para la gestión compartida y el control social de la misma. En la promoción del *desarrollo global*, intervendrán los comités de desarrollo regional, local y comunal que se establecerán en los niveles de los hospitales de apoyo, los centros de salud y los puestos de salud.

De acuerdo a la modalidad de trabajo del Foro, se formaron grupos de discusión que presentaron sus conclusiones en un plenario. Las conclusiones consolidadas de los tres grupos de trabajo que discutieron el tema son las siguientes:



- La descentralización del sector salud debe ser un proceso que debe realizarse progresivamente, orientado y regulado para que forme parte de los procesos globales de reforma del Estado, según las características políticas, sociales, económicas y culturales de cada región natural del país y del sistema de salud.
- La municipalización en el proceso de descentralización en salud, requiere de algunos requisitos, tales como la voluntad política, la transferencia de poder o autoridad, de competencias, responsabilidades y funciones, además de recursos de todo tipo como los humanos, físicos, financieros, tecnológicos, etc., desde los niveles centrales del gobierno a los gobiernos locales o municipales debidamente constituidos, para lo que será necesario el desarrollo de las capacidades de todos los actores involucrados para asumir responsablemente las funciones transferidas. Esto obliga a que el proceso sea definido en cada contexto específico.
- El proceso de descentralización en el país debe comprender las redes de servicios del primer y segundo nivel de atención (puestos de salud, centros de salud y hospitales locales) para garantizar el acceso de la población y la resolutivez de las redes de servicios. Estas redes deberán estar eslabonadas funcionalmente con los establecimientos de salud desconcentrados del nivel regional y del nivel central, por un sistema de apoyo para capacitación de personal y mantenimiento, y por un sistema de referencia-contrarreferencia para asegurar las atenciones de riesgos catastróficos y atenciones de alto costo, estableciendo de esta manera la unidad del sistema de salud.
- La descentralización necesita que se incrementen las capacidades diferenciadas de los niveles central, regional o departamental y local, para que permitan la rectoría o conducción, la regulación y el control, así como la gestión financiera y de los servicios. El nivel regional o departamental debe ser preferentemente coordinador intrasectorial e impulsor de la coordinación intersectorial y con la sociedad civil, para el desarrollo regional o departamental.
- El proceso de descentralización necesita de algunas acciones estratégicas, tales como, el fortalecimiento de los servicios de salud, la planificación y programación estratégica, la participación interinstitucional e intersectorial y la participación ciudadana en la gestión de los servicios y en el control social de los mismos, impulsando así, el desarrollo local. Además, para el cuidado integral de la salud de la población es necesaria la participación directa, activa y responsable de la comunidad, la familia; y del individuo informado, para el autocuidado de su salud.
- Es indispensable establecer mecanismos de seguimiento y evaluación de los procesos de descentralización y sus resultados, para que no se deterioren los principios de equidad, eficiencia, garantía de calidad y sostenibilidad financiera que son inherentes al proceso.
- Los procesos de descentralización deben partir de la premisa y apoyar la proposición de que la política y el financiamiento que aseguren el acceso equitativo de las personas a los servicios de salud, son responsabilidad irrenunciable del Estado.

---

## EL SISTEMA DE SALUD Y EL INFORME 2000 DE LA OMS

Dr. FRANCISCO SÁNCHEZ MORENO RAMOS  
Presidente de la Academia Peruana de Salud

El Informe sobre la Salud en el Mundo 2000 de la OMS, que busca mejorar el desempeño de los sistemas de salud, ha colocado a éstos en el orden del día de todas las naciones. Evaluados conjuntamente los 191 sistemas de salud de los países miembros, se han visto por primera vez unos frente a otros mostrando sus avances o atrasos,

sus virtudes y defectos. La decisión de la OMS para tratar abiertamente el problema -necesaria y sin precedentes- ha confirmado mucho de lo que ya se conocía, y ha generado incomodidades y satisfacciones, dependiendo de cada evaluación pero asimismo de las preferencias ideológicas.



Es pertinente revisar algunos aspectos fundamentales de los sistemas de salud, teniendo en cuenta tanto al mencionado informe *-en cuyo contenido pueden identificarse tendencias ideológicas opuestas en un esfuerzo de aproximación-*, como también a una pluralidad de reconocidas opiniones.

**Definición.-** Un sistema de salud es el conjunto interrelacionado de instituciones, organizaciones y recursos dedicados a producir actividades de salud, sea en el ámbito de la salud personal, de los servicios de salud pública o de iniciativas intersectoriales, cuyo principal objetivo es mejorar la salud.

**Objetivos.-** Los sistemas tienen como objetivos mejorar la salud de toda la población, responder a sus expectativas y protegerla contra los costos financieros de la enfermedad. Un sistema de salud es bueno si responde a lo que los usuarios esperan de él y es equitativo si responde igualmente bien a todos, sin discriminación.

**Opciones y Modelos.-** Muchos aspectos acerca del desempeño de los sistemas de salud no tienen respuestas claras para un mejor proceder. Existen diversas opciones políticas con diferentes bases técnicas para realizar las funciones y sus resultados son difíciles de medir. Sin embargo, la mayoría de países viene adoptando definiciones de equidad referidas al desempeño de los sistemas, los que se encuentran en profunda transición.

Existen varios modelos de organización de los sistemas de salud: seguro social nacional, servicio nacional único, sistema nacional coordinado, sistema segmentado, mercado regulado, mercado libre y modelos mixtos. La experiencia mundial señala que el grado de estructuración del sistema y la proporción del gasto público en salud son factores críticos para el logro de la equidad, eficacia y satisfacción. En América Latina predominan los

modelos mixtos con alto grado de segmentación vertical: ministerios de salud, seguros sociales, beneficencias, fuerzas armadas y sector privado, que prestan servicios a grupos separados, recaudan y asignan fondos, y tienen sus propios proveedores. De otro lado, muchos ministerios de salud se ocupan tan sólo del sector público y no prestan atención al financiamiento y la atención privados.

**Funciones y Desempeño.-** Los sistemas de algunos países funcionan bien, mientras que otros mal, lo que explica las crecientes brechas entre unos y otros, y se debe no sólo a diferencias en los ingresos y gastos, sino también al desempeño de cuatro funciones esenciales: rectoría, prestación de servicios, recaudación y financiamiento, y generación de recursos humanos y físicos.

- **Rectoría.-** La responsabilidad última del desempeño del sistema de salud de un país incumbe al gobierno. La rectoría consiste en guiar y supervisar la realización y el desarrollo de las acciones de salud nacionales en nombre del gobierno. Se considera que los ministerios de salud son miopes cuando pierden de vista su objetivo más importante: la población en su totalidad. Se distinguen cuatro tareas básicas en la función rectora: formular la política de salud definiendo su visión y dirección, recabar y utilizar la información, ejercer influencia por medio de la legislación y reglamentación, y promover la convergencia real de instituciones y actores sociales.

- **Prestación de Servicios.-** Los países realizan la prestación de servicios de acuerdo a la organización de sus sistemas de salud:

- A través de establecimientos preferentemente públicos, con organización nacional y financiamiento único (Seguro social nacional: Ej. Inglaterra, Noruega, Grecia, Italia y Canadá; y Servicio nacional único: Ej. Cuba y Turquía).
- A través de prestadores y financiadores públicos y privados, con o sin organización nacional definida (Sistema nacional, con variantes segmentado, coordinado y mixto: Ej. India y mayoría de países de América Latina; y mixto dual <público y mercado regulado>: Ej. Chile).
- A través de proveedores y financiadores públicos y privados, con regulación nacional, competencia administrada y prestación separada del financiamiento (Mercado regulado: Ej. Colombia, Holanda y Nueva Zelanda).

- Libre iniciativa de prestadores y seguros privados (Mercado libre: Ej. Estados Unidos y Suiza).

• **Generación de Recursos Humanos y Físicos.-**

La prestación de servicios de salud requiere conjugar un considerable número de insumos, que se pueden agrupar en tres áreas: recursos humanos, locales y equipos, y bienes fungibles. El área de recursos humanos es la más importante y compleja.

• **Recaudación y Financiamiento.-**

Considerando estrictamente el dinero invertido en salud, muchos países están por debajo de su potencial de desempeño.

El pago anticipado o pre-pago constituye la forma apropiada de recaudación de ingresos y

conduce a mayor equidad en el financiamiento, mientras que los pagos directos restringen el acceso a la atención de salud. Una mayor equidad en el financiamiento también se logra mediante la mancomunación de recursos, lo que implica la creación de un fondo común lo más amplio posible a fin de repartir el riesgo financiero y reducir el riesgo individual.

Sin solidaridad no hay universalidad ni equidad. Por eso, el principal desafío de la seguridad social es el avance en la extensión significativa de cobertura de los trabajadores formales e informales y familiares, así como de otros grupos no cubiertos, para lo cual es indispensable fortalecer la solidaridad en el financiamiento y mejorar los mecanismos de asignación de recursos.

## SISTEMA DE SALUD DEL PERÚ

### ➤ ANTECEDENTES

En 1978 por Decreto Ley N° 22365 se creó el Sistema Nacional de Servicios de Salud con el Consejo Nacional de Salud y Consejos Regionales, para coordinar todos los servicios de salud del país en los niveles nacional, regional y local, sistema que tuvo año y medio de intensa y fructífera labor. Desde mediados de 1980, al carecer del apoyo político del nuevo gobierno, su debilitamiento y posterior total desactivación ocurrieron no obstante que el artículo 16° de la Constitución Política de 1979 acababa de establecer la responsabilidad del Poder Ejecutivo para organizar un sistema nacional de salud descentralizado y desconcentrado, que planificara y coordinara la atención integral de salud.

Después de once años, con el mandato constitucional de 1979 se promulgó en 1990 la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud -Decreto Legislativo N° 584-, mediante la cual se constituyó el Consejo Nacional de Salud como órgano de coordinación del Sistema Nacional de Salud (Art. 11°). Por haber sido dada la ley también casi al término de un gobierno, se omitieron las normas para definir y organizar dicho Sistema, por lo que éste no llegó a funcionar.

Sin embargo, con sustento en el Decreto Legislativo N° 584, en 1992 se aprobó el Decreto Supremo N° 002-92-SA que creó las Zonas de Desarrollo Integral de la Salud - ZONADIS, siste-

mas locales de salud que comenzaron rápidamente a constituirse y desarrollarse con éxito en numerosos departamentos, pero que muy pronto igualmente perdieron el apoyo político, esta vez por la decisión del actual gobierno de aceptar el modelo neoliberal, condicionado con préstamos internacionales atados.

---

***El sistema de salud en el Perú está segmentado y desorganizado, lo que dificulta la rectoría, impide articular eficazmente las acciones de los prestadores de servicios de salud y es causa de duplicaciones e ineficiencia.***

---

En 1994 se inició la desactivación de los sistemas locales de salud en el Perú al expedirse el Decreto Supremo N° 01-94-SA, que creó los actuales Comités Locales de Administración de Salud - CLAS dependientes del gobierno, con administración compartida desconcentrada y orientación privatista.

### ➤ ESTADO ACTUAL

El objeto de esta presentación es tratar lo referente a la organización y funciones del sistema de salud, sin incluir la generación de recursos humanos que es materia de otra sesión.

El sistema de salud en el Perú está segmentado y desorganizado, lo que dificulta la rectoría, impide articular eficazmente las acciones de los prestadores



de servicios de salud y es causa de duplicaciones e ineficiencia. El Ministerio de Salud, el Seguro Social, las municipalidades, las sanidades de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional, el sector privado y la comunidad actúan aislada y descoordinadamente, lo que no permite al sector salud actuar en armonía ni ser eficiente y equitativo. La organización del sistema deviene pues indispensable.

De otro lado, esta segmentación de los prestadores de servicios es aliada del grave centralismo existente, pues una descentralización no puede hacerse sin coordinar eficazmente los niveles de organización local, departamental o regional, y nacional; así como los niveles de atención para la referencia y contrarreferencia de pacientes según la complejidad de sus dolencias. La gran mayoría de peruanos anhela una verdadera descentralización, concebida como estrategia para el desarrollo humano integral, equitativo, democrático y sostenible, que se exprese en desarrollo local, familiar y personal.

A lo señalado hay que agregar que la reforma neoliberal de salud, exportada hace más de una década por los organismos financieros internacionales a Latinoamérica, no ha alcanzado mayor éxito. En el caso peruano, las OSS (D. Leg. 718-1991) ni siquiera pudieron constituirse y las EPS (Ley 26790) - que le sustraen el 25% de los aportes al seguro social - sólo han logrado incorporar al 1% de la población, masivamente contraria a ellas. La reforma promueve el financiamiento de los proveedores privados a expensas del seguro social, sin dar importancia al papel solidario que le corresponde.

#### ➤ **DESEMPEÑO DEL SISTEMA DE SALUD (1997)**

Lugar ocupado por el Perú entre 191 países, según el Informe 2000 de la OMS:

1. Salud:
  - a) Nivel de expectativa de vida ajustada a la discapacidad (EVAD) = 105.

- b) Distribución en la población = 103.
2. Capacidad de respuesta del sistema de salud:
  - a) Nivel = 172.
  - b) Distribución en la población = 161.
3. Equidad de la contribución financiera = 184.
4. Logro global de las metas = 115.
5. Desempeño:
  - a) En relación con el nivel de salud = 119.
  - b) Desempeño global del sistema de salud = 129.

Como puede observarse, el desempeño más cuestionable del sistema de salud peruano está en directa relación a su capacidad de respuesta y a la falta de equidad en la contribución financiera.

#### ➤ **PROPUESTA DE ORGANIZACIÓN, DESCENTRALIZACIÓN Y FINANCIAMIENTO**

Por las consideraciones señaladas y en concordancia con el artículo 9° de la Constitución Política -que establece que el Estado es responsable de diseñar, conducir y supervisar la política nacional de salud en forma plural y descentralizadora para facilitar a todos el acceso equitativo a los servicios de salud, planteamos la creación del **SISTEMA DESCENTRALIZADO DE SALUD (SDS)** en el sector salud, con la finalidad de proponer políticas, descentralizar la atención integral de salud y coordinar planes y programas.

El SDS estará conformado por el Ministerio de Salud como órgano rector, las municipalidades, el Seguro Social de Salud, las sanidades de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional, los servicios de salud privados, las universidades y la sociedad civil organizada. La participación de las mencionadas instituciones en el Sistema será obligatoria y se realizará sin perjuicio de su autonomía jurídica, técnica, administrativa y financiera. Corresponderá al Consejo Nacional de Salud conducir el SDS, asumir la responsabilidad del cumplimiento de la finalidad y funciones del mismo y determinar los niveles de atención. El SDS tendrá niveles de organización nacional, departamental o regional, y local, con prioridad de este último.

En el **nivel de organización nacional**, el Consejo Nacional de Salud será el órgano de concertación y coordinación del Sistema. Será presidido por el Ministro de Salud o su representante y estará integrado por otros nueve miembros, que representarán respectivamente al Mi-

nisterio de Salud, Asociación de Municipalidades del Perú, Seguro Social de Salud, sanidades de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional, servicios de salud privados, Asamblea Nacional de Rectores, Colegio Médico del Perú, trabajadores del sector y organizaciones sociales de la comunidad. El Consejo tendrá el apoyo de la Secretaría de Coordinación y constituirá los comités nacionales de: servicios de salud; información y planificación coordinadas; medicamentos; y de articulación docencia-atención de salud-investigación. Para ser miembro de los comités no será requisito pertenecer al Consejo, lo cual permitirá ampliar significativamente la participación de instituciones y personas. El funcionamiento del Consejo Nacional de Salud contribuirá grandemente a la disminución de gastos y a una mejor relación costo beneficio en todas las instituciones participantes, como consecuencia de la eficiencia a lograrse mediante la coordinación de esfuerzos.

Para los **niveles de organización departamental (o regional) y local** proponemos el modelo de **MUNICIPALIZACIÓN COORDINADA EN LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD** que implica la transferencia a las municipalidades de los servicios públicos de salud comprendiendo autoridad y recursos, pero con la obligación de coordinar acciones y compartir competencias y responsabilidades en los *sistemas locales de salud (SLS)*. En ellos participarán las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas y privadas, así como las organizaciones de la comunidad en los *comités de salud*. Así se promueve, desde el inicio, la participación de todos en las decisiones y el desarrollo de una seguridad social creciente, la que no debe aislarse del proceso de descentralización en salud si se quiere garantizar el éxito del mismo.

El *Comité Departamental (o Regional) de Salud* -perteneciente al departamento (o región) y presidido por una autoridad departamental (o regional)-, y el *Comité Local de Salud* -presidido por el Alcalde o su representante-, estarán integrados pluralmente por representantes de las instituciones y de las organizaciones sociales, y tendrán a su cargo la conducción, coordinación, planificación estratégica y gestión de todas las *actividades de salud y niveles de atención* que estén en condición de realizar, acorde a su complejidad y al **principio de subsidiariedad**. Los distintos

Comités tendrán un *Sub-Comité de Gestión* conformado pluralmente por representantes de los servicios de salud y de la comunidad del respectivo ámbito y presidido por un funcionario técnico representante de los servicios.

La **descentralización** comprenderá la transferencia de autoridad, competencias y recursos para decidir la programación, ejecución y evaluación de las acciones de salud en el ámbito correspondiente, conforme a la política nacional de salud y la ley. Los servicios públicos de salud deberán ser transferidos gradualmente a los municipios, pudiendo serlo en su totalidad. La oportunidad de transferir cada servicio dependerá de la capacitación integral del personal que tendrá la responsabilidad de conducirlo y articular sus acciones con los demás servicios del sistema de salud.

En cuanto al **financiamiento del SDS**, lo que más importa no es que sea de la oferta, la demanda o mixto, sino que se realice con mancomunación de recursos y tendencia progresiva hacia el fondo único, que en el Perú debe darse mediante el desarrollo de la seguridad social, con prestadores tanto públicos como privados. En consecuencia, para el corto y mediano plazos se propone:

- a) La **recuperación y fortalecimiento de la Seguridad Social** -como forma superior de protección de la persona humana- y la realización de estudios matemático actuariales periódicos. Se determinarán así las condiciones más favorables para la *extensión significativa de cobertura*, lo que a su vez implica la captación de mayores recursos a través de los aportes de un número constantemente creciente de asegurados y familiares, pertenecientes a la PEA informal y a los distintos grupos de población actualmente no cubiertos. El crecimiento de los proveedores privados no se hará a expensas del debilitamiento de lo público.
- b) La creación del **Fondo Descentralizado de Salud** -con carácter intangible y mayores recursos nacionales y departamentales- a cargo del Sistema Descentralizado de Salud y los municipios del país, para hacer factible la prioridad local del financiamiento y el desarrollo de infraestructura.

# LA SALUD EN LA SEGURIDAD SOCIAL

Dr. ROBERTO YAFAC HUERTA

Segundo Vicepresidente de la Academia Peruana de Salud

*"El III Milenio debe ser solidario y místico o no habrá civilización".....André Malroux*

Los nuevos tiempos demandan que la Ley rescate el sentido de justicia, verdad y moral para cumplir su rol social y que las propuestas sociales desarrollen una lógica humana (sentido común, racionalidad y comprobación), visión de futuro compartida y práctica real del BIEN COMÚN.

El éxito de las personas y organizaciones futuras dependen de un buen manejo de los conceptos, competencias (capacidades) y conexiones (relaciones).

**CONCEPTO: Seguridad** (palabra fuente) es estabilidad interna y externa, expresada en equilibrio económico y social que permite superar el miedo, la desconfianza y la incertidumbre.

La **Seguridad Social**, superando el paradigma de protección de riesgos hacia Desarrollo Humano y Social es:

- Derecho humano por excelencia, inherente a la vida digna.
- Conjunto de principios, valores, iniciativas y acciones de protección social del hombre. Desarrollo Humano y Bienestar Social en lo relativo a la salud, derechos económicos y servicios sociales.
- Expresión de solidaridad social y redistribución del ingreso.
- Forma superior de protección frente a riesgos sociales, económicos y morales.
- Manifestación de Justicia.
- Factor importante de política social y base de desarrollo sostenido.

Los principios básicos de la Seguridad Social son: Universalidad (cobertura a toda la población), Solidaridad (financiación según capacidad económica), **Equidad** (disminución de la desigualdad), **Integridad** (prestaciones suficientes) y **Unidad** (concordancia de principios y normas).

**COMPETENCIAS:** Las prestaciones de la Seguridad Social están orientadas a la atención de los "supuestos de hecho" (posibilidades) derivados de las contingencias sociales y riesgos en forma integral (como acción solidaria de la colectivi-



dad), atención de accidentes, riesgos sociales, contingencias sociales y necesidades protegibles. Las prestaciones comprenden:

**Prestaciones de Salud:** Atención médica, salud pública, promoción de la salud, salud y seguridad del trabajo, problemas sociales, salud ambiental, rehabilitación social y desarrollo laboral

**Prestaciones Económicas:** Pensiones, prestaciones en dinero (subsidios) de enfermedad, discapacidad, maternidad, lactancia y asignación por sepelio.

**Prestaciones Sociales:** Desarrollo y superación personal y colectivo en el marco de confraternidad social y convivencia armoniosa.

**CONEXIONES:** La Seguridad Social debe coordinar sus acciones y programas con otras organizaciones sociales, superando la ortodoxia anti-gua, y flexibilizarlos para cumplir con sus fines, pudiendo realizar alianzas estratégicas y utilizar redes públicas y privadas pansectoriales, para alcanzar calidad humana, eficiencia, equidad y desarrollo solidario.

## REFORMAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Históricamente consideramos que la Seguridad Social ha tenido tres procesos de cambios importantes, que pretendemos analizar:

