

OPINIONES TÉCNICAS

SALUD: 23 DECRETOS LEGISLATIVOS (LEY N° 30073)

La Ley N° 30073 delegó en el Poder Ejecutivo la facultad de legislar en materia de salud y fortalecimiento del sector salud en el marco de la Constitución Política. Se promulgaron un total de veintitrés decretos legislativos. La Carta Magna determina, en su artículo 55 y la cuarta disposición final, que las normas relativas a los derechos que la Constitución reconoce se interpretan de conformidad con la Declaración Universal de Derechos Humanos y los tratados y acuerdos internacionales ratificados por el Perú. La Declaración Universal de los Derechos Humanos, aprobada y proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948, garantiza el derecho a la salud y al bienestar (Art. 25°) y el derecho a la seguridad social (Art. 22°).

El ritmo de desarrollo en salud que siguieron las naciones de América del Sur se perdió en el Perú desde los años 70 del siglo XX y el país quedó en los últimos lugares. El crecimiento económico que se tiene desde inicios del siglo XXI debió impulsar después el desarrollo social en el Perú, principalmente en educación y salud, pero no ha ocurrido. La insatisfactoria realidad nacional de salud en gran parte es consecuencia de no existir política de Estado, con los resultantes vaivenes debidos a las distintas y débiles políticas de cada gobierno. Esto implica una diferencia enorme con los países que desarrollan.

Los 23 decretos legislativos, elaborados en un proceso no participativo, eluden los mayores problemas de salud y contienen muy limitados avances, sea porque debido a una prolongada influencia externa dan muchísimo más importancia al mercado que al derecho fundamental a la salud o por el predominio de aspectos reglamentarios y administrativos sobre las normas y políticas propias de una verdadera reforma de salud.

LOS DECRETOS LEGISLATIVOS

I. Área: MINISTERIO DE SALUD

La ausencia total de pre publicaciones no per-

mitió conocer el proceso normativo.

D. Leg. N° 1161 - Aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud

El decreto legislativo crea dos despachos vice ministeriales, uno de salud pública y otro de prestaciones y aseguramiento en salud (Art. 9°). Esto no implica un avance, como fue comprobado con el Decreto Legislativo N° 351 (Ley Orgánica del Sector Salud) de octubre de 1985, que generó duplicaciones e ineficacias en salud al crear dos despachos vice ministeriales y quebrar la unidad de gestión y la armonía entre las direcciones del Ministerio. En 1990 el mismo gobierno que los creó tuvo que suprimirlos.

De otro lado, con el Reglamento de Organización y Funciones, cuyo proyecto según la Primera Disposición Complementaria Transitoria será presentado recién dentro de 180 días, se modificará la totalidad de la estructura y organización del Ministerio, aún normada por la Ley N° 27657 (Ley del Ministerio de Salud). Con esto, a diferencia de los otros sectores, se privará a la estructura del sector salud del nivel de Ley que le corresponde, creando inestabilidad.

Entre los escasos avances está la reactivación tardía, después de 20 años, de la Escuela Nacional de Salud Pública (Cuarta Disposición Complementaria Final), teniendo un panorama difuso a nivel nacional por el número elevado de facultades y escuelas profesionales. Además, con el influjo neoliberal externo de estas dos décadas, para poder consolidar un centro educacional acreditado deberá afrontar un proceso complejo.

D. Leg. N° 1167 - Crea el Instituto de Gestión de Servicios de Salud

La creación innecesaria y burocrática de este instituto (IGSS), para la gestión autónoma de prestaciones de salud, duplica los riesgos de complejidades y desarmonías ya señalados en el Decreto Legislativo N° 1161 por la creación de dos vice

ministerios. Más aún, si realmente quiere lograrse el aseguramiento social universal y disminuir progresivamente la segmentación del sistema de salud, debe propenderse a una similitud gradual entre el Seguro Integral de Salud (SIS) y el Seguro Social de Salud (ESSALUD). En este sentido, la mejor solución para la gestión autónoma de las prestaciones es, sin duda, el desarrollo cabal que debe normarse para el SIS, a fin de que pueda cumplir, conforme crece el financiamiento subsidiado y contributivo, la función de gestión de prestaciones de manera similar a la que corresponde a ESSALUD por ley desde 1935. Un seguro de salud como el SIS tiene que tener autonomía. Si depende del MINSA no es un seguro, es un programa. ¡Pero se ha entregado la autonomía y la gestión al innecesario IGSS! Un gran error.

II. Área: SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Los decretos legislativos no abordan los principales problemas del sistema nacional de salud a fin de lograr eficiencia en su desempeño coordinado. Por el contrario, luego de severa inestabilidad durante tres décadas, ha sido profundizada la rectoría involutiva sometida a la prioridad del mercado, ahora más debilitada en el Consejo Directivo de la Superintendencia Nacional de Salud (ver Decreto Legislativo N° 1158).

Es conocido que un Consejo Nacional de Salud equivale al sistema nervioso central y la columna vertebral del sistema nacional de salud. Lo propio ocurre con los Consejos Regionales de Salud en los sistemas regionales y los Consejos Provinciales de Salud en los sistemas provinciales. Pero, no obstante las severas y diversas deficiencias existentes, no se ha dado norma alguna para el mejor desempeño coordinado.

Tampoco se ha normado la evaluación del sistema. Cabe preguntar entonces: ¿cuál es el motivo o motivos por los que se evita dar normas para evaluarlo técnicamente, como lo hacen desde el año 2000 los países desarrollados y la Organización Mundial de la Salud con los sistemas nacionales de salud? Son vacíos inaceptables.

D. Leg. N° 1154 - Autoriza los servicios complementarios en salud

Autorización que abunda en normas reglamentarias y administrativas. No implica reforma.

D. Leg. N° 1155 - Dicta medidas destinadas a mejorar la calidad del servicio y declara de interés público el mantenimiento de la infraestructura y el equipamiento en los establecimientos de salud

Medidas predominantemente reglamentarias y administrativas que no implican reforma.

D. Leg. N° 1156 - Dicta medidas destinadas a garantizar el servicio público de salud en los casos que exista un riesgo elevado o daño a la salud y la vida de las poblaciones

Medidas predominantemente reglamentarias y administrativas que no implican reforma.

D. Leg. N° 1157 - Aprueba la modernización de la gestión de la inversión pública en salud

Mecanismos e instrumentos de concertación, coordinación, planeamiento e inversiones, predominantemente reglamentarios y administrativos que no implican reforma.

D. Leg. N° 1159 - Aprueba disposiciones para la implementación y desarrollo del intercambio prestacional en el Sector Público

Se trata de disposiciones predominantemente reglamentarias y administrativas para la compra-venta de servicios de salud entre instituciones públicas, que no implican reforma.

D. Leg. N° 1166 - Aprueba la conformación y funcionamiento de las Redes Integradas de Atención Primaria de Salud

Un limitado avance es la conformación de las redes integradas de atención primaria, cuyo funcionamiento requiere de rectoría de salud moderna, financiación efectiva y articulación eficiente, que no existen. La articulación depende a su vez de coordinaciones eficientes en el Consejo Nacional de Salud y los Consejos Regionales y Provinciales de Salud, muy lejanas aún. Mientras el sistema nacional de salud continúe sin mejorar su desempeño coordinado y articulado, sin tener verdadera capacidad resolutoria y sin ser evaluado, es definitivo que no

podrá articular con eficacia las acciones de salud en redes integradas.

D. Leg. N° 1168 - Dicta medidas destinadas a mejorar la atención de la salud a través del desarrollo y transferencia de las tecnologías sanitarias

Medidas predominantemente reglamentarias y administrativas, que no implican reforma.

III. Área: ASEGURAMIENTO EN SALUD

Los decretos legislativos eluden hacer referencia a la carencia de financiación efectiva del aseguramiento en salud que significa la Ley N° 29344 del 2009, lo cual prolonga y profundiza la inequidad y la exclusión, por lo que dos tercios de peruanos seguirán sin acceso a la atención integral de salud:

- a) Más del 20% no está asegurado;
- b) Al seguro social solo aporta el 25% de la población ocupada;
- c) El Seguro Integral de Salud (SIS) tuvo apenas un gasto *per cápita* de 35 dólares el año 2012 (para 42% de la población), mientras en ESSALUD fue 196 dólares (30% de la población peruana) y en las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) 542 dólares (para 1,7% de la población);
- d) Según reciente informe de la Organización Mundial de la Salud, el 2010 el gasto *per cápita* en salud fue 933 dólares en Chile, 720 en Venezuela y 258 dólares en el Perú, incluyendo el gasto «de bolsillo». Una diferencia enorme, que impide el aseguramiento.

La persistencia de este penoso atraso, que afecta a la población y al desarrollo nacional igual como ocurre en el sector educación, no tiene motivo válido.

En los decretos legislativos se evade toda mención de las cifras del financiamiento insuficiente y en especial del bajísimo gasto en salud *per cápita* anual de 35 dólares en el Seguro Integral de Salud. Tampoco el Ministerio de Salud ha dado respuesta a los pedidos de información sobre las cifras oficiales del gasto anual *per cápita* en salud y asegu-

ramiento de la totalidad de instituciones, a lo cual está obligado por la Ley N° 27806 de Transparencia y Acceso a la Información Pública. Una de las consecuencias más negativas de este ocultamiento es que en ninguno de los decretos legislativos se trata los problemas cardinales del aseguramiento en salud, ni existe cambio importante alguno para una reforma verdadera en esta área social tan crucial.

En cuanto a la participación privada en el aseguramiento en salud, es evidente que tiene que ser complementaria al aseguramiento público y de ninguna manera alternativa neoliberal, como se promueve con las instituciones privadas administradoras de fondos de aseguramiento en salud (Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud – IAFAS privadas), porque violan el principio de solidaridad, debilitan el aseguramiento nacional e impiden la universalización del derecho a la salud.

No debe confundirse la participación privada alternativa en el aseguramiento en salud con la participación de las asociaciones público-privadas que estableció en 2008 el Decreto Legislativo N° 1012, Ley Marco de Asociaciones Público-Privadas, las cuales solamente pueden realizarse con transparencia plena y oportuna en todas sus etapas, y de acuerdo a la Ley N° 27806 de Transparencia y Acceso a la Información Pública.

D. Leg. N° 1158 - Dispone medidas destinadas al fortalecimiento y cambio de denominación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud

El decreto legislativo cambia la denominación a Superintendencia Nacional de Salud, entidad introducida a fines del siglo XX con la reforma de mercado traída por la banca internacional y que desde su creación promueve el mercado de seguros de salud. En consecuencia, sus acciones principales se dirigen a un porcentaje minoritario de la población peruana atendido por empresas de seguros que predominan en Lima y las grandes ciudades, lo cual profundiza las inequidades y la exclusión especialmente en las poblaciones de las áreas periféricas y rurales de menor desarrollo.

Adicionalmente, el Art. 18° debilita aún más la

rectoría del Ministerio de Salud, al dejarlo en minoría absoluta en el Consejo Directivo de la Superintendencia Nacional de Salud (dos de siete miembros). Queda así implícito, que parte importante de la rectoría de salud es compartida con el sector Economía y Finanzas.

D. Leg. N° 1160 - Modifica el porcentaje que debe pagar el Seguro Social de Salud - ESSALUD a la Superintendencia Nacional de Aduanas y de Administración Tributaria - SUNAT por la recaudación de sus aportaciones

Disminuye condicionalmente de 1,4 a 1%, el porcentaje que paga ESSALUD a SUNAT por la recaudación de sus aportaciones. Si la SUNAT cumple los objetivos de recaudación e indicadores de gestión recupera el 0,4% disminuido. No tiene alcance de reforma.

D. Leg. N° 1163 - Aprueba disposiciones para el fortalecimiento del Seguro Integral de Salud

En el marco del deficiente Aseguramiento Universal en Salud de la Ley N° 29344, establece medidas fundamentalmente reglamentarias y administrativas que no implican reforma.

D. Leg. N° 1164 - Establece disposiciones para la extensión de la cobertura poblacional del Seguro Integral de Salud en materia de afiliación al Régimen de Financiamiento Subsidiado

En el contexto del Régimen de Financiamiento Subsidiado del Seguro Integral de Salud, y sin incrementar el financiamiento, establece medidas predominantemente reglamentarias y administrativas que no implican reforma.

D. Leg. N° 1165 - Establece el mecanismo de «Farmacias Inclusivas» para mejorar el acceso a medicamentos esenciales a favor de los afiliados del Seguro Integral de Salud

Buscando mejorar con participación privada la dispensación de medicamentos a afiliados del Seguro Integral de Salud, sin incrementar el financiamiento, establece mecanismos predominantemente reglamentarios y administrativos. Tampoco implica reforma.

D. Leg. N° 1169 - Establece la implementación del Sistema de Comunicación por Vía Electrónica para que ESSALUD notifique los embargos en forma de retención y actos vinculados por deudas no tributarias a las empresas del Sistema Financiero

Medidas predominantemente reglamentarias y administrativas que no implican reforma.

D. Leg. N° 1170 - Establece la prelación del pago de las deudas a la seguridad social en salud

Medidas predominantemente reglamentarias y administrativas que no implican reforma.

D. Leg. N° 1171 - Modifica la Ley N° 26790 - Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud y establece la realización de estudios actuariales en el régimen contributivo de la seguridad social en salud

Medidas predominantemente reglamentarias y administrativas que no implican reforma.

D. Leg. N° 1172 - Establece medidas para cautelar el cumplimiento de las normas a la seguridad social en salud y la obligación de informar del trabajador

Para salvaguardar la economía de ESSALUD, en conocimiento del elevado porcentaje de población nacional sin seguro social ni acceso a la atención integral de salud, establece obligaciones de reembolso de prestaciones con ejecución coactiva a los no asegurados; además de otras acciones legales. Son medidas predominantemente reglamentarias y administrativas que no implican reforma.

Este decreto es el termómetro de la penosa situación de desfinanciamiento de la salud y el aseguramiento en el país, con exclusiones e inequidades no afrontadas por la denominada «reforma de salud». Será dramático, entre otros casos, para muchos no asegurados con insuficiencia renal e imperiosas necesidades de diálisis y trasplante renal.

Al respecto, se sugiere conocer y analizar los Proyectos de Ley N° 2853/2013-CR, N° 2992/2013-CR y N° 2997/2013-CR, sobre donación universal

de órganos y/o tejidos humanos, y la correspondiente opinión técnica de la Academia Peruana de Salud.

D. Leg. N° 1173 – Decreto Legislativo de las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en Salud de las Fuerzas Armadas

Adecuación de la organización interna y funcionamiento de los fondos de salud de las Fuerzas Armadas a los de una institución administradora de fondos de aseguramiento en salud.

D. Leg. N° 1174 – Ley del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú

Adecuación del Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú a la normatividad vigente.

D. Leg. N° 1175 – Ley del Régimen de Salud de la Policía Nacional del Perú

Norma y regula el régimen de salud de la Policía Nacional del Perú.

IV. Área: RECURSOS HUMANOS DE SALUD

El atraso en el sistema nacional de salud y en el aseguramiento posterga indefinidamente la consideración debida a los recursos humanos, cuya difícil situación se muestra cotidianamente en la insuficiencia de profesionales en los hospitales y distintos niveles de atención, en la migración creciente al extranjero sin retorno de 16,446 profesionales de salud en los últimos cinco años, en las deficientes condiciones del Servicio Rural y Urbano Marginal de Salud (SERUMS) y en los reiterados conflictos laborales.

D. Leg. N° 1153 - Regula la política integral de compensaciones y entregas económicas del personal de la salud al servicio del Estado

D. Leg. N° 1162 - Incorpora disposiciones al Decreto Legislativo N° 1153

Los recursos y opiniones técnicas presentados por las organizaciones profesionales deben ser atendidos.

REFLEXIONES FINALES

Emitidos los 23 decretos legislativos autorizados por la Ley N° 30073 y transcurrida la mitad del actual período de gobierno, queda muy claro que el Perú no logrará avanzar con la denominada «reforma de salud». Pero sí habrá nuevos problemas derivados de un proceso mínimamente participativo, sin resultados de valor comprobable, con nuevos errores y hasta con evidencia creciente de incumplimiento de las leyes.

El incumplimiento que más ha afectado y afectará en lo sucesivo es el que corresponde a la Ley N° 27813 del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud. Violando los artículos 5°, 9° y 11° de la Ley referentes al Consejo Nacional de Salud y los Consejos Regionales y Provinciales («... se reúnen por lo menos una vez al mes»), en todo el segundo semestre del 2013, crucial para la formulación legislativa, el Consejo Nacional, de acuerdo a las actas publicadas, solo se reunió el 4 de julio (tomó un acuerdo por escasa y cuestionada mayoría) y el 20 de agosto (sin acuerdos); y ninguna de las dos sesiones fue presidida por la ministra de Salud como dispone la Ley. Tampoco se conoció de aportes escritos o reuniones de los Consejos Regionales y Provinciales de Salud.

Este incumplimiento legal se inició el año 2004, según documentó en un informe la Secretaría de Coordinación del Consejo Nacional de Salud el 31 de enero del 2012 en el grupo de trabajo de la Comisión de Salud y Población del Congreso de la República. Constan allí las decrecientes sesiones y productividad de todos los consejos de salud a partir del 2004. Siendo estos consejos los órganos representativos plurales de participación, concertación, coordinación y articulación del sistema nacional de salud, al persistir su improductividad no puede haber en el Perú un sistema de salud con desempeño eficiente. Tan caótica situación de incumplimiento no es abordada por los decretos legislativos. Y no se argumenta que sí se reúne la Comisión Intergubernamental de Salud (CIGS), porque esta instancia pertenece al proceso de descentralización y su atribución es articular las gestiones del Ministerio de Salud y los Gobiernos Regionales en las funciones y competencias de salud transferidas.

El segundo caso de preocupante incumplimiento se refiere a la Ley N° 27806 de Transparencia y Acceso a la Información Pública. No obstante que desde hace más de cinco décadas el gasto en salud *per cápita* es un indicador esencial de la Organización Mundial de la Salud, que todas las naciones lo entregan anualmente, el Ministerio de Salud nunca lo informa al país. La Academia Peruana de Salud solicitó este informe al Ministerio con oficio N° 090-13-P/APS, entregado el 23 de julio del 2013. No hubo respuesta.

Un tercer incumplimiento legal, que es necesario conocer, es el de la Ley N° 30023, que en mayo del 2013 estableció el 13 de agosto como «Día Nacional de la Salud y del Buen Trato al Paciente». En agosto del 2013 no mereció atención ni conmemoración alguna por parte del Ministerio de Salud; ni siquiera la elemental difusión de la Ley en todo el sector salud, no obstante que la norma le encarga promover y desarrollar actividades orientadas a la protección de la salud y la calidad de la atención en el país. Tal es la realidad. Cabe preguntar ahora: ¿Desde mayo pasado, acaso el Ministerio de Salud ha coordinado algo para la debida organización el año 2014 en todo el Perú?

La nación ha perdido una oportunidad más para el progreso social. Pero el derecho fundamental a la salud continuará siendo para los peruanos un objetivo a lograr pronto, por lo que concertar una política de Estado es indispensable y es posible. En este sentido, debe precisarse que política de Estado es aquella a largo plazo que el país construye por consenso o por mayoría absoluta en un proceso democrático inobjetable. No es la que establezcan uno o dos gobiernos por mayoría simple y con insistente influencia externa.

PROPUESTA: CONCERTAR EL DESARROLLO EN SALUD

No debe seguir postergándose una reforma exitosa en salud, por lo que se invoca a todos a concertar una Política de Estado, cuyo desarrollo y estabilidad trascienda como Nación a los distintos gobiernos. La Academia Peruana de Salud ha propuesto al país: «*Que, el Congreso de la República, al tomar conocimiento de los Decretos Legislativos que autorizó por Ley N° 30073, realice un proceso*

técnico-político de perfeccionamiento concertado y democrático de las normas, y construya la Política de Estado en Salud en coordinación con la Presidencia del Consejo de Ministros».

La Política de Estado en Salud debería concretar el 2014 una Ley de Aseguramiento Social Universal en Salud: solidario, inclusivo, equitativo, ético, obligatorio, factible, moderno y progresivo, financiado con estrategias efectivas, recaudación con tecnología de última generación y una inversión mayor al promedio sudamericano. Es indispensable la incorporación contributiva de todos los trabajadores formales e informales, a fin de recaudar con equidad sus aportes a través de las ventas y servicios. Y contar con la participación complementaria del sector privado, sin seguros alternativos al seguro social porque incrementan la inequidad y la exclusión.

Las prioridades de Estado siguientes son: Alcanzar pronto el desempeño eficiente del Sistema Nacional de Salud, desarrollar su organización y funciones coordinadas y fortalecer cabalmente la rectoría, terminar con los vaivenes y evaluarlo periódicamente. Los servicios del sistema deben tener Recursos Humanos debidamente formados, capacitados y remunerados, un SERUMS moderno y adecuada infraestructura, equipos y medicamentos. Es imprescindible resolver el grave problema de las masivas migraciones sin retorno de los profesionales ocurridas en los últimos años.

Desde hace más de 12 años el Perú tiene condiciones sociales, económicas y técnicas para el desarrollo en salud y el aseguramiento social. El año 2014 habrá un nuevo escenario: La reforma de salud ha retornado a la responsabilidad legislativa del Congreso de la República. Pero no será un escenario duradero, pues el 2015 predominará el ambiente pre electoral y el 2016 habrá otro gobierno.

Lima, 26 de diciembre del 2013

Atentamente,

Dr. Marco A. Mascaró Collantes
Presidente

Dr. Francisco Sánchez Moreno Ramos
Presidente Emérito