

## SESIÓN CONJUNTA

---

### ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA ACADEMIA PERUANA DE SALUD

## Derecho a la Salud: Acceso y Aseguramiento

Auditorio «Pedro Weiss» del Colegio Médico del Perú, 16 de Diciembre de 2010

#### APERTURA DE LA SESIÓN CONJUNTA

Dra. NELLY GÁLVEZ DE LLAQUE  
Presidenta de la Academia Peruana de Salud

Me siento sumamente complacida y doblemente honrada por participar en este acto histórico y sin precedente, que ha logrado reunir a dos prestigiosas academias del país:

La Academia Nacional de Medicina, de reconocida e invaluable trayectoria médica nacional y precursora como Academia Libre de Medicina desde 1884. Y la Academia Peruana de Salud, que desde su creación en 1993 le ha correspondido un papel crítico y decisivo en el desarrollo de la salud, buscando hacer realidad en el Perú el fundamental derecho de todos a la salud y asimismo investigando y difundiendo su historia sanitaria.

#### EXPOSICIONES

### Aseguramiento universal en el Perú: Sus bases e implementación



Estamos aquí para reflexionar juntos sobre dos temas prioritarios en la agenda nacional, el derecho a la salud y el aseguramiento universal. Que el país se beneficie con este ejercicio académico y democrático de tan importantes y apreciadas instituciones en el ámbito de la salud peruana.

Dr. CIRO MAGUIÑA VARGAS, Moderador  
Decano del Colegio Médico del Perú

Hace unos meses nos invitaron a participar en este evento histórico y tengo la suerte de pertenecer a las dos academias. El tema de aseguramiento universal en el Perú es de convocatoria y debate por la implicancia y el futuro que tiene y hay que propiciarlo con la gente que tiene que aportar para el futuro de la salud en nuestro país.

Dr. CARLOS MANUEL ACOSTA SAAL  
Director General de Salud de las Personas  
Ministerio de Salud

Como funcionario del Ministerio de Salud y médico de la orden es dignificante el encargo del ministro de Salud para exponer un tema muy importante para el sector. La gestión gubernamental ha presentado una propuesta que se ha convertido en ley, pero su perfeccionamiento sigue siendo una propuesta de futuro, pues las cosas no necesariamente se dan de la noche a la mañana, se van construyendo en un conjunto de procesos en los que tiene que intervenir la sociedad, la parte científica, la técnica y también la parte política y en ese proceso estamos, proceso de aprendizaje y de construcción conjunta.

## Descentralización en salud

Un primer componente de la exposición se refiere a la descentralización, porque dentro de los enfoques del concepto de aseguramiento hay que comenzar por el proceso de descentralización que nos lleva a la identificación de un conjunto de actores y de finalidades de un empoderamiento que se ha buscado dar a través de la política gubernamental a quienes están llamados a ocupar una posición decisiva en el proceso de cambios en nuestra sociedad y son los niveles intergubernamentales. En la historia del Perú se ve que tradicionalmente la realidad peruana ha sido enfrentada centrándose en el nivel nacional a través de los sectores y esto cambia drásticamente cuando se incorporan niveles de gobierno empoderados para superponerse a los niveles intersectoriales e interactuar con ellos en la implementación de la políticas públicas o en construir propuestas que tengan que llevarse en esos territorios lejanos del proceso de decisiones del gobierno central.

En los objetivos de la descentralización, la participación ciudadana es un elemento tibio o frío, con el cual el aparato gubernamental históricamente no ha estado acostumbrado a interactuar, no hay una experiencia clara de trabajo con la participación, se le ha tenido miedo y quizás en los últimos tiempos dentro del régimen de derechos y empoderamiento que vive la población, es que la participación ciudadana empieza a cobrar vida, a agarrar expresiones, a ganar espacios.

Una deuda enorme es tener un Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud a la altura de los momentos de cambio que está viviendo la sociedad, porque es un elemento de apoyo importante en el proceso de decisiones y fortalece las capacidades en cada una de las regiones. No queremos las regiones donde vamos y nos escuchan, donde hacemos y nos ven hacer, queremos regiones donde podamos trabajar cooperativamente y coordinadamente; y donde nosotros vayamos y aprendamos a hacer y también escuchemos. Es una posición de aprendizaje continuo de los actores regionales para mejorar la equidad, eficiencia y calidad de los servicios.

Hace poco veía el Índice de Desarrollo Humano y nuestro país con el incremento económico que ha tenido y una serie de factores que se han dado, ha mejorado notablemente; pero cuando ponemos el índice de desigualdad sobre el índice de desarrollo humano, en el caso del Perú retrocedemos 23%. El tema de equidad acompaña a las Américas, somos un continente con enorme desigualdad. Este desarrollo económico autosostenido sigue siendo un problema para nosotros, porque las políticas macroeconómicas se orientan a la tradicional forma de ver el chorreo económico del país; el Ministerio de Salud ha hecho un esfuerzo importante y el ministro salió a enfrentar el plan macroeconómico multianual que el Ministerio de Economía y Finanzas presentó meses atrás, reclamando que se debería incrementar a los sectores sociales, sobre todo a salud, y que no se mirara esto únicamente como un efecto colateral de la mayor bonanza económica: si sobra plata caerá a los sistemas sociales. No es así.

El principio de subsidiariedad es el concepto más importante de la descentralización, porque en un proceso de decisiones que acompaña a un conjunto de poblaciones en un territorio determinado no tiene que haber un actor gubernamental que solucione y atienda esos problemas, porque tendría que ir hasta el nivel nacional para entenderse; es uno de los principios base del proceso de reforma. Para comprender un proceso de aseguramiento como eje de reforma, tenemos que ver cómo hemos buscado empoderar a cada una de las regiones en los procesos que van a manejar.

Las 16 funciones en salud transferidas a los gobiernos regionales se distribuyen de acuerdo a la Ley de Bases de la Descentralización y a la Ley Orgánica de Gobiernos Regionales en un conjunto de facultades perfectamente ordenadas, tamizadas, identificadas, con un conjunto de normatividad complementaria que va acompañándolo, con procesos económicos de transferencia que se ha hecho a las regiones, y no solamente se les ha dado facultades, se les ha dado el manual de cómo manejarlas y el dinero para operarlas y se les está dando la asistencia. El sector Salud es uno de los sectores que más ha descentralizado dentro del aparato del Estado. Tales funciones se agrupan en

procesos básicos: la promoción de la salud, salud ambiental, la protección y recuperación, los medicamentos, prevención de epidemias, aseguramiento público, planeamiento, organización, información para la salud, desarrollo informático, inversión en salud, financiamiento, desarrollo de recursos humanos, logística integrada; para mí sería muy placentero detenerme a conversar sobre cada uno de estos puntos y mostrarles lo que se ha logrado avanzar en estos años. Con dos administraciones gubernamentales en la presente década hemos podido organizar un proceso de cambio dentro del sector Salud.

Los tres niveles de gobierno nacional, regional y local tienen competencias exclusivas; el nivel local tiene la planificación distrital y provincial, reglamentar y administrar servicios públicos colectivos, aprobar la organización interna de sus presupuestos y aprobar el plan de desarrollo local. Hay que reconocer que la organización ciudadana de gobierno más antigua del territorio peruano son las municipalidades; no había gobierno nacional ni regionales, las municipalidades han sido los primeros entes gestores de gobierno en autoformarse y en dirigir la vida colectiva en un territorio y ahora curiosamente son las que se debaten en la decisión de recibir o no facultades, transferencias y de incorporarse o no al proceso de cambios, que es un proceso inevitable. A nivel de los gobiernos locales están las funciones de saneamiento, de promoción y prevención, gestión de la atención primaria de salud, desarrollo y mantenimiento de infraestructura; las municipalidades a través de su ley orgánica tienen mandatos de saneamiento y salubridad, y salud propiamente dicha.

Existen 1.830 municipalidades en el país, no las 5.600 que hay en Brasil, con amplio variopinto, pero ello no impide que se les fortalezca y que en algún momento alcancen la dinámica que esperamos para la atención de las necesidades que tienen en sus territorios.

### **Aseguramiento universal en salud**

Hay notable diferencia en los mandatos que se refieren a salud. Mientras nuestra Carta Magna dispone que el Estado tiene la obligación de velar

por la salud de todos los individuos que viven en este país, la Ley de Aseguramiento Universal establece que la salud es un derecho de las personas. Entonces hay dos obligaciones: el derecho de las personas y la obligación del Estado, en dos normas fundamentales que empiezan a encaminar algo que tenemos que poner en el debate: que la salud es un bien esencial del ser humano en nuestro país.

Los objetivos de las políticas son promover el aseguramiento universal e incrementar el acceso de las personas a los servicios de salud. Son dos objetivos alineados con un mismo resultado. La estrategia de implementación es extender la cobertura de los asegurados. Largo ha sido el debate del concepto de aseguramiento en el Perú. Cuando hablamos de aseguramiento nos acordamos del sistema privado y de los seguros que han administrado. Hasta 1982 el Perú era el país latinoamericano que más experiencia tenía en seguros privados de salud y había 32 empresas aseguradoras que llevaban salud a los peruanos con poder adquisitivo. En la época neoliberal de los años 90 esto se redujo a menos de 14 empresas y siempre en el campo privado. Solo a finales de los 90 se lanza una iniciativa para trabajar el Seguro Escolar, después el Seguro Materno y ambos logran en el gobierno de transición y el inicio del primer gobierno democrático de este siglo, concretar el Seguro Integral de Salud. La obligación era innovarlo, mejorarlo, evolucionarlo, ese es el proceso en el que estamos, ampliar la cobertura de beneficios basada en un presupuesto, basada en esa ventanilla que tiene el Ministerio de Economía y Finanzas, a la cual todos los años alcanzamos varias solicitudes y esperamos que aprueben o desapruében, y que es la forma histórica de ver los presupuestos de salud en el país.

Afrontamos un notable déficit de inversiones en el sistema sanitario peruano, que se ha ido acumulando en muchísimos años, no porque los gestores gubernamentales en salud hayan sido descuidados en este tema sino porque ha sido la dinámica del cajero Estado. Es una situación que tiene que cambiar, que lo hemos logrado significativamente y las evidencias son 114% de

incremento de la inversión en salud en los últimos 4 años y eso es bastante para un sistema sanitario que no invertía nada antes; pero no suficiente, porque necesitamos el triple para ponernos en las cifras decentes cifradas en el Acuerdo de Partidos Políticos del 2005, de haber alcanzado el 6,5% del PBI. Sin embargo, nos estamos dando el gusto de corregir una serie de distorsiones en la infraestructura y el equipamiento de los establecimientos y hemos iniciado toda una cruzada de propuestas normativas para atender la necesidad de recursos humanos.

El Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) es el derecho que tiene una población a que no se le den cosas desordenadas cuando va a un establecimiento de salud sin que podamos saber, realmente, qué es lo que tiene. El primer esfuerzo de ordenar lo hizo el Seguro Integral de Salud a partir del 2001 cuando instauró planes A, B, C y D, y definió las poblaciones que podían estar cubiertas. La evolución de ese modelo ha sido el PEAS, en el que se determinan las condiciones claras con todas las variantes clínicas que pueda haber y toda la cobertura financiera. Y la gran duda que teníamos los sanitarios era: ¿nos lo aceptará el Ministerio de Economía y Finanzas? El debate fue arduo, porque todavía hay gente que está conceptualizada de que el presupuesto de salud tiene que ser coyuntural, de acuerdo a las necesidades que se presenten y si existe caja; y eso es algo que hemos logrado cambiar, porque ya tenemos un grupo de economistas del MEF que está dispuesto a conversar y analizar una gran población sin cobertura de servicios y caminar a disminuirla, a incrementar los asalariados formales y a que los pobres vayan disminuyendo.

Hace una semana se llevó a cabo en Brasil el primer encuentro mundial de sistemas universales de seguridad social, donde tuvimos la oportunidad de asistir 12 personas de este país, seis del Ministerio de Salud y seis de la sociedad civil. Hubo 1.200 participantes de 92 países y la realidad es que hemos traído el enfoque social de la seguridad social, no el enfoque institucional. El enfoque global, universal o ciudadano de una seguridad social que hace propuestas, no es el enfoque fragmentado y segmentado que tiene el modelo de la seguridad social peruana. Y nos preguntábamos: en los últimos

25 ó 30 años, ¿cuáles son las propuestas que la seguridad social ha hecho a la sociedad? Ninguna, porque la Ley N° 26790 de modernización de la seguridad social de 1997 que marcó un cambio decisivo y que la partió en varios pedazos y la repartió, nació a nivel político y los cambios que puede haber tenido después como la construcción de hospitales, la compra de equipamiento, la contratación de personal, la introducción de sistemas informáticos, son únicamente soluciones operativas. Lo destaco porque para gestar salud necesitamos tener un discurso que sea inclusivo y porque en el Ministerio de Salud cada vez que avanzamos en una comunidad para buscar incluirla en el sistema de protección financiera, nos encontramos que el tema salud es un componente que es consecuencia de una cadena perdida de bienestar en las personas con las cuales trabajamos; y esas personas en este país no tienen derecho a la seguridad social.

La seguridad social es una doctrina que garantiza la vida de una persona desde que viene al mundo hasta que muere y le garantiza educación, crecimiento, vivienda, trabajo y una muerte digna, y si ustedes ven una solución de orden previsional último, pueden sacar este bono de gratitud que es una iniciativa política. Estamos desarrollando políticas altamente inclusivas que tienen barreras, que como sociedad tenemos que empezar a cambiar para que la política se haga perfecta.

En el 2009 lanzamos regiones piloto para medirnos, para desafiar al MEF, para jugar con él en el tema de financiamiento, para obtener recursos: provincias y distritos de Sánchez Carrión en La Libertad, Salas en Lambayeque, el Bajo Piura, la mancomunidad del Bajo Huallaga en San Martín, La Convención y Satipo en el VRAE; y desde enero de 2010: Callao, Ventanilla, Condorcanqui, Bagua, Marañón y Lima Metropolitana.

Hemos debatido el tema de tener un fondo único: el financiamiento a través del Estado y de contribuciones y cuotas. El ministro de Salud nos recordaba que no tenemos que perder el norte del proceso de aseguramiento como una política inclusiva y esto camina hacia un fondo único, que está en el Acuerdo

Nacional de partidos políticos y solo tenemos que atender la gradualidad. En Bolivia su presidente Evo Morales ha hecho una propuesta de ley planteando la creación del Fondo Único y no la aprueban desde agosto, porque tienen 15 cajas de seguridad social, aparte de otros fondos y prepagos. Colombia con su Ley 100 trató de expandir en los años 90 un modelo de aseguramiento universal. cuyo principio se basaba en ciudadanía y empoderamiento de un derecho que era la salud, excelentemente planteado, y que ha devenido en la actualidad en la cuasi quiebra de un sistema que no encuentra cómo financiar la sucesión de derechos que generan las obligaciones de salud frente a los planes establecidos; un lugar donde para ir al médico hay que ir acompañado de un abogado por la alta judicialización que ha alcanzado ese modelo y la ausencia total de un Ministerio de Salud, porque no hay y lo van abrir nuevamente.

La obligación del sector público es regular fuertemente la presencia privada; fíjense en el modelo brasileño que tiene un sistema único de salud, cómo la presencia de las instituciones públicas y privadas ha cambiado con una fuerte regulación y contratos con transparencia de los mismos a través de las comunidades Curitiva, Campiña, Río y son experien-

cias que tenemos que mirar porque no nos vamos a lanzar en una aventura de este tipo. La capacidad de vigilar, supervisar, controlar y sancionar inmediatamente y de ahí viene el ímpetu de que se instale una superintendencia de aseguramiento que empodere con todo el conjunto de procesos para que la hagan desconcentrada en todo el país, para que vigile los procesos y regule la interacción de una serie de actores que pueden tener diferentes intenciones, menos las sociales.

La universalidad es todo un conjunto de políticas y propósitos que tenemos que explorar más; y definitivamente creemos que estamos construyendo un proceso de cambios sostenible en el tiempo y esa es la lucha que tenemos en el Ministerio de Salud. El régimen contributivo que viene del bolsillo de la persona, el subsidiado para los pobres y el semi-contributivo, aporte de la persona y del Estado. Fortalecer el FISSAL, como un fondo intangible para que atienda el conjunto de daños catastróficos. Realmente es el mejor gesto de cambio que dentro de la democracia hemos podido hacer en los últimos tiempos y para lo cual vamos a exigir el apoyo de toda la sociedad para llevarlo adelante, especialmente si estamos ad portas de un proceso de cambio gubernamental el próximo año.

## **Acceso a la salud: La importancia de la calidad de los servicios**

Dr. CLAUDIO LANATA DE LAS CASAS

Académico Asociado de la Academia Nacional de Medicina  
Investigador Titular del Instituto de Investigación Nutricional

En el plan de aseguramiento, si bien está escrito, no tiene un rol predominante lo que es la calidad del servicio como un determinante del acceso. El Perú viene realizando importantes mejoras en salud, ha logrado avances en programas y por ejemplo en inmunizaciones tiene 400% de incremento en cobertura. Hoy estamos entregando 14 antígenos, el próximo año habrá 16 ó 17, hay un crecimiento de redes, se viene usando brigadas itinerantes en zonas rurales que han logrado alcanzar coberturas muy altas en varios programas y todo esto logró que el Perú sea uno de los pocos países del mundo que

alcanzó las metas del desarrollo del milenio antes de la fecha fijada y un ejemplo es cómo la mortalidad infantil bajó de 33 por mil nacidos vivos en el año 2000 a 17 ó 18 por mil en el año 2010. En el porcentaje de gestantes que tienen más de seis controles prenatales, en el año 2000 había una gran brecha entre las zonas rurales y urbanas, menos del 20% de las gestantes tenía este número de controles y se logró un avance muy importante en el 2008, donde la brecha entre lo rural y urbano se acortó: ahora en una zona rural 70% de las gestantes llegan a tener seis controles prenatales. Entonces la idea que se

tenía de que no hay acceso y que la población rural no tenía cómo llegar a los sistemas de salud se está quedando atrás, la gran mayoría tiene acceso.

Sin embargo, controlamos otro indicador de uso y vemos el porcentaje de gestantes que da a luz en una institución de salud, la brecha era enorme, en el 2000 solo el 20% daba a luz en el establecimiento de salud y esto se ha incrementado al 50%, comparado con el 90% en la zona urbana. Aún la brecha se mantiene amplia, entonces la pregunta es: ¿por qué las gestantes si bien llegan, no se atienden? No es por incapacidad de pago, podría ser que el establecimiento que atiende partos está un poco más distante de los que atienden el control prenatal. Hay muchos estudios que demuestran que una importante barrera para el parto institucional es el mal trato brindado en el sector Salud, particularmente en la zona alto-andina y rural, donde prefieren la partera en casa así el centro de salud sea asequible, teniendo implicancia en mortalidad materna. Dentro de ese escenario, un proyecto tuvo mucho trabajo en estas áreas de gestión, lo desarrolló el Proyecto 2000, un proyecto conjunto de USAID con el Ministerio de Salud que operó de 1995 al 2000, donde concursamos y se ganó la propuesta para implementar este programa de capacitación materno infantil, en un consorcio de ESAN, el Instituto de Investigación Nutricional, el Movimiento Manuela Ramos y la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

¿Qué se pretendió cambiar en la capacitación hasta ese momento? La capacitación era fraccionada, no relacionada a procesos de producción y gerencia, cada programa capacitaba diarreas por acá, neumonías por allá, privilegiaban la transmisión de conocimientos y adiestramiento casi siempre en aspectos clínicos, por lo tanto se concentraba en personal profesional en zonas urbanas y ausencia de supervisión y evaluación. Con este marco creamos un sueño, queríamos mejorar la calidad del ambiente de trabajo y la organización de servicios materno infantiles, buscar la mejora de la calidad de atención, ver cómo se vinculaba mejor el sector Salud con su comu-



nidad y a través de esto llegar a tener un impacto en mortalidad.

Capacitamos con el elemento central que fue problematizar, basado en que un adulto que está en un servicio de salud ya viene practicando con pacientes de una forma que él cree y para que esta persona cambie, no lo hará porque alguien viene y se lo dice, tiene que cambiar por auto-convicción, para lo cual se debe involucrar en un proceso en el cual él mismo llegue a ese convencimiento de cambio; entonces la problematización, formando equipos multidisciplinarios y discutiendo problemas prácticos.

Si deseo estandarizar una hipertensión arterial o un parto, generalmente leo los libros y traigo un protocolo. Así un adulto no cambia, se archiva en una carpeta y sigue haciendo lo que antes hacía, diciendo que en San Marcos me han enseñado así, en Cayetano me han enseñado así, y en Trujillo me enseñaron así y cada uno trae su escuela. Entonces, ¿cómo universalizar esto? Se les pidió a los grupos que escojan seis disciplinas para estandarizar según sus prioridades y empiecen en forma ordenada tema por tema; una vez que tengan un tema, buscar a los equipos que están involucrados en esa atención, discutir qué hacen, pero no la parte clínica, sino desde que el paciente llega hasta que se va del establecimiento de salud.

¿Qué ocurría a las tres de la mañana cuando el médico de guardia era el traumatólogo y tenía que atender un parto? Identificar patrones y diagnosticar para comparar con lo estándar y la persona más idónea sobre el tema, el obstetra, discute sobre si vale la pena cambiar y por qué. La idea era que el equipo llegara a un primer acuerdo y eso se escribía, era un estándar, luego se chequeaba a los compañeros para ver si han ejecutado el acuerdo para hacer ajustes y finalmente imprimir el protocolo. Entonces el protocolo es el último paso cuando todos lo han implementado, esto se hizo en la mitad del país. El Proyecto 2000 trabajó en 12 Direcciones Regionales de Salud con 2.500 establecimientos, involucramos a la totalidad de hospitales regionales en las 12 direcciones y 72 hospitales rurales y centros de salud para que se permita resolver mortalidad materna y neonatal.

Entonces 90 establecimientos de mediana y alta complejidad fueron nuestro primer elemento de cambio, para después ver la red con ellos. Se les pidió hacer un pequeño taller para seleccionar personas que venían a Lima, el Proyecto 2000 ya había negociado la idea de que los hospitales de Lima hacen todo perfecto y provincias tiene que mejorar, pero una vez que se capacitaban regresaban y ponían en ejecución su plan operativo para lograr la acreditación de su servicio como sede capacitadora. Todo se iniciaba con este taller de auto-diagnóstico, una de las cinco áreas de calidad debía discutir cómo están y qué deben hacer con lo que tienen, luego elegían quién venía a Lima. Para muchos establecimientos fue la primera experiencia, por ejemplo en el Hospital de Huarney con 30 años de formado, primera vez que se reunían a discutir.

Cuando llegaron a Lima los profesionales pasantes se iban con sus pares y observaban para identificar el problema y problematizarlo. Con esta experiencia regresaron y mandamos supervisores especialistas capacitados en problematización, revisaron historias, registros y usamos formatos para captar información para ingresarla al sistema de datos. Se llegó a cada uno de los 90 establecimientos y entonces vieron que era serio el trabajo; la segunda visita era para resolver problemas y algunos

establecimientos requirieron cuatro visitas para estar listos para acreditar. La acreditación fue crítica, porque si capacitas sin tener un fin todo queda en buena intención. La acreditación se convierte en un reconocimiento público y en un orgullo.

Hicimos varios criterios con cinco categorías de variables, había que aprobar todas las variables y tenían que aprobar las cinco categorías para acreditar. Cuando se logró la acreditación, mejoró casi al 100% la satisfacción del usuario, todos lograron resolver las quejas, todos tenían capacidad de resolución para emergencias, trabajo en equipo, todos llegaron a conformar reuniones y atención estandarizada, y fue difícil porque teníamos muchísimos indicadores.

Nos preocupó mucho saber si ese logro permanecía, se evaluó a los 90 establecimientos al año siguiente y no habían bajado al nivel que tenían, y esto dio el modelo conceptual de que la calidad no es estática, es dinámica, es un modelo que debe cambiar permanentemente.

Hicimos un estudio antropológico comparando establecimientos con y sin programa de capacitación materno infantil y se identificaron estas frases: un caos al inicio nadie sabía, gran resistencia al cambio, solo los pasantes eran los que empujaban, cuando vino la supervisión comenzaron a reaccionar, el director o jefe del servicio comenzó a ser importante y su liderazgo para que funcione; de ahí se entusiasman todos, comienzan a competir y acreditan.

Pero después se relajó, porque no existió la re-acreditación; ahí murió el proyecto, porque el Ministerio no lo hizo suyo, no hizo el siguiente nivel de acreditación y se perdió el modelo.

Los médicos tuvieron una fuerte oposición al cambio, hay un gran conflicto de intereses del médico del sector público porque la gran mayoría tiene su práctica privada y no le interesa que el sector público mejore. Entonces hay un sector que no va a querer que el sector público mejore, por eso fue crítica la participación de enfermeras y obstetras, que fueron las principales líderes de estos procesos de cambio.

En tres meses de cambio el Hospital de la Caleta de Chimbote de 300 partos al año subió a 3.000 y la caja chica aumentó tremendamente. Todo esto está en un libro «Mejorando la calidad de atención de salud en el Perú», el programa de capacitación materno infantil (PCMI) del Instituto de Investigación Nutricional.

Pensamos que este proyecto ha demostrado que es posible la mejora la calidad de los servicios de

salud. El Ministerio de Salud pone el estándar y lo va cambiando cada dos años y acredita el servicio; es claro que mejorando la calidad se mejoró la cobertura y consiguió el impacto que pocos países lograron. Es esencial mejorar la calidad de los servicios para el acceso. Crear mecanismos de financiamiento o aseguramiento sin tocar el elemento central de la calidad de servicios, como son los partos en zonas rurales, no va a tener impacto en salud.

## Aseguramiento universal: Los procesos en el Perú y EE.UU.



Dr. Francisco Sánchez Moreno Ramos  
Presidente Emérito de la Academia Peruana de Salud

representaba el 16,7% de la población. Tenían seguro de salud 253,6 millones, siendo el 63,9% privado<sup>1</sup>. El modelo de mercado y seguro privado –sin universalidad, equidad ni solidaridad– fue exportado en los años 90 al Perú y otros países con créditos del Banco Mundial.

No obstante el severo deterioro económico del 2008 y 2009, en marzo de 2010 el gobierno del presidente Barack Obama reformó el modelo de salud de EE.UU. Su objetivo es extender el seguro al 95% de la población (32 millones más de personas de menores recursos), siendo el financiamiento subsidiado, con nuevos impuestos. El avance hacia la universalidad fue evidente y entonces surgieron comentarios extremos; dos recientes y contradictorios son del senador electo Marco Rubio del Movimiento Tea Party, quien manifestó que Obama «quiere convertir a EE.UU. en Cuba»<sup>2</sup> y de Fidel Castro, quien expresó que Obama es «el mayor encantador de serpientes»<sup>3</sup>.

### PERÚ

La mayoría de la población sigue excluida del derecho a la salud por no tener un seguro de salud efectivo ni existir una reforma exitosa. La nueva ley

Un saludo muy especial a todos en esta reunión de excelencia por la salud peruana. La ponencia sobre el Perú es un trabajo institucional desarrollado por consenso, que podría ser una base académica para concertar en el Período de Gobierno 2011-2016.

### ESTADOS UNIDOS DE NORTEAMÉRICA

Desde mediados del siglo XX, tiene el sistema de salud mejor financiado del mundo, aunque con un modelo de mercado carente de universalidad. A diferencia de la seguridad social en Europa –que con sus principios se orienta a la cobertura universal– en EE.UU. el 2009 no existía el derecho a la salud ni aseguramiento para 7,5 millones de niños y un total de 50,7 millones de personas, que

<sup>1</sup> Oficina del Censo de los EE.UU. <http://www.census.gov/hhes/www>

<sup>2</sup> Mundo 3.nov.2010 <http://www.clarin.com/mundo>

<sup>3</sup> El Comercio 23.nov.2010.



de aseguramiento no ha resuelto la ausencia de sustento financiero. Considera solo incrementos presupuestales inestables e insuficientes y ha omitido utilizar un indicador financiero universal, como es el gasto anual per cápita en salud. Mientras en Sudamérica el gasto nacional anual per cápita en salud fue 377 dólares corrientes en promedio, en el Perú fue solo 160 dólares (42,4%)<sup>4</sup>. Para un conocimiento pleno, no basta mencionar cifras, hay que compararlas con los países de Sudamérica.

El Seguro Integral de Salud (SIS) es solo un programa asistencial y carece de los requisitos básicos de un seguro, entre ellos autonomía y fondos suficientes, estables e intangibles. ESSALUD sobrevive sin prioridad. En grave contradicción, muy pocos días después de la aprobación de la nueva Ley de Aseguramiento, la Ley N° 29351 lo privó del 12% de su presupuesto (aportes de dos gratificaciones anuales). Con respecto a las enfermedades de alto costo, no es posible atenderlas con las donaciones que capta un escaso e inconsistente Fondo Intangible Solidario de Salud (FISSAL).

No hay un aseguramiento financiado integral en salud, debido a:

- La autolimitación de promover «algún tipo de seguro».
- La centenaria ilusión de privilegiar solamente el siempre escaso financiamiento subsidiado.
- Miopía para desarrollar el financiamiento contributivo factible de los trabajadores informales.

Tampoco hay una evaluación periódica del sistema nacional de salud y se ha discontinuado los cambios positivos de coordinación en sus cuatro funciones principales:

1. Rectoría: Es débil y en la seguridad social está ausente.
2. Financiamiento y Recaudación: Son insuficientes y de diseño anticuado.
3. Prestación de Servicios: Limitada, con niveles de atención desorganizados y se promueve el seguro alternativo sin equidad.

4. Generación de Recursos Humanos y Físicos: No se prioriza el primer nivel de atención.

Por falta de estudios matemático actuariales no se genera confianza, a diferencia de los procesos de aseguramiento que han logrado éxito a nivel mundial. Y abundan las quejas por falta de atención, existiendo una importante brecha entre el discurso y la realidad. No obstante, en la población se observa conformismo social en salud, lo que no ocurre cuando las necesidades son cotidianas, como en alimentación, seguridad y trabajo.

### ¿Qué hacer?

Hay una oportunidad económico-financiera sin precedentes para los países exportadores de materias primas, que se ha forjado durante 30 años y que concreta la factibilidad para desarrollar un proceso real de aseguramiento universal en salud, con decisión política, diseño moderno, estudios actuariales periódicos de calidad y participación pública y privada. Desde el 2003 los precios de estos productos han aumentado 400% en promedio por la enorme demanda de China, India, Rusia, Brasil (países BRIC) y otras naciones que lideran el crecimiento mundial en el siglo XXI y cuyo PBI viene creciendo en algunos casos entre 7 y 10% anual en los últimos 30 años.

La bonanza se ha extendido rápidamente a otras áreas en nuestro país, como agroindustria, construcción, manufactura, electricidad, comercio y servicios, y viene determinado el incremento progresivo del poder adquisitivo de parte importante de la población. Lo demuestra el hecho de que a junio de 2010 hubo más de 26 millones de teléfonos celulares operativos para una población de 29,5 millones (19% son menores de 9 años). Más aún, el número de teléfonos celulares es mayor que el de personas en Lima, Ica, Arequipa, Moquegua, Tacna y Madre de Dios. Y el crecimiento es tal, que se estima que al cierre del 2010 el número será también mayor en el total nacional.

En salud no se trata de realizar gastos públicos excesivos, sino de emprender un proceso factible y

<sup>4</sup> 2007. Organización Mundial de la Salud. <http://www.who.int/whosis/whostat2010.pdf>

progresivo de Aseguramiento Universal Solidario, que está al alcance del Perú si es diseñado con financiamiento mixto (subsidiado y contributivo). Siendo mixto el financiamiento, del Estado no proviene el aporte de los asegurados.

El financiamiento se realizaría a través de los regímenes contributivo y subsidiado de ESSALUD y SIS. El aporte contributivo solidario sería obligatorio en proporción a los ingresos de todos los trabajadores formales e informales. Si el aporte contributivo del asegurado fuera igual o mayor al monto mínimo que se determine actuarialmente, se adscribiría a ESSALUD; y -si fuera menor- al SIS. Esto motivaría a los asegurados a incrementar sus aportes para pertenecer a ESSALUD. El volumen de población que superaría el monto mínimo del aporte contributivo sería elevado y progresivo. Se generaría así en ESSALUD un aumento de asegurados, con las positivas consecuencias de un mayor financiamiento, el desarrollo sin precedentes del seguro social y el progresivo incremento de la participación privada.

La incorporación obligatoria de los trabajadores informales -en todos los tipos de trabajo- se concretaría mediante un cronograma para concertar formas técnicas modernas de recaudación de aportes. Se buscaría que el aporte sea parte del valor del producto que se vende (por ejemplo helados, bebidas gaseosas o cerveza) o del servicio que se presta (vigilancia, mensajería o taxi por ejemplo). Para facilitar y garantizar la recaudación, quien no tiene RUC utilizaría el DNI al comprar o vender (por un monto mínimo a determinar). Y habría un registro nacional de aseguramiento, con apoyo del RENIEC.

Como se ha referido, una gran población paga teléfonos celulares. El pago actual promedio por persona es de 23,65 nuevos soles, vale decir 8,48 dólares mensuales. Este pago es superior al aporte contributivo nacional que hoy se requeriría para alcanzar un aseguramiento universal progresivo real, el cual inicialmente no superaría los 16,74 nuevos soles, equivalentes a un promedio de 6,00 dólares mensuales y 72 dólares anuales (tabla I). Además, mientras el pago de un celular se hace «de

bolsillo», el aporte en el aseguramiento se facilitaría al deducirlo de los ingresos del trabajador informal.

En la mencionada tabla se presenta la estructura del financiamiento en salud per cápita y sus proyecciones al 2012 y 2016 -plenamente factibles- donde puede apreciarse la gran importancia del financiamiento mixto (subsidiado y contributivo), con un valor estimado para el 2012 de 72 dólares anuales per cápita, tanto para el financiamiento subsidiado como para el contributivo. La consecuencia inmediata, como se observa, sería que el gasto anual per cápita en salud del Perú aumentaría sustancial y progresivamente a partir del 2012. ¿Acaso no debemos anhelar recuperar el liderazgo que ejerció en Sudamérica nuestra cultura nativa hace 500 años?

**Tabla I. Financiamiento mixto en salud per cápita  
Proyecciones factibles al 2012 y 2016**

(Estimados en dólares constantes<sup>1</sup> de 2007<sup>2</sup> y en porcentaje<sup>3</sup>)

	US \$ (%) <sup>3</sup> Últimas cifras disponibles	US \$ (%) 2012 <sup>4</sup>	US \$ (%) 2016 <sup>5</sup>
Subsidiado (Tesoro público)	49 (30,7)	72 (34)	110 (37)
Contributivo (asegurado o empresa)	49 (30,5)	72 (34)	110 (37)
Gasto de bolsillo (del usuario)	55 (34,2)	58 (28)	68 (22)
Cooperación externa y donaciones	7 (4,6)	8 (4)	12 (4)
<b>Total</b>	<b>160<sup>2</sup> (100)</b>	<b>210<sup>4</sup> (100)</b>	<b>300<sup>5</sup> (100)</b>

<sup>1</sup> A los estimados deberá agregarse en su momento la significativa devaluación del dólar.

<sup>2</sup> 2007. Organización Mundial de la Salud. <http://www.who.int/whosis/whostat2010.pdf>

<sup>3</sup> 2005. Encuesta Nacional de Hogares, INEI 2009.

<sup>4</sup> Estimado para 2012.

<sup>5</sup> Estimado para 2016.

Los asegurados elegirían a los prestadores de acuerdo a normas establecidas con base actuarial. El intercambio de servicios entre prestadores públicos y privados -así como el reintegro tarifario- se facilitarían enormemente. En tal sentido, de acuerdo a las Leyes N° 15173 y 17239 del Colegio Médico del Perú, la prestación de servicios del aseguramiento en ESSALUD y el Servicio Médico

Familiar (SEMEFA) del médico y sus familiares, se podría coordinar sin duplicaciones.

### Conclusiones

1. No habrá derecho humano a la salud ni aseguramiento efectivo mientras el gasto nacional anual per cápita en salud continúe alrededor del 50% del promedio en Sudamérica.

2. Hay factibilidad desde el 2003 para desarrollar un proceso real de aseguramiento universal solidario y obligatorio en salud, con financiamiento mixto.

3. Es indispensable la incorporación contributiva y obligatoria de los trabajadores informales – igual que en el caso de los formales– recaudando el pago de sus aportes a través del valor de sus ventas y servicios.

4. Es impostergable desarrollar a plenitud las cuatro funciones principales del sistema nacional

de salud. Por ejemplo, la organización coordinada por niveles disminuiría los costos de aseguramiento y haría posible la atención eficiente.

5. Urge mayor responsabilidad rectora del Estado en ESSALUD y SIS, con una organización moderna y conducción proba.

6. Es necesario promover la cultura de aseguramiento en salud mediante una campaña masiva por TV, radio y otros medios.

7. Teniendo como ejes el derecho humano a la salud y el aseguramiento universal efectivo, el Perú puede lograr a partir del Período de Gobierno 2011-2016 un cambio integral y factible, y construir el proceso de unión y liderazgo en salud hacia el 2021.

8. Estamos concertando un Proyecto de Ley al respecto.

*Invitamos a todos a participar.*

### DEBATE

Dr. MARIANO QUEROL LÁMBARRI

No he oído las palabras salud mental, ¿es ésta una omisión voluntaria o involuntaria? Porque la salud mental es tan importante como la salud materno infantil, es un elemento común a todas las enfermedades y la salud mental corresponde al 50% de lo que es el ser humano

Dr. ÁLVARO VIDAL RIVADENEYRA



¿Piensan los expositores que el actual modelo económico –exportador de productos agrícolas y materias primas minerales que no genera trabajo decente en el país– y la actual Constitución ultra liberal, permiten un cambio real en salud y seguridad social?

Dr. RAMOS

Da la impresión que la sociedad peruana está en una situación tranquila y de bonanza, y decía el Dr. Sánchez Moreno sobre el conformismo social y yo lo asocio en un fracaso en el tema de salud en cuanto a dar una inadecuada educación sanitaria y sobre todo generar conciencia sanitaria. Por eso aparentemente la población no reclama. Cuando hablan de reforma, pregunto, ¿qué van a reformar? ¿Esta reforma va a estar relacionada a una reforma del Estado que prácticamente su poca capacidad de rectoría y de regulación, control y vigilancia hacen que ESSALUD esté sumergida en una profunda crisis moral de gestión y económica? Por otro lado, en esta reforma ¿cómo va a quedar la segmentación

institucional y de los servicios, que está demostrado genera exclusión de los servicios? En el tema de los principios, la universalidad y la solidaridad quisiera un comentario más profundo. ¿Esta propuesta tiene un enfoque de derechos? Quisiera saber, ¿cómo piensan solucionar la crisis en el primer nivel de atención? Sobre el modelo de atención también quisiera una aclaración, parece que el aseguramiento universal está en medio de un contexto en que la sociedad peruana y el Estado están bien, cuando tenemos un modelo económico con capitalismo creciente, que está sometiendo a la sociedad peruana a una desigualdad y somos el país más desigual en América Latina.

Dr. LUIS PINILLOS ASHTON



He escuchado al Dr. Lanata cuando dice que son los médicos los que se oponen y dificultan los procesos de mejora, porque traen interferencia con sus intereses económicos de la práctica privada. Creo que es aterrador que en un evento del Colegio Médico estemos hablando de eso y no reaccionemos para decir qué está pasando, porque desafortunadamente creo que el Dr. Lanata tiene razón, hay mucho de dicotomía en la actitud en los médicos que trabajamos en el sector Salud o en la seguridad social en cuanto a nuestra actitud frente al paciente. Creo que desde acá hay que generar una voz de liderazgo, señor decano, para cambiar esa imagen del médico y estamos perdiendo el liderazgo que teníamos ante la sociedad.

Dr. MAGUIÑA

Casualmente un reciente discurso de orden del Dr. Julio Lopera toca esos temas de fondo y también en el Día del Paciente; están en la página web del Colegio Médico, así como el tema de las personas señalado por el Dr. Messich, que es un movimiento a nivel mundial. Creo que se está trabajando para que los errores puedan revertir.

Dr. ACOSTA

Una de las grandes prioridades sanitarias que no se había advertido en la sociedad ha sido el de la salud mental, ha bastado que se realicen estudios de carga de enfermedad para que en lugar de aparecer la morbilidad materno infantil o la desnutrición infantil como primeras causas de discapacidad en la población peruana, sean las enfermedades de la esfera mental, las que por lejos tienen mayor representación en esa carga de enfermedad y años de vida perdidos por discapacidad. En el Perú no tenemos más allá de 650 psiquiatras, la disciplina en un 80% se concentra en Lima y Callao, y el 70% de ellos está convencido que el tema de la esfera mental como enfermedad se soluciona dentro del hospital y no haciendo salud mental comunitaria. Es una prioridad doctor Querol el tema de la salud mental y las estrategias que debemos alcanzar las vamos a tener que construir juntos, porque definitivamente el conjunto de psiquiatras que tenemos no va a ser suficiente.

En cuanto al modelo económico imperante, no es el que debe acompañar al proceso sanitario. El 23% de la población es de la seguridad social, solo la tercera parte son aportantes, y muchos son bajos contribuyentes; del sector tradicionalmente carente solamente contribuye un 13% con sus impuestos y el régimen subsidiado del tesoro público es sumamente bajo, precario. Los programas sociales deben nutrirse por un lado de la capacidad contributiva de un régimen de seguridad social fuerte y por el otro de una base impositiva alta y de una mecánica de consumo importante dentro del país, que carecemos. Todavía estamos en una etapa

incipiente. Sí hemos incrementado la producción, los precios sí son muy buenos, pero aún no industrializamos en la medida de lo necesario y no se genera riqueza. La política económica en este momento no es la ideal para acompañar un proceso de cambio, pero eso no significa que debamos quedarnos conformes, tenemos que construir propuestas y no sentarnos a que se arregle el mundo para poder lanzar una propuesta que vaya a la universalidad; porque si no, no vamos a poder lanzarla nunca.

Dr. SÁNCHEZ MORENO

La salud mental es un aspecto fundamental, mucho más en el Perú por todos los problemas que existen y debe ser parte plena de cualquier cambio; sin embargo, en 20 minutos de exposición sobre aseguramiento universal no pudimos abordar muchos temas.

Con respecto al modelo económico y la Constitución actual, pienso que si retornamos al debate sobre qué Constitución y qué modelo económico requerimos, nunca haremos el cambio en salud. Tenemos que actuar en el modelo y con la Constitución que tenemos. Analicen ustedes la reciente CADE, lo que han expuesto los candidatos. Ninguno tocó el tema de salud. Nuestra posición es que tenemos que ir al cambio como estamos, ahora, y no como ha sido la mayoría de los más de 50 años en que he participado en salud y seguridad social. Siempre los gobiernos han terminado perdiendo y perdiendo oportunidades, un período tras otro. Pero, si el país lo quiere, salud podría cambiar con toda seguridad a partir de julio.

Con relación al Dr. Ramos, por las razones que acabamos de mencionar tampoco podemos esperar la reforma del Estado; hay que actuar ahora. Plantea temas profundos pero que en tan breve tiempo no podemos entrar a analizarlos. En cuanto a la segmentación en el sistema de salud, si se hubiese cumplido la Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud del 2002 las cosas hubieran cambiado, pero ni siquiera se cumplió cuando se dio la ley, época en que al Ministerio de Salud le interesaba

prioritariamente lo confesional. Aceptemos pues, cuál es la realidad, para poder cambiarla en lo posible. Estamos de acuerdo en que si no se hace un cambio en el primer nivel de atención nada cambiará, debemos dedicarnos a esa reforma y nuestro proyecto de ley va en ese sentido; pero indudablemente deberíamos conversar y presentarlo unidos, y esto nos lleva al siguiente tema.

Pienso que la profesión médica está en condiciones de poder hacer un gran cambio, pero actualmente cada uno va por su lado. Lo que dijo el Dr. Lanata es insuficiente, porque no analiza la problemática de lo que el médico está dejando de hacer como profesional. El Colegio Médico, en sus diferentes gestiones, también está dejando de hacer. No tiene una presencia efectiva en la nación para que este país cambie. Nos olvidamos cuáles son nuestros indicadores de salud y adónde hemos estado décadas atrás en el contexto de Sudamérica; ahora estamos al final. ¿Y por qué no cambiamos? Tanto el Colegio Médico como la Federación Médica deberían tener un papel fundamental; ésta no sale de su propuesta del sistema único de salud, desfasada de la realidad, y ahora propicia el modelo del Brasil. Los modelos de sistema no se pueden importar y nuestro modelo solo puede ser el modelo del Perú. Entonces decir que todo está bien en la profesión médica, de ninguna manera. Pero concluir que la profesión médica es culpable de tal o cual cosa, es un exceso. En resumen, en cuanto a la profesión médica se requiere acción, una acción cada vez mejor, pero también una apertura para que podamos realmente dialogar y no imponer dogmas.

Dr. LANATA

Quiero decir que no se inventó nada en el proyecto: la soluciónática, la problematización y los elementos que se usó. Lo que creo es que fue importante que se orquestó toda esa aplicación desde la Dirección General de Salud de las Personas y el viceministro, hasta el último establecimiento, hubo una acción concertada que logró finalmente el éxito; no fue un ejercicio de problematización de cómo resolver un problema y ahí se quedó.

Salud mental: crítico. Pero estamos en plena transición epidemiológica, hay obesidad que está subiendo de manera exponencial y no hay mucho que se está haciendo al respecto, hay una serie de temas que el Perú debería estar enfocando. El Hospital de Trujillo cuando acreditó al director mencionó que se le había cambiado en tres meses su manera de manejar el hospital, y él implementó la estrategia de promoción de la salud materno infantil en todos los departamentos de su hospital. Entonces debería ser un esquema aplicable a todos los servicios para manejar la gerencia de un sector.

Conflicto de intereses de los médicos: crítico. Esto lo sacó un antropólogo, no fue una opinión de uno, esto salió clarísimamente de estudios antropológicos a varios niveles en los sectores y a mí particularmente me llamó la atención cuando estuvimos haciendo al inicio observación participativa y me tocó observar a un catedrático a nivel mundial que atendía a un paciente. No podía creer que no aplicaba nada de lo que enseña y al confrontarlo me dijo que «acá atendemos así»; entonces yo veía una decisión esquizofrénica, entre lo que hago en mi servicio y lo que debo hacer.

¿Dónde está la calidad? Alguien dijo en el gobierno de transición: «todo lo que se hizo en el gobierno anterior no sirve», y mató todo el servicio de calidad. Cuando estuve asesorando a Carlos Vallejos me costó dos años para que la Dirección de Calidad existiera, se le dio un presupuesto de 2 millones de dólares; lamentablemente no tuvo continuidad porque evaluaba y entonces es un cambio de concepción que tenemos que dar para los pacientes. Esto no se ve de manera tan marcada en enfermeras, obstetras y personal en los hospitales, y creo que ahí está el baluarte para construir los modelos de calidad.

Dr. ACOSTA

Una disculpa al Dr. Ramos, porque los temas como se ha mencionado abren toda una discusión y no hay espacio. Una reflexión sobre los médicos, porque lo estamos viviendo diariamente. Los médicos especialistas están concentrados 82% en

Arequipa, Lima, Trujillo y Chiclayo, y los pocos restantes en el resto del país que lleva a una alta exclusión de pacientes necesitados. El encuentro de la medicina y de los médicos en el siglo XX con la empleocracia ha sido lamentable; ese siglo que nos llevó a los médicos al interior de los hospitales y nos asalarió, nos restó la libertad de ofertar lo que hemos aprendido como arte al conjunto de la población que lo pudiera necesitar y nos segmentamos, porque nos metimos a ese proceso de segmentación y fragmentación en el que entró el sistema sanitario de nuestro país. Ahora vemos que en lugares donde existe un médico que es de la seguridad social no puede dar apoyo a pacientes del Ministerio de Salud o viceversa, porque las normas lo impiden. Una de las cosas que deberíamos rescatar es la atribución de las profesiones de la salud y en el caso del médico particularmente, para que se nos devuelva los atributos de libre ejercicio de nuestra profesión, no al amparo de un empleador sino al amparo de las personas y de los sistemas que lo necesitan, que es parte de un proceso de cambio y de reforma que tiene que nacer del gremio y que en la actualidad tiene la mejor atención de parte del Ministerio de Salud.

Dr. MAGUIÑA

Estoy un año en el Colegio Médico y he sentido al ataque a los médicos. La Academia Nacional de Medicina organizó un tema en relación a ello. Tampoco puedo decir que los médicos somos perfectos, pero creo que la orden médica ha contribuido y contribuye en la medicina. Los ejemplos negativos felizmente son los menores y hemos tenido que enfrentar al SOAT médico, pero hay que decir la verdad: faltan recursos humanos, faltan especialistas y distintos equipos en hospitales. En Arequipa hay médicos jóvenes ganando 600 nuevos soles, esa es la situación de miseria que vive el médico en este país. El Colegio Médico está preocupado y se ha opuesto públicamente a las falsas facultades, pero las leyes que dio el gobierno de Fujimori permitieron esta liberalización de la educación, que hoy nos está golpeando.

Los recursos humanos para este aseguramiento requieren condiciones mínimas, pero ¿cómo garantizarlas cuando hay este tipo de decreto supremo (D.S. N° 075-2008-PCM, régimen especial de Contratación Administrativa de Servicios) denominado CAS? Va a haber fuga de talentos, ¿quién va a trabajar con esos sueldos, en qué condiciones, con qué beneficios? Coincido con el Dr. Sánchez Moreno, hay que enfrentarlo y del discurso político hay que ir a la práctica, hay que hacer propuestas. El CAS es un tema que preocupa a la orden médica, a la Federación Médica, ANMMS y AMSSOP. El Colegio Médico pidió su inconstitucionalidad, pero ha sido ratificado con otras condiciones. ¿Qué hacer Dr. Acosta?

Dr. ACOSTA

Hablando como Ministerio de Salud, el ministro ha dado prioridad a una de las direcciones que estuvo desaparecida durante mucho tiempo, al rescate de lo que ha sido la Escuela de Salud Pública y lo que es ahora el Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos del Ministerio, y entre las iniciativas impulsadas está crear reformas en el sistema de recursos humanos y tener la propuesta de carrera sanitaria a la brevedad posible. Lo segundo es buscar medidas paliativas para atender el déficit de especialistas en las regiones y donde nos sorprendió gratamente que el presidente de la República apoyara espontáneamente al ministro, para que un decreto supremo borre la brecha que tenemos entre instituciones a fin de que los profesio-

nales puedan trabajar entre ellas y complementar servicios, solución que tiene que salir en breve.

Antes lo único que podíamos financiar era 1.500 serumistas, actualmente financiamos directamente a 6.000, pero son 13.000. Hemos podido llevar serumistas donde antes no había médico y estamos trabajando por la misma iniciativa que el Colegio Médico presentó: el seguro de vida para los serumistas, porque anualmente son varios colegas los que fallecen. Son soluciones paliativas, antes se iban a Estados Unidos y Europa 50 médicos jóvenes, y ahora son más de 600 los que se van anualmente buscando otros horizontes, porque encuentran inequidad en cuanto a lo que deberían recibir, que no solamente debe atender su sustento sino también su desarrollo como profesional de la salud.

Dr. SÁNCHEZ MORENO

No son buenas mis palabras finales. Parecería que nos contentamos con quedarnos en los últimos lugares de la cola. ¿Adónde va la salud en el Perú con el proceso actual? ¿A seguir indefinidamente en los últimos lugares de Sudamérica? Si no se enfoca con acierto cómo debe cambiar el financiamiento, no vamos a ninguna parte. Hay que definir el papel que corresponde a esa enorme población informal, que el Ministerio de Salud cree que el Estado va a poder subsidiar. Vayan ustedes a cualquier centro comercial y comprueben la actual capacidad adquisitiva que hoy tiene el informal. ¿Y se le va a



estar subsidiando con un presupuesto nacional siempre limitado que no alcanza? Diría que no hay visión para hacer el cambio que se tiene que hacer. Parecería que la mayoría se contenta con haber caído a los últimos lugares de Sudamérica por cinco décadas. La salud está mal y el médico está mal pagado. Nada hay que hacer si no cambia el financiamiento, si no hay un planteamiento acertado para que cambie, si solamente nos interesa cuánto dio el presidente o quien sea para este año y no se quiere generar financiamiento suficiente y estable.

En el segundo semestre del 2001, trabajando en una comisión de alto nivel del Ministerio de Salud con más de 120 peruanos de todas las instituciones del sector, invitamos a venir al Perú a la segunda autoridad de la seguridad social francesa y entregamos al ministro de Salud un dictamen moderno a comienzos del 2002. ¿Aparte de la creación del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud a que dio lugar, ustedes creen que el gobierno de entonces recogió algo del muy valioso informe final que se le entregó con 51 propuestas, entre ellas el aseguramiento universal? Nada, porque predominaron los intereses confesionales en el Ministerio de Salud. ¿Cuántos recuerdan o conocen estos temas? Parece no interesar.

Entonces, si no vamos al cambio que hace mucho tiempo requiere el país en salud –cambio por el que he estado preocupado toda mi vida– el futuro no es bueno. Si hace 500 años nuestros antepasados nativos fueron líderes en el actual territorio de América del Sur y parte Central, ahora es una quimera. Más si consideramos que es absolutamente factible lograrlo, que hoy el Perú tiene suficiente dinero y que si se manejara adecuadamente, la salud mejoraría enormemente. Pero veo que no hay reacción y le digo señor decano, ojalá haya cambios, porque como vamos hace varias décadas, cada cinco años seguiremos teniendo nuevos cinco años perdidos.

Dr. LANATA

Dos reflexiones finales. Primero, invitar a todos los colegas que en sus estancias de trabajo en el servicio de salud sea privado o público, siempre

pregunten a su equipo que están cada uno dedicando 6 u 8 horas de su vida a trabajar: ¿qué se puede hacer mejor con el equipo que tengo? No saben lo enorme que se puede avanzar con los equipos, organizándose a preguntarse, fijándose metas, problematizando y teniendo planes para llevar esto adelante; mejor aún si el Ministerio respondiera con una meta reconocible y algún estímulo que permita que este movimiento tenga un sentido. Pero se puede avanzar muchísimo con equipos internos trabajando y discutiendo, qué se puede hacer mejor para sacar esto adelante. Me acuerdo que el hospital de Huancavelica sacó un lema: «El mejor almacén, el vacío», pues descubrieron que tenían todo en el almacén pero nunca sabían lo que tenían, de todo lo que se quejaban estaba guardado. Entonces hay mucho que se puede hacer en el momento actual del país con el recurso que tenemos y con el que estamos bien.

La segunda reflexión es que ojalá que el sector Salud a nivel central incorpore los esquemas de calidad, no como un elemento que hay que capacitar acreditadores y luego los soltamos. Este es un cambio mental que tenemos que hacer en la gestión, cómo los programas nacionales que están mirando verticalmente el sida, la tuberculosis, la malaria, el dengue, cómo organizar esa gestión bajo el modelo de calidad. Que la interface entre el gobierno central con las regiones sea a través de acreditar los servicios con estos indicadores complejos, que debería ser el mejor insumo para llevar adelante la orquesta, teniendo este modelo de cambios de calidad dinámicos cada año y cada dos años poder esos indicadores construirlos con el Colegio Médico, los gremios profesionales; cuál es el siguiente cambio que queremos, hacia dónde ir los siguientes dos años y hacer esto que se convierta en las metas. No hacer como hizo UNICEF de crear el hospital de los amigos, de las madres, de los niños con un indicador de por vida, el cual no funciona, sino hay que hacerlo permanentemente.

Dr. ACOSTA

El mensaje o reflexión final como Ministerio de Salud es de optimismo y del amor por el mañana, debemos centrarnos en que estamos construyendo un proceso de cambio que requiere el esfuerzo de muchas personas, porque tenemos que involucrar a



segmentos con quienes nunca habíamos trabajado. El ejemplo que se ha preconizado en la institucionalidad del Ministerio a través de sus ministros, ha sido un esfuerzo importante por generar reformas que se nos negaron mucho antes. El ministro de Salud está dejando en nosotros las semillas para los que puedan continuar hacia adelante con un compromiso de cambio que se está generando. No es fácil, definitivamente.

Valoro mucho el esfuerzo y la posición que siempre nuestro maestro el Dr. Sánchez Moreno ha tenido. Permítanme hacer alusión a ello, pero es necesario que tengamos una visión crítica del sistema, para que podamos generar el salto que nos obligue a hacer el cambio y ahí es un tema político muy fuerte, que va a requerir no solamente el cambio de la institucionalidad dentro del sistema gubernamental peruano sino también un remodelamiento del Ministerio de Salud que queremos para el futuro, porque el actual modelo es de la década pasada.

#### CLAUSURA DE LA SESIÓN CONJUNTA

Dr. FAUSTO GARMENDIA LORENA  
Presidente de la Academia  
Nacional de Medicina

La Academia Peruana de Salud en la persona de la Dra. Nelly Gálvez de Llaque ha permitido tener esta reunión tan importante. Agradecemos al Dr. Ciro Maguiña por la moderación, y agradecemos y felicitamos a los ponentes que han tocado temas importantes. El derecho a la salud es un tema que ha sido señalado desde la Declaración Universal de los Derechos Humanos y está inserto en la Constitución Política del Perú en el artículo 7º, donde se señala la necesidad de que todos los ciudadanos deban tener acceso a la salud y eso es hacer todo un precepto que, evidentemente, no se lleva a cabo, no se concreta y hay un sector importante que no tiene acceso a la salud por los problemas de desigualdad económica y cultural.

Señalaré algunas cosas que nos preocupan. El financiamiento del aseguramiento, pese a las buenas intenciones que existe, nos hace pensar que tiene que ser bien estructurado para que sea real, porque aún en los sistemas que han funcionado adecuadamente

existen factores que pueden significar un riesgo para el financiamiento, uno de ellos es el incremento y envejecimiento de la población, con las enfermedades crónicas que esta población de mayor edad tiene; asimismo el incremento de la tecnología que trae una serie de procedimientos mayores y que son de mayor costo. Por lo tanto, hay que tomar en consideración todos esos aspectos para que el financiamiento sea eficaz y no resulte que luego no exista dinero para realizarlo.

También nos preocupa el hecho de la gran fragmentación del sector Salud donde hay componentes que son impenetrables como ESSALUD, que tiene una autonomía tal que hace que no pueda integrarse. Tiene dispositivos legales que permiten todo esto, parece una entidad ajena a todo el problema y también nos preocupa que una parte importante de su financiamiento lo orientan hacia la construcción de nuevos hospitales y con un sector burocrático muy amplio. Evidentemente, son factores económicos que podrían ser orientados a la atención de los pacientes, inclusive para aquellas enfermedades de alto costo; en este momento se han dado disposiciones que señalan que hay limitaciones de financiamiento, habiendo pacientes que necesitan ese tipo de atención.

Hemos escuchado con mucho interés el aspecto de la capacitación, que no solamente debe estar en el rango de los profesionales de la salud sino de la comunidad en general. Hace 10 días hemos tenido una experiencia muy agradable en el distrito de Combapata de la provincia de Canchis, departamento del Cusco, donde a propósito de un tema que es la lucha contra la violencia, fuimos a observar qué impacto había tenido nuestro programa de capacitación de los profesionales de la salud para la atención de las víctimas de la violencia y nos encontramos con algo que nos llamó mucho la atención, y es que los operadores políticos han formado una mesa de concertación para la atención de niños, adolescentes, la mujer, etc., donde participa como presidenta una licenciada de la red de Educación, pero que además está conformada por el representante del sector Salud, el representante de la Policía, del gobernador, del fiscal, etc., que les permite hacer programas donde ven no solo el aspecto de lucha contra la violencia sino además

la atención de la desnutrición infantil, emergencias y desastres, capacitación e inclusive han incorporado en el presupuesto municipal dinero para esto. Por lo tanto, creo que hay que llegar a los pueblos y darles los insumos, capacitarlos y ellos se van a organizar y Combapata no es el único ejemplo. Un distrito más alejado, como es Pitumarca, con una economía menor, se está organizando perfectamente y está luchando contra el alcoholismo que es uno de los problemas que lleva hacia la violencia; entonces, creo que se deben modificar los sistemas de elaboración de los programas.

No dudo de la buena intención y de los programas que necesita el país; por ejemplo en la descentralización política, en la descentralización de los servicios de salud que entiendo es el sector donde más se ha avanzado, pero en tanto nosotros no capacitamos a los que van a ser los participantes operativos, probablemente, se va a quedar en buena intención y no se va a llegar a hacer la modificación. Creo que hay que cambiar la estrategia de capacitación para llegar al núcleo y ese núcleo muchas veces nos está dando la lección como la que acabo de mencionar. Hace tiempo que estamos señalando la descentralización de los recursos humanos especializados y en relación a la salud mental, es cierto que la cantidad de psiquiatras que hay en Ayacucho, por ejemplo –que es donde hubo la violencia política– es uno solo, en el Cusco hay tres y no todos trabajan atendiendo pacientes; este es un problema real que lo tenemos que manejar.

Se ha señalado los problemas con nuestros colegas médicos, que su comportamiento muchas veces desde la forma como deberían actuar en los establecimientos públicos y en la práctica privada; es cierto, no se puede

desmentir y eso está vinculado a muchos aspectos, uno de ellos es la pérdida de liderazgo. Acaso no recordamos a nuestros grandes maestros que dieron grandes ejemplos de solidaridad, de desprendimiento y no estar en el afán inmedatista de obtener determinados logros económicos.

El otro factor es, efectivamente, la proliferación inorgánica de facultades de medicina, eso se debe al Decreto Legislativo N° 882 que nadie lo puede mover, que da facultades a las universidades privadas para que puedan hacer inversiones en ese sentido. Eso está trayendo una serie de problemas, entre ellos probablemente no se preparan adecuadamente en su formación profesional más allá de sus conocimientos; acaso no somos testigos que en los hospitales importantes que tienen vinculación universitaria, un mismo profesional enseña en tres o cuatro facultades de medicina. ¿Eso se puede permitir? Acaso las instituciones que lo permiten deberían tomar en cuenta que no es ético y deberían evitarlo. Hay algo que no se ha tocado: ¿qué va a pasar con la municipalización de la salud?; lo que nos lleva a preguntar: ¿cuál es el papel de los Hospitales de la Solidaridad?

Hay que proseguir en el debate de estos temas, por lo que invito a las academias, al representante del Ministerio de Salud y al decano del Colegio Médico del Perú a proseguir en la discusión y para que, formando grupos de trabajo, continuemos en esta perspectiva. Los invito también a que coordinemos esfuerzos para que en una reunión conjunta de academias, invitemos a los candidatos a la Presidencia de la República a fin de que expongan sus planes de gobierno acerca de la salud.

Agradeciendo vuestra asistencia, se levanta la Sesión Conjunta.

