



### PERIODO DE GOBIERNO 2011-2016 EN SALUD

#### Análisis y Propuestas

COLOQUIO DESARROLLADO EL 14 DE JUNIO EN LA SEDE DE LA FEDERACION MEDICA PERUANA

#### 1. ANALISIS DE SITUACION

**La mayoría de la población peruana sigue injustamente excluida del derecho humano fundamental a la salud porque carece de un seguro de salud efectivo.**

Subsiste en las últimas décadas un gran retraso en nuestros indicadores de salud, que ha llevado al Perú desde el nivel medio de las naciones de América del

Sur a mediados del siglo XX, a ocupar los últimos lugares en el siglo XXI. Y según las últimas cifras publicadas por la OMS –correspondientes al año 2007– mientras en América del Sur el gasto nacional anual *per cápita* en salud fue de 377 dólares corrientes, en el Perú fue de solo 160 dólares, es decir el 42,4% del promedio de todos los países.



Inicio del XV Coloquio Académico de la Academia Peruana de salud.

Explican tan insatisfactoria y crónica situación, entre otros factores:

**1.1. La falta de una moderna Política de Estado en Salud**, con vaivenes reiterados en los últimos 33 años **para el desarrollo coordinado del sistema nacional descentralizado de salud**, que determinaron una **discontinuidad paralizante**.

El Perú creó su primer sistema nacional de salud en 1978 por D. Ley N° 22365, antes de la aprobación de las reformas de salud en Chile (1980), Brasil (1990) y Colombia (1993), hoy todas desarrolladas y vigentes. Sin embargo, en nuestro país las contradicciones de las sucesivas políticas de salud en los años 80, la intervención financiera externa en los años 90 orientada al mercado y los escasos avances en el nuevo siglo por las cambiantes políticas de salud, dieron como resultado que *–en más de tres decenios–* el sistema haya desarrollado menos del 10% de lo previsto, y que se debilitaran la rectoría y la seguridad social en salud por privilegiarse el modelo neoliberal en desmedro del desarrollo humano.

**1.2. La ausencia de un proceso debidamente financiado de aseguramiento universal solidario en salud.**

Hubo omisión en diseñar y desarrollar un **financiamiento contributivo factible de los trabajadores formales e informales**, vacío agravado con la supresión populista de los aportes al seguro social sobre las gratificaciones, cuya vigencia desde 2009 ha sido prorrogada por el Congreso de la República hasta el 2014 causando severo daño financiero. Agréguese que el **financiamiento impositivo o subsidiado** ha sido escaso, inestable y carente de toda prioridad política, como lo ratificó en febrero de 2011 la disminución por el gobierno de una parte significativa de los impuestos IGV e ITF, configurando una decepcionante pérdida de oportunidad para la salud.

**1.3. La profunda y permanente brecha entre el discurso político y la realidad**, que determina la pérdida de toda credibilidad en las gestiones.

Este atraso es inaceptable desde el 2003 en el Perú, porque desde entonces existe evidente factibilidad para desarrollar un real y rápido proceso de aseguramiento universal solidario en salud, con decisión política, diseño moderno, estudios actuariales periódicos de calidad y participación pública y privada.

La situación económica y financiera de las naciones exportadoras de materias primas –como es el caso de nuestro país– ha mejorado ostensiblemente debido principalmente a que los precios de sus productos han aumentado 400% en promedio desde el 2003, impulsados por la enorme demanda de China, India, Rusia, Brasil (países BRIC) y otras naciones que lideran el crecimiento mundial en el siglo XXI, cuyo PBI viene aumentando en algunos casos entre 7 y 10% anual desde hace 30 años. Si bien los dos últimos gobiernos peruanos participaron exitosamente en este proceso económico mundial *–contribuyendo con acierto al incremento sustancial de nuestro PBI–* no dieron prioridad a indispensables decisiones políticas inclusivas dirigidas a reducir la desigualdad social.

## 2. PLAN DE GOBIERNO 2011-2016 EN SALUD

El **Plan de Gobierno de Gana Perú** tiene elementos muy positivos para avanzar hacia el **derecho fundamental a la salud y la inclusión social** con base en los principios de **equidad, solidaridad y universalidad**, que son asimismo el fundamento estatutario y ético de la Academia Peruana de Salud. Sin embargo, el plan contiene también aspectos muy negativos en **aseguramiento y sistema nacional de salud**.

En **aseguramiento**, por un incomprensible viraje hacia el **régimen subsidiado impositivo** a cargo del Estado, que implica un nuevo debilitamiento del **régimen contributivo** con riesgo de su desaparición. El depender la salud únicamente del presupuesto público, **generaría inestabilidad financiera indefinida** por las **inevitables contingencias políticas y económicas**.

De otro lado, el Plan de Gobierno menciona que el **sistema nacional de salud** será **inicialmente coordinado y después integrado**, donde el

Ministerio de Salud sea **administrador único de fondos**. Acoge así una negativa y antigua política estatista e **inconstitucional**, de consecuencias imprevisibles. **El Artículo 12° de la Carta Magna establece que: «Los fondos y las reservas de la seguridad social son intangibles. Los recursos se aplican en la forma y bajo la responsabilidad que señala la ley.»**

Es muy claro que una fusión o administración estatista de fondos llevaría al *deterioro* del Seguro Social de Salud y de la atención en los hospitales de las Fuerzas Armadas y Policía Nacional debido a *la caída de su gasto anual per cápita*. En el caso de Essalud la referida violación constitucional equivale a una *inviabilidad expropiación de aportes y recursos intangibles*, que jamás permitirían los asegurados y derechohabientes, los pensionistas, los profesionales y trabajadores de la seguridad social e inclusive las centrales sindicales de trabajadores y pensionistas. En consecuencia, se infiere que una medida de esta naturaleza implicaría solo retrocesos y dificultades en el período quinquenal de gobierno. La Academia Peruana de Salud no la recomienda, porque equivale al contrasentido de luchar por los derechos y la inclusión social, debilitando el financiamiento y la organización de la salud. **El Perú a mediano plazo puede y debe alcanzar el aseguramiento universal solidario en salud y a largo plazo la seguridad social universal. Pero, no lo logrará con errores obvios y evitables.**

### 3. PROPUESTAS PARA EL PERIODO DE GOBIERNO 2011-2016 EN SALUD

Como espacio científico-técnico de permanente reflexión de los salubristas peruanos, la Academia aspira a que el país construya una moderna **Política de Estado en Salud**, a fin de lograr el **derecho humano fundamental a la salud** y alcanzar el **desarrollo nacional en el sector**. Dos son los **aspectos esenciales** en esta Política:

**3.1. Aseguramiento Universal Solidario en Salud (AUSS)**, obligatorio y progresivo, con financiamiento subsidiado y contributivo moderno y sustento técnico actuarial, que garanticen su permanente estabilidad económica y política.

**El financiamiento mixto contributivo y subsidiado –de importancia decisiva–** permitiría un aumento sustancial del gasto anual per cápita en salud a partir del 2012, elevándose de 160 dólares constantes de 2007 (*cifra publicada por la OMS*) a un estimado no menor el 2016 de 300 dólares (*igualmente en moneda constante del 2007*).

Un **componente estratégico fundamental** es que 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 Seguro Integral de Salud (SIS). La estrategia concertaría formas técnicas modernas de recaudación de aportes en todos los tipos de trabajo independiente e informal; y motivaría enormemente a los asegurados para incrementar sus aportes a fin de pertenecer y mantenerse en Essalud. Este proceso generaría un progresivo e importante aumento de asegurados y familiares, con las muy positivas consecuencias de un mayor financiamiento y desarrollo de la salud y el aseguramiento.

En momentos cruciales del país, **la Academia Peruana de Salud ha brindado un aporte técnico presentando el Proyecto de Ley de Aseguramiento Universal Solidario en Salud (AUSS)**, que ha sido publicado en la Revista de la Academia Peruana de Salud volumen 17 N° 2 del segundo semestre de 2010 y es accesible en el portal de la biblioteca virtual de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

**3.2. Sistema Nacional Descentralizado de Salud**, que emprenda por fin su **desarrollo coordinado integral** y cuente con evaluación técnica periódica.

La prioridad en todo sistema nacional de salud que aspire a ser eficiente, es el **desarrollo de sus cuatro funciones principales**: (1) rectoría, (2) financiamiento y recaudación, (3) prestación de servicios y (4) generación de recursos humanos y físicos; y con ellas el desarrollo de su primer nivel de atención con profesionales y técnicos calificados, infraestructura y equipamiento, y acceso a medicamentos esenciales seguros, eficaces y de calidad.

Para garantizar el éxito en el período de gobierno 2011-2016, el **primer requisito clave** es contar con una **verdadera rectoría de salud**. Para ello, en la interrelación con el Seguro Social de Salud, y sin perjuicio de la autonomía económica, financiera, presupuestal y administrativa de esta institución, se plantea en el Proyecto de Ley de Aseguramiento Universal Solidario en Salud antes mencionado que el Presidente Ejecutivo de Essalud sea designado por el Poder Ejecutivo de una terna propuesta por el Ministerio de Salud, como órgano rector del sector Salud. Siendo el Ministerio y el Seguro Social de Salud las instituciones principales del sistema, **es imprescindible asegurar las mejores condiciones para su coordinación**. Esta modificación legal debe concretarse en agosto de 2011, antes del nombramiento del nuevo Presidente Ejecutivo; de lo contrario, se perdería una oportunidad irrecuperable en el período.

#### 4. COMENTARIO FINAL

La Academia ha propuesto la creación del **Día Nacional de la Salud** como símbolo permanente del gran impulso que urge dar a la salud peruana. La iniciativa fue formulada conjuntamente con prestigiosas instituciones nacionales el 2007, **destacando los aspectos de salud pública y los valores del acto heroico de Daniel A. Carrión, que no tiene equivalente en la historia de la salud nacional**. Por ello se escogió el 13 de agosto, día del nacimiento del mártir y héroe civil, cuya conmemoración pionera vienen realizando anualmente las instituciones desde entonces.

Daniel A. Carrión entregó su vida cuando investigaba un milenar problema de salud pública que afectaba severamente a la población nacional: la endemia de verruga peruana. El objeto de la investigación fue afrontar decididamente esta enfermedad transmisible, en la que había una clara relación entre la exposición laboral de quienes estaban construyendo la vía del ferrocarril central y el riesgo a enfermar y morir; vale decir –con los conocimientos actuales– que la investigación abordaba en el Perú un gravísimo riesgo en la salud ocupacional.

**El Día Nacional de la Salud constituirá una oportunidad inigualable** para promover anualmente en

el país el conocimiento, la cultura sanitaria e **importantes acciones concertadas** a fin de **mejorar progresivamente el cuidado integral de la salud de nuestra población, con énfasis en los lugares más desprotegidos**. En cada una de las regiones del Perú se construiría la tradición de organizar actividades de salud, como por ejemplo: sobre alimentación y nutrición, promoción de la salud, enfermedades transmisibles, vacunaciones, salud materno infantil y del adolescente, cuidados del adulto mayor, salud visual, salud mental, preparación para emergencias y desastres y, por supuesto, sobre cómo avanzar y lograr un verdadero y efectivo aseguramiento universal solidario en salud.

**Celebremos el primer Día Nacional de la Salud el 2012, dedicado al impulso del Aseguramiento Universal Solidario en Salud, como un gran compromiso de todos los peruanos**. Con este símbolo se efectuaría una **campana masiva y permanente** de difusión, educación y promoción de la cultura de aseguramiento solidario en salud por televisión, radio y otros medios, haciendo énfasis en sus inmensas ventajas.

**Es un hecho que el Perú está construyendo una economía sólida y creciente, que si continuara conduciéndose de manera adecuada, la salud podría lograr un cambio integral hacia el desarrollo, teniendo como ejes el derecho humano y el aseguramiento universal solidario efectivo**. Para ello debe quedar muy claro a todos, en especial al nuevo Gobierno y a los miembros del Congreso de la República entrante, que **no habrá derecho humano a la salud ni aseguramiento efectivo en el Perú mientras el gasto nacional anual per cápita en salud no sea superior al promedio de América del Sur**.

Mantengamos la esperanza de que en el período 2011-2016, **con el legítimo legado del liderazgo histórico que nuestra cultura nativa ejerció en el territorio de América del Sur hace 500 años, podamos todos realizar un proceso nacional concertado de unión y desarrollo en salud y aseguramiento hacia el 2021, año del bicentenario de nuestra independencia**.

**Consejo Directivo**

## Referencias

1. Plan de Gobierno 2011-2016 de Gana Perú en Salud.
2. Proyecto de Ley de Aseguramiento Universal Solidario en Salud de la Academia, dic. 2010.
3. Enciclopedia «Historia de la Salud en el Perú» de la Academia Peruana de Salud en 22 vols. al 2006, principalmente Título VI, Capítulo I. Sistema nacional de salud, creación y reformas; vol. 6.
4. Revista de la Academia Peruana de Salud, vols. 2004 al 2010, con artículos sobre sistema nacional de salud, aseguramiento, primer nivel de atención y creación del Día Nacional de la Salud.
5. Memoria del Consejo Directivo de la Academia Peruana de Salud, mar. 2011.



Los académicos y académicas en un intenso coloquio.

## DIÁLOGO ACADÉMICO

**Dr. ERNESTO RÍOS MONTENEGRO, *Moderador***  
**Presidente de la Academia Peruana de Salud**

Iniciamos el diálogo del XV Coloquio Académico en el que vamos a confrontar ideas y recibir aportes al documento presentado por el Consejo Directivo sobre la nueva etapa de gobierno.

**Dr. FRANCISCO SÁNCHEZ MORENO RAMOS**

El documento es producto de un proceso definido por el Consejo Directivo del 12 de mayo último que resumiremos. En diciembre de 2010, con motivo de la sesión con la Academia Nacional de Medicina, iniciamos un trabajo conjunto para realizar un foro sobre los planes de gobierno de los partidos y grupos políticos para el periodo de gobierno 2011-2016. Por motivos que ustedes conocen, el evento que



organizábamos cuatro instituciones, finalmente fue cancelado. Esta cancelación implicó un vacío sin precedentes en relación con los foros que había realizado la Academia Peruana de Salud en todos los procesos electorales nacionales desde 1995. Para resolverlo y poder analizar y proponer lo mejor para el país en salud, se acordó realizar el XV Coloquio y otras actividades y acciones en marcha.

Con los resultados de este evento e incluyendo el Proyecto de Ley de Aseguramiento Universal Solidario en Salud (AUSS) que nuestra institución aprobó en diciembre pasado, la Academia dirigirá una carta al Presidente Constitucional de la República electo señor Ollanta Humala Tasso. Copia de ella se enviará oportunamente al nuevo Presidente del Congreso de la República y a los congresistas elegidos, al Ministro de Salud y al Presidente Ejecutivo de Essalud.

**Dr. MANUEL FERNÁNDEZ IBARGUEN**

El documento recoge claramente lo que pensamos y estoy de acuerdo con él.

**Dr. MAXIMILIANO CÁRDENAS DÍAZ**

Concuerdo con el documento, sin embargo en las últimas líneas del punto 1.1 en relación con el sistema nacional de salud tiene una versión cuantitativa que dice: «se ha desarrollado menos el 10% de lo previsto», que es como si se hubiera logrado medir. Tal vez sería mejor una forma cualitativa.

**Dr. FRANCISCO SÁNCHEZ MORENO RAMOS**

El documento contiene referencias bibliográficas y en este caso es la *Revista de la Academia Peruana de Salud*, vol. 16 N° 2, p. 23 y 24, del segundo semestre de 2009. Es un estimado que se elaboró y presentó con motivo de una reunión pública de evaluación convocada por el Dr. Luis Flores Paredes de la Secretaría de Coordinación del Consejo Nacional de Salud. Puedo asegurar que el promedio es menos de 10% y que varias actividades previstas continúan en cero, como son los lamentables casos de las evaluaciones periódicas del sistema, de los estudios actuariales periódicos del aseguramiento, y otros. Es responsabilidad del propio Consejo Nacional de Salud y de la rectoría que en nueve años

no haya una sola evaluación oficial de todo el sistema nacional y regional de salud. Para que por fin esto pueda cambiar hay que decirlo. Se puede también preguntar: ¿Cuántos representantes del Colegio Médico del Perú presiden los consejos provinciales de salud como dispone la Ley N° 27813? Ojalá llegaran siquiera a 5%. ¿Cuántos consejos provinciales funcionan? El nuevo gobierno deberá informar.

**Dr. MAXIMILIANO CÁRDENAS DÍAZ**

Mi atingencia es exclusivamente de forma, porque estoy de acuerdo que en lo sustancial no se ha avanzado y acepto los argumentos.

**C.P.C. MOISÉS ACUÑA DÍAZ**

En el punto 1.2 la palabra devolución de impuestos significa que se ha devuelto el dinero, sugiero que se sustituya por disminución. En las dos últimas líneas del primer párrafo 3.1 dice: «elevándose de 160 dólares constantes de 2007 (*cifra publicada por la OMS*) a un estimado no menor de 300 dólares constantes el 2016.» Debe precisarse mejor lo del dólar constante.

Estoy de acuerdo con el documento, pero creo que es insuficiente, todo lo que se ha descrito sobre economía se basa en las exportaciones de materias primas, es economía primaria, y los precios externos son sujetos a vulnerabilidad, en cualquier momento se caen y el Perú no tiene manejo sobre ello. La actividad económica debe estar orientada a incrementar procesos que incluyan mayor valor agregado, con el consiguiente incremento del producto bruto interno, crecimiento de la fuerza laboral que asegure el incremento de las contribuciones y el fortalecimiento de la seguridad social. Es un factor importante, porque si nos quedamos con la economía primaria no vamos a alcanzar el desarrollo del país.

**Dr. ERNESTO RÍOS MONTENEGRO**

Es un hecho que el crecimiento del PBI, que proviene de las materias primas y cualquier otra fuente, ha permitido que el país haya crecido de forma sostenida y constante durante todo este período; podríamos agregar lo que usted dice y muchas cosas más y desarrollar ese tema, pero no es el propósito del documento. El país sigue creciendo, liderando a otros



Se aprecia un sector del auditorio, el cual estuvo completo en el XV coloquio.

países de Latino-américa, pero esto no se refleja en el mejoramiento de los servicios de salud. Ese es el concepto, lo demás sería distraer el objetivo del documento.

**Dr. FRANCISCO SÁNCHEZ MORENO RAMOS**

Las sugerencias del profesor Acuña en cuanto a una mejor redacción son conformes. Sin embargo, la discrepancia es total en el caso de las exportaciones de materias primas y no cabe tratarlo por una razón institucional: ya fue abordado en el XIV Coloquio Académico de noviembre de 2010 por él mismo y una gran mayoría lo desestimó en votación, por lo que no figura en las conclusiones de dicho evento (*Revista de la Academia Peruana de Salud vol. 17 N° 2, p. 15-18*).

**Dr. MAXIMILIANO CÁRDENAS DÍAZ**

Tengo una observación de fondo y llamo la atención en el punto 2 párrafo 3 que menciona que «el sistema nacional de salud será inicialmente coordinado y después integrado, donde el Ministerio de Salud sea

administrador único de fondos.» En el proyecto de ley de aseguramiento universal de la Academia se alude que a largo plazo habrá una integración, porque no hay otra manera de concebir un sistema de salud moderno y desarrollado que no sea integrado. El factor que va a decidir la integración es el financiamiento; mientras el MINSA y las FF.AA. tengan un financiamiento distante del Seguro Social es perjudicial la integración, porque debilita el Seguro Social. Pero cuando el financiamiento sea mayor se va a llegar a la integración. El Plan de Gobierno de Gana Perú menciona «inicialmente coordinado» y le falta poner a largo plazo cuando las condiciones se den; pero no se puede criticar que a largo plazo la integración es una meta. La Seguridad Social debe tener un fondo único o fondos distintos, pero que funcionen bajo las mismas reglas.

**Dr. ERNESTO RÍOS MONTENEGRO**

El Plan de Gobierno de Gana Perú dice que el Ministerio de Salud será el administrador único de fondos.

**Dr. FRANCISCO SÁNCHEZ MORENO RAMOS**

En el Perú estamos mal en salud y debe ser una obligación salir de esta situación. En la historia reciente se registran tres intentos negativos de integración: 1985 siendo ministro el Dr. David Tejada denominada «integración funcional», 2008 en la gestión ministerial del Econ. Hernán Garrido Lecca y por último el intento en diciembre de 2010 del Consejo Nacional de Salud y su Secretaria de Coordinación con el actual ministro Dr. Óscar Ugarte. Es un trauma interminable y perjudicial de dos posiciones encontradas que surgieron en el Perú en 1974 en el gobierno de Juan Velasco Alvarado. Y la izquierda sigue insistiendo en la absurda y centenaria integración, que tampoco es compatible con la actividad privada. El nuevo gobierno elegido tiene dos posibilidades: insistir en el fracaso conocido de la integración con fondo único o propender a una verdadera concertación nacional con un sistema nacional coordinado hacia el aseguramiento universal. En la Academia queremos concertar y construir juntos, primero el aseguramiento universal solidario en salud y luego la seguridad social para todos.

**Dr. MAXIMILIANO CÁRDENAS DÍAZ**

Deseo expresar mi acuerdo en concertar y asímis-

mo mi apoyo para formalizar el Día Nacional de la Salud.

**Dr. JORGE VILLENA PIEROLA**

Convencido estoy de la histórica sesión de este XV Coloquio Académico. Tiene mucho significado histórico porque va a ser la luz para el nuevo gobierno, que deberá cumplir con sus promesas para satisfacer las necesidades del país, y la salud es la primera necesidad. Celebremos este coloquio histórico, que en este lugar enorgullece a los médicos cesantes.

**Dr. FRANCISCO SÁNCHEZ MORENO RAMOS**

Tiene asimismo un significado institucional inmenso porque la Academia nació hace casi 18 años en este local, gracias en aquella época a la cordial invitación de la presidencia de la Federación Médica Peruana que ejercía el Dr. Max Cárdenas Díaz. Aquí se firmó el acta de fundación y estuvimos nuestros primeros cinco años.

**Dr. ERNESTO RÍOS MONTENEGRO**

Es sumamente grato haber participado en este muy importante evento. Doy por concluido este histórico XV Coloquio Académico.

## **ASAMBLEA GENERAL EXTRAORDINARIA: ALTERNATIVA DE DIALOGO CON EL NUEVO GOBIERNO**

Luego de considerar la propuesta del Consejo Directivo, la Asamblea General Extraordinaria reunida el 23 de junio de 2011, con relación al nuevo Gobierno y Congreso de la República, acordó por unanimidad aprobar dos posibilidades que se plantearán oportunamente:

(1) De diálogo en salud para una colaboración que esté condicionada al pleno respeto de la finalidad y principios institucionales, y en especial del sistema nacional coordinado y descentralizado de salud y del fortalecimiento del régimen contributivo para el aseguramiento universal en salud; y,

(2) De un Pronunciamiento, con base en el documento aprobado en el XV Coloquio Académico.

En ambos casos se planteará la aprobación de una moderna Política de Estado en Salud a fin de lograr el derecho a la salud y alcanzar el desarrollo nacional en el sector. Dos son los aspectos esenciales en esta política: el Sistema Nacional Descentralizado de Salud, que emprenda por fin su desarrollo coordinado y cuente con evaluación técnica periódica, y el aseguramiento universal solidario, financiado, efectivo, obligatorio y progresivo en salud.