



# Cuadernos de Debate en Salud



# Reforma de salud



**Página en blanco**

# Cuadernos de Debate en Salud

---

## ***Reforma de salud***

---



# CMP Consejo Nacional

## Consejo Nacional / Comité Ejecutivo

👤 César Alfredo Palomino Colina	Decano
👤 Jorge Armando Rubiños del Pozo	Vicedecano
👤 Carlos Luis Vela Barba	Secretario del Interior
👤 Félix Juan Calderón Carpio	Secretario del Exterior
👤 Augusto Leonel Zamora Herrera	Tesorero
👤 Irma Victoria Arias Nieto	Vocal
👤 Hernando Ismael Cevallos Flores	Vocal
👤 Maruja Elizabeth Yupari Capcha	Vocal
👤 Fernando Martín Fernández Quispe	Vocal
👤 Pablo Joel Pino Lozano	Accesitario
👤 Piero Luis Mora Munares	Accesitario

## Decanos de los Consejos Regionales

- ☉ Luis Alberto Arteaga Temoche Decano Regional I - Trujillo
- ☉ Higinio Alberto Quino Ascurra Decano Regional II - Iquitos
- ☉ Tomy Dupuy Villanueva Arequipaño Decano Regional III - Lima
- ☉ Daniel Hernán Yumpo Castañeda Decana Regional IV - Huancayo
- ☉ César Arturo Vargas Muñoz Decano Regional V - Arequipa
- ☉ Rubén Nieto Portocarrero Decano Regional VI - Cusco
- ☉ José Enrique Cruz Vílchez Decana Regional VII - Piura
- ☉ Alfonso Salvador Díaz Gálvez Decano Regional VIII - Chiclayo
- ☉ Feliciano Félix Lem Arce Decano Regional IX - Ica
- ☉ Héctor Lizardo Rodríguez Cuadros Decano Regional X - Huánuco
- ☉ Leoncio Zelada Pereyra Decana Regional XI - Huaraz
- ☉ José Alberto Revilla Urquiza Decano Regional XII - Tacna
- ☉ Hugo Percy Noriega Tuesta Decano Regional XIII - Pucallpa
- ☉ Jorge Ysaac López Tejada Decano Regional XIV - Puno
- ☉ Jorge Humberto Rodríguez Gómez Decano Regional XV - San Martín
- ☉ María Elizabeth Torrealva Cabrera Decana Regional XVI - Ayacucho
- ☉ Gustavo Orlando Cabellos Silva Decano Regional XVII - Cajamarca
- ☉ Juan Enrique Flores Beteta Decano Regional XVIII - Callao
- ☉ Guillermo Alberto Gismondi Chauca Decano Regional XIX - Chimbote
- ☉ Juan Mena Parco Decano Regional XX - Pasco
- ☉ Julio Florencio Fajardo Espinoza Decano Regional XXI - Moquegua
- ☉ José Luis Fernández Romaní Decano Regional XXII - Abancay
- ☉ Abilia Raquel Herrero Ticsé Decano Regional XXIII - Tumbes
- ☉ Jorge Luis Chumbes Pérez Decano Regional XXIV - Huancavelica
- ☉ Oscar Enrique Torres Quiroz Decano Regional XXV - Amazonas
- ☉ Jacinto Emilio Cayetano Ticona Decano Regional XXVI - Madre de Dios
- ☉ Juan José Liza Delgado Decano Regional XXVII - Lima Provincias



## **COMITÉ DIRECTIVO**

### **Director general**

**Dr. Christian Rafael Miranda Orrillo**

Médico nefrólogo  
Maestría en Medicina. Doctorado en Salud Pública  
Director General de la Academia Peruana de salud  
Profesor de la Universidad Particular San Martín de Porres

### **Director honorario**

**Dr. Gustavo Delgado Matallana**

Médico cardiólogo. Historiador  
Presidente de la Asociación de la Historia de la Medicina Peruana y de Parques

### **Director ejecutivo**

**Dr. Pablo Joel Pino Lozano**

Médico neurocirujano. Maestría en Medicina y Neurociencias  
Directivo de la Academia Peruana de Salud  
Presidente del Comité Editorial de la Revista de la Academia Peruana de Salud  
Editor asociado de Neurotarget, Sociedad Latinoamericana de Neurocirugía Funcional y Estereotaxia

### **Directores científicos éticos**

**Dr. Walter Chanamé Delgado**

Médico nefrólogo. Doctor en Medicina  
Fundador de la Nefrología en el Perú  
Profesor principal de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos

**Dr. Freddy Flores Malpartida**

Médico cardiólogo  
Magíster en Docencia e Investigación en Salud  
Maestría en Ciencias Políticas y Gobierno  
Jefe de la Unidad de Capacitación del Hospital III Emergencias Grau

**Dr. Fernando Osoreo Plenge**

Médico especialista en ecosalud y medicina ambiental

### **Secretario**

**Dr. Bertilo Malpartida Tello**

Cirujano cardiovascular. Doctor en Medicina  
Exdocente de la UNMSM, Cayetano Heredia y Federico Villarreal  
Presidente del Directorio de la Clínica Limatambo



Cuadernos de  
Debate en Salud

---

***Reforma de salud***

---





## CUADERNOS DE DEBATE EN SALUD

### Reforma de salud

© Copyright 2014

Fondo Editorial Comunicacional del Colegio Médico del Perú

Todos los derechos reservados. Prohibida su reproducción parcial o total del contenido de este libro sin autorización por escrito de los propietarios del Copyright.

Primera edición: abril de 2014

Distribución gratuita

Hecho el Depósito Legal en la Biblioteca Nacional del Perú N.º 2014-05819

Fondo Editorial Comunicacional del Colegio Médico del Perú

Malecón de la Reserva 791, Miraflores. Lima 18, Perú

Teléfono 213 1400 anexo 2601

actamedicaperuana@fondoeditorialcmp.com

Descargo de responsabilidades: el contenido de cada artículo es de responsabilidad exclusiva del autor o autores y no compromete la opinión de los editores o del CMP.



**Cuadernos de Debate en Salud** es editado e impreso por **Revistas Especializadas Peruanas s.a.c. (REP s.a.c.)**.

Editores especializados.

Miguel de Cervantes 485 of. 502, San Isidro. Lima 27, Perú.

Talleres gráficos: Emilio Althaus 355, Lima 14, Perú.

Teléfonos 4-215-115 / 999-658531 / RPM \*69 92 69

jcandiotti@revistasespecializadas.com





# Contenido

El contenido del presente número de Cuadernos de Debate en Salud corresponde a las ponencias y artículos de diversos líderes médicos y de la sociedad civil que tuvieron lugar en la mesa redonda y otras actividades preparatorias para el IX Congreso Médico Nacional del CMP.

- ▶ Prólogo  
*Dr. Christian R. Miranda Orrillo* ..... 9
- ▶ Inauguración de la Mesa redonda sobre la denominada ‘reforma de la salud’  
*Dr. César Palomino Colina* ..... 11
- ▶ Historia de las reformas del sistema de cuidado de la salud poblacional en Perú  
*Dr. Carlos Bustíos Romaní* ..... 13
- ▶ Algunas consideraciones sobre la denominada ‘reforma de salud’  
*Dr. César Palomino Colina* ..... 27
- ▶ Con la denominada ‘reforma de salud’ de 2013 no hay desarrollo  
*Dr. Francisco Sánchez-Moreno Ramos* ..... 35
- ▶ Reforma del sector y del sistema de salud para un Perú más saludable con equidad  
*Dr. Julio Castro Gómez* ..... 43
- ▶ Financiamiento del sistema de salud  
*Dr. Max Cárdenas Díaz* ..... 53
- ▶ Riesgos y amenazas de la denominada ‘reforma de salud’  
*Dr. Segundo Tapia Bernal* ..... 57
- ▶ Transitar del aseguramiento al universalismo igualitario con enfoques de derechos  
*Dr. David Tejada Pardo* ..... 63
- ▶ Análisis y propuesta a los decretos legislativos de la supuesta reforma de salud que repercuten en el sistema prestacional de salud  
*Dr. Rafael Deustúa Zegarra* ..... 71

▶ Los trabajadores de salud, los actores olvidados de las reformas <i>Dr. Víctor Carrasco Cortez</i> .....	77
▶ Análisis y propuestas sobre la denominada ‘reforma de salud’ <i>Dr. Jesús Bonilla Yaranga</i> .....	85
▶ Los servicios de salud privados en el Perú <i>Dr. Víctor Raúl Orihuela Paredes</i> .....	89
▶ El proceso de reforma de salud en Perú y el traspaso de recursos públicos al sector privado <i>Dr. Herberth Cuba García</i> .....	95
▶ Relación público privada en salud <i>Dr. Alexandro Saco Valdivia</i> .....	99

---

#### Siglas y acrónimos

AFP	Administradora de fondo de pensiones
APP	Asociación público-privada
APS	Atención primaria de salud
AUS	Aseguramiento universal en salud
Cafme	Comisión de Acreditación de las Facultades y Escuelas de Medicina
CAS	Contrato administrativo de servicios
Coneau	Consejo de Evaluación, Acreditación y Certificación de la Calidad de la Educación Superior Universitaria
CMN	Congreso Médico Nacional
CMP	Colegio Médico del Perú
DL	Decreto Legislativo
EPS	Entidad prestadora de salud
Fissal	Fondo Intangible Solidario de Salud
FMP	Federación Médica Peruana
Iafas	Institución administradora de fondos de aseguramiento en salud
IGSS	Instituto de Gestión de servicios de salud
Ipress	Institución prestadora de servicios de salud
Isapre	Institución de salud previsional
Minsa	Ministerio de Salud
ONU	Organización de Naciones Unidas
PBI	Producto bruto interno
PEAS	Paquetes esenciales de atención en salud
SIS	Sistema Integral de Salud
SNCDS	Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud
SOAT	Seguro Obligatorio de Accidentes de Tránsito
Sunasa	Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud
Zonadis	Zonas de desarrollo integral de la salud

# Prólogo

**Dr. Christian R. Miranda Orrillo**

Director general del Fondo Editorial Comunicacional  
Director general de la Academia Peruana de Salud

*¿Podemos hablar de reforma cuando nos contentamos en tener a uno de cada cuatro peruanos en situación de pobreza? ¿Podemos aceptar como válida la proyección presidencial hecha ante la ONU en 2013, de mantener un 20 % de peruanos en 2016 viviendo y condenándolos al círculo de la pobreza a toda su descendencia?, niños que sumergidos en la desnutrición, el hambre, las infecciones respiratorias y parasitosis, las dos últimas enfermedades prevenibles en un mundo más justo y equitativo... ¿Podemos rescatar a esos 7,8 millones de los más de 28 millones de peruanos de esa pobreza?*

*Nuestra realidad es que esos casi 8 millones de peruanos viven injustamente en situación de pobreza y de alta vulnerabilidad social y ambiental, en un clima de violencia e inseguridad. Con Cajamarca, Ayacucho, Huancavelica, Huánuco y Amazonas, departamentos con un enorme potencial, turístico, minero y agroindustrial, pero, a la vez, con uno de cada dos compatriotas que siguen y seguirán viviendo en la pobreza.*

*Apenas 30 % de la población tiene acceso al seguro social de Essalud, pero con un alto nivel de insatisfacción. La cobertura integral del Seguro Integral de Salud (SIS) no sobrepasa el 42 % y sigue siendo un 'pobre seguro para pobres'. Las EPS cubren apenas 1,7 % de la población, pero invierten casi veinte veces más que lo invertido por persona por el Minsa en el SIS.*

*Han pasado 35 años de reformas desde Alma Ata, y aún hoy en día no vemos los sistemas de protección social como deben ser vistos, con la óptica del desarrollo, una mayor y significativa participación estatal, con un financiamiento del sector suficiente y eficiente. El Gobierno no puede ni debe olvidar su rol rector, ni mucho menos el financiador. No puede olvidar la hoja de ruta, por la cual muchos votaron.*

*El año 2013, la Contraloría General de la República señaló que existían por lo menos dos hospitales, uno de ellos el de Cerro de Pasco, que no cuentan con agua potable permanente, y conocemos que el Hospital de Apoyo de Iquitos almacena agua en contenedores, potenciales criaderos del Aedes aegypti en plena epidemia del dengue.*

*Estos hechos desnudan la improvisación y la incompetencia de las autoridades del sector. Nuestra triste realidad de país con laureado y sostenido crecimiento económico y, al mismo tiempo, los niveles más bajos de inversión en salud en América Latina, que apenas supera el 5 % del PBI. Con un gasto de tan solo 230 millones en generación de nuevos conocimientos y tecnología. Lo que representa solo 10 % de los 2 300 millones que tienen destinados gastar el año 2014 en armamento. Inversión de gasto que no nos coloca en la vanguardia como los países asiáticos que progresaron poniendo énfasis en la investigación y nuevas tecnologías.*

*Con ello se perpetúa las enormes brechas de infraestructura y escaso desarrollo de potencial humano; así conminamos a muchos profesionales a emigrar al extranjero por la ausencia de reales incentivos laborales y económicos, como lo demuestran los casi 17 000 profesionales de la salud que han emigrado del Perú para no volver en los últimos cuatro años, y de ellos 6 162 fueron médicos.*

*El ex secretario general de la ONU, Kofi Annan, años atrás, ya vislumbraba con impotencia el no alcanzar los objetivos del milenio, particularmente en la erradicación de la extrema pobreza y el hambre, a menos que se abordasen decididamente los problemas de integralidad y equidad. Y para ello era preciso intensificar esfuerzos por promover los derechos de la mujer y aumentar las inversiones en educación y salud. Que nos permita alcanzar salud para todos, no para algunos, y ahora diríamos menos para pobres.*

*La estrategia macroeconómica debe ser articulada con el desarrollo social y estructurada sobre la base del crecimiento económico, la generación de empleo, la utilización inteligente del bono demográfico y de género, que solo contribuirá en el crecimiento económico hacia 2040. Entonces, la población joven de ahora requerirá pensiones, y mañana más tarde será más susceptible a las enfermedades crónicas, que el Estado tendrá que haber planificado, para finalmente proteger y financiar.*

*La 'reforma' propuesta por el Minsa y el Gobierno solo profundiza la segmentación, favorece las políticas de privatización y tercerización, polariza aun más a la población, pues no prioriza la equidad ni incentiva la excelencia en la formación de recursos humanos en salud y difunde paquetes específicos de aseguramiento, tan injustos como inequitativos, que ya han fracasado en Chile y Colombia.*

*Por todo esto, es imprescindible tener una política de Estado en Salud, que trascienda los gobiernos, que deje atrás los falsos caudillos de oposición. Debe ser el acuerdo más importante y urgente de las fuerzas políticas del país. Sin embargo, por privilegiar al sector privado y el libre mercado, la concertación no está en agenda como no lo estuvo el revalorar al recurso humano, el capital más importante de toda institución.*

*Agradezco a todos los colegas que hicieron posible esta obra. Con este prólogo, desde la dirección general del Fondo Editorial Comunicacional queremos dar inicio a una serie de publicaciones que generen un real debate dentro de la orden, e incentiven a investigar a nuestros colegas y sobre todo opinar acerca de nuestra realidad y los problemas que como nación nos aquejan.*



# Inauguración Mesa redonda sobre la denominada 'reforma de salud'

**César Palomino Colina**

Decano Nacional del CMP

Hemos querido dar inicio a los debates sobre la denominada 'reforma de la salud' con este Foro en el que participan distinguidos colegas exdecanos del CMP, dirigentes de la FMP y de partidos políticos. Saludo la participación de los destacados ponentes y la presencia de ustedes, presidentes de los cuerpos médicos de Lima Metropolitana y Callao, de las distintas organizaciones gremiales, de sociedades científicas y de la sociedad civil, Agradezco a todos por su asistencia, que demuestra el interés sobre este tema.

Este debate es un preludeo al IX Congreso Médico Nacional que debe marcar un hito frente a la denominada reforma del sector salud del Gobierno y la ministra de Salud y tiene por objetivo recoger la opinión de los médicos de todo el país y ofrecer una propuesta desde la Orden Médica de verdadera Reforma de Derecho a la Salud y Seguridad Social universales y de calidad para todos.

Más allá de las exposiciones que vamos a compartir en el debate, deseo pedirles que en sus respectivos cuerpos médicos e instituciones, la discusión se difunda, ya que en las visitas que hemos hecho a lo largo y ancho del país hemos observado que a pesar de que esta reforma se está implementando, los colegas en determinadas aéreas del país no tienen conocimiento de ello; la población también está alejada y ajena y solo conoce de la reforma del sector por los medios que no necesariamente informan de manera adecuada.

Cuando se toca el tema de la reforma en los medios, se ha puesto al médico en el centro del debate como si fuera responsable de todo lo negativo que ocurre en el sector cuando en realidad es todo lo contrario: el médico a pesar de las profundas limitaciones trata de superarlas para aplicar lo mejor de su ciencia y arte, pero por alguna razón interesada desde los promotores de la



‘reforma’ es evidente que se ha puesto en esta coyuntura al médico como si fuera el problema de la reforma, cuando por el contrario nosotros vamos a dar las soluciones y pautas que el país demanda de nuestra institución.

Con estas palabras, y esperando que ustedes repliquen lo que ahora vamos a conversar y debatir, declaro inaugurado este importante evento, no sin antes agradecer al doctor Christian Miranda Orrillo, quien ha tenido a bien llevar adelante la organización del mismo. Muchas gracias.

Lima, 5 de febrero de 2014

# Historia de las reformas del sistema de cuidado de la salud poblacional en Perú

***Dr. Carlos Bustíos Romaní***

Miembro fundador y honorario de la Academia Peruana de Salud

Al estudiar la historia oficial del sistema de salud en el Perú, hemos llegado a conocer que entre los años 1826 y 2010 se formalizaron sucesivamente cinco modelos o arquetipos organizativos de dicho sistema, cada uno de los cuales tuvo origen y vigencia legal en un determinado período sociohistórico del devenir del Estado Peruano.

El cambio del modelo siempre tenía la intención formalmente declarada, por las nuevas autoridades, de reformar el sistema oficial de salud; con el propósito de alcanzar mayores logros, primero, en la justicia de sus intenciones; luego, en la eficiencia de su gestión y, finalmente, en el impacto de sus acciones.

Esos modelos y los tipos de Estado en que tuvieron origen y vigencia legal, son los siguientes:

- ▶ Primer modelo. Juntas de Sanidad; creadas en un Estado Peruano en formación.
- ▶ Segundo modelo. Dirección de Salubridad Pública; creada y formada en un Estado oligárquico.
- ▶ Tercer modelo. Ministerio de Salud Pública; creado e implementado en un Estado populista.
- ▶ Cuarto modelo. Sector Salud; creado y formado en un Estado desarrollista.
- ▶ Quinto modelo: Seguridad Social en Salud y su privatización en un Estado neoliberal y neopopulista, cuya formación se inició en abril de 1992.

## LOS MODELOS DE REFORMA DEL SISTEMA OFICIAL DE SALUD

### Juntas de Sanidad: 1826-1903

El primer modelo organizativo fue el sistema de sanidad, vigente en los gobiernos de un Estado Peruano en formación. Su creación fue parte de la respuesta administrativa del nuevo Estado republicano al colapso de la burocracia colonial.

En el campo de la salud, los médicos ilustrados, liderados por Hipólito Unanue, hicieron aprobar el DS del 1 de septiembre de 1826, que crea las Juntas de Sanidad, como entidades encargadas de los ‘deberes más esenciales’ para la conservación de la salud de la población, entendiendo que de ella ‘depende principalmente la felicidad social’. Además, las Juntas debían efectuar el acopio de los datos necesarios para la formación de un cuerpo de leyes sanitarias, aunque con la advertencia que estas debían ser aplicadas con prudencia ‘para no causar perjuicio al comercio, ni a las demás relaciones sociales’.

Las Juntas se estructuraron funcionalmente, como entidades colegiadas, presididas por funcionarios del Ministerio de Gobierno y Policía. Estaban escalonadas en tres niveles administrativos: Junta Suprema, Juntas Superiores y Juntas Municipales de Sanidad.

Estas Juntas debían efectuar acciones de sanidad marítima y de sanidad terrestre. Las primeras, dirigidas a evitar el ingreso al país de las ‘enfermedades exóticas’, como el ‘cólera morbus’, la fiebre amarilla y la peste. Las segundas, orientadas a la conservación y aplicación de la vacuna antivariólica, así como a mantener el orden y la higiene del espacio público urbano.

Esas acciones higiénico-preventivas eran fundamentadas, con un enfoque teórico ambientalista, en concepciones atmosféricas-miasmáticas propias de la Higiene Pública y Social, así como justificadas normativamente con una mezcla de enunciados práctico-morales derivados de los discursos de la ilustración y del utilitarismo. Paralelamente a estas acciones, a cargo de las Juntas de Sanidad, las Sociedades Públicas de Beneficencia efectuaban acciones de asistencia social-hospitalaria.

Pero, las Juntas de Sanidad nunca pudieron actuar de la manera prevista en su norma de creación, la Junta Suprema de Sanidad funcionaba eventualmente, ante el peligro inminente de una epidemia, como un órgano consultivo del Gobierno. Las Juntas Superiores y Municipales casi siempre permanecieron en receso. Y, en muchas de las provincias nunca llegó a funcionar una Junta Municipal.



El triunfo militar de las fuerzas pierolistas en el año 1895 marcó el final del segundo militarismo en la historia republicana, y dio inicio a un nuevo período sociohistórico, en el que se estableció un nuevo orden político, económico y social de carácter oligárquico.

### **Dirección de Salubridad Pública: 1903-1935**

El segundo modelo es el del sistema de salubridad, hegemónico durante la gestión del Estado Oligárquico. Su implementación legal se inició el 6 de noviembre de 1903, cuando se crea la Dirección de Salubridad Pública, como dependencia del nuevo Ministerio de Fomento y Obras Públicas creado, a su vez, en 1896.

El sistema de salubridad se sustentó políticamente, al igual que el sistema de educación, a partir de la idea que era un instrumento ‘civilizador’ o forjador de ciudadanos, necesario para integrar y formar a la población indígena, de acuerdo con los intereses del Estado.

La Dirección de Salubridad fue la primera estructura estatal permanente, encargada de la gestión y ejecución de las acciones de protección sanitaria a nivel nacional. Ubicada en un segundo nivel político-administrativo del Ministerio de Fomento, se desconcentró, en el año 1920, al crearse las Oficinas Regionales de Salubridad.

Sus autoridades, reorientaron y ampliaron, con un nuevo enfoque biologicista, las acciones de control de las enfermedades endemo-epidémicas y sociales. Además, comenzaron a efectuar, con un enfoque eugenista, intervenciones en defensa de la salud del niño y de la gestante.

A inicios del siglo XX, en el contexto de la ‘era bacteriológica’ de las ciencias biológicas, las autoridades civilistas adoptaron un nuevo enfoque teórico, para sustentar cognitivamente la reforma del sistema de sanidad. Las ideas ambientalistas, dominantes en el período anterior, son desplazadas por las proposiciones de la nueva teoría del germen, y de la Puericultura francesa, así como por los principios epidemiológicos y administrativos promovidos por la Fundación Rockefeller y la Oficina Sanitaria Panamericana. Adicionalmente, el nuevo sistema de salud es justificado, en su legitimidad, con un discurso práctico-moral de carácter utilitarista, procesado por la élite civilista.

Por otro lado, paralelamente a las acciones de protección y de fomento de la salud a cargo de la Dirección de Salubridad, las Sociedades Públicas de Beneficencia, cada vez más desbordadas por la demanda, seguían a cargo de las acciones médico-asistenciales.

Ahora bien, el sistema de salubridad, no obstante ser un avance organizativo importante en comparación con el de sanidad, nunca tuvo la fuerza política para superar los desafíos a su autoridad formal, ni los recursos suficientes para cumplir con sus funciones. Su infraestructura humana y material siempre fue muy precaria, lo que impidió su presencia en la mayoría de provincias del país.

La población indígena, explotada por el gamonalismo serrano, continuaba sin acceso al sistema oficial de salud. En palabras del escritor Ciro Alegría, el mundo continuaba siendo ‘ancho y ajeno’ para la población andina.

Al término de este período, los efectos en el país de la ‘Gran Depresión’ mundial de 1929 y de los discursos y acciones anti oligárquicos de los ‘turbulentos años treinta’ provocaron el fin de la hegemonía ideológica civilista. La oligarquía, debilitada ideológicamente, se vio obligada a establecer un pacto con el Ejército, para mantener el orden social vigente. Con este propósito, se iniciará en el siguiente período una nueva gestión de gobierno con políticas sociales más progresistas, en comparación con el pasado, y con políticas coactivas de seguridad interna, para mantener el orden.

### **Ministerio de Salud Pública: 1935-1968**

El tercer modelo es el del sistema de salud pública, vigente durante la gestión de los gobiernos del Estado populista. Su instrumentación legal se inicia el 5 de octubre de 1935, con la creación del Ministerio de Salud Pública, Trabajo y Previsión Social (MSPTPS), que ubica a la autoridad sanitaria en el primer nivel político-administrativo del Estado. Ministerio que, en el 11 de diciembre de 1942, se transformará en el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social (MSPAS).

Las nuevas autoridades populistas entienden al sistema de salud pública, como un instrumento de acumulación del ‘capital humano’; indispensable tanto para el crecimiento de la economía, como del tamaño de la población, así como un medio para ampliar sus espacios de gobernabilidad.

El nuevo MSPAS orientó, inicialmente, sus principales esfuerzos a las campañas higiénico-sanitarias dirigidas desde el nivel central. Posteriormente, a las acciones preventivas-promocionales, a cargo tradicionalmente del Estado, se sumaron las asistenciales de atención médica.

Teniendo como entidad central al Ministerio de Salud Pública se establece el Subsector Público en Salud, que al final del año 1968 incluye en su ámbito a numerosas entidades estatales y paraestatales vinculadas con el cuidado de

la salud. Una de esas entidades era el Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social, creado en el año 1956, que financiará las principales inversiones sociales hasta el final del período.

Se aplicó una política de extensión de servicios asistenciales, que priorizó las inversiones en establecimientos de atención médica, para satisfacer las demandas de la población urbana organizada. Además, la administración de los hospitales de las Beneficencias fue transferida progresivamente al MSPAS.

Paralelamente a estos cambios, la atención médica de los trabajadores asalariados comenzó a estar a cargo del Seguro Obrero Obligatorio, creado en 1936, y del Seguro del Empleado, creado en 1948, según las pautas de la seguridad social bismarckiana.

La reforma del sistema de salubridad se fundamentó, con un enfoque biomédico, en las proposiciones de la epidemiología de las enfermedades transmisibles, la medicina preventiva, la ingeniería y la administración sanitaria, avaladas y difundidas por las escuelas de Salud Pública. Así como, se justificó normativamente con un discurso socialdemócrata, procesado por el populismo, y las recomendaciones (1944) de la Oficina Internacional del Trabajo (OIT) sobre asistencia médica. Reforma que, además, era concordante con el nuevo papel asignado al Estado en la Constitución Política Peruana de 1933, inspirado en las nuevas constituciones de Alemania y de México.

A diferencia de lo sucedido con la Dirección de Salubridad, el nuevo sistema de salud pública –conducido ahora por un ministro– pudo motivar y mantener una tendencia creciente del gasto social en salud, que permitió un significativo crecimiento de la infraestructura de atención médica. Sin embargo, como consecuencia de la situación jurídica de autonomía administrativa de las entidades del Subsector Público, ese gasto social se efectuó con escasa racionalidad técnica. Ello se manifestó en una concentración y superposición institucional de hospitales en el área urbana, sin previsiones sobre la sostenibilidad financiera futura de sus costos operativos y de mantenimiento; así como en una postergación de las inversiones en promoción y protección de la salud. Además, los beneficios de dicho gasto no alcanzaron a la población rural.

El 2 de octubre de 1968, en medio de una nueva crisis económica y política nacional, emergió de manera anticonstitucional, el autodenominado Gobierno Revolucionario de la Fuerza Armada, que liquidará los remanentes de la antigua oligarquía e iniciará la gestión de un nuevo Estado desarrollista.

### Sector Salud y el Sistema Nacional Coordinado de Salud: 1969-1992

El cuarto modelo es el del sistema sectorial de salud, vigente durante la gestión de los gobiernos del Estado desarrollista, que trataron de utilizar técnicas de planificación normativa como instrumentos de racionalización política. Con este propósito se fortaleció el Sistema Nacional de Planificación del Desarrollo Económico y Social, creado en 1962, que tenía como órgano central al Instituto Nacional de Planificación. “El Estado formula la política económica y social mediante planes de desarrollo que regulan la actividad de los demás sectores. La planificación una vez concertada es de cumplimiento obligatorio (Art. 11 de la Constitución Política Peruana de 1979).

La implementación jurídica del nuevo sistema sectorial de salud se inició en marzo de 1969, con la Ley Orgánica del Sector Salud y el Código Sanitario, aprobados autoritariamente, en el marco establecido del llamado ‘Plan Inca’ del Gobierno Revolucionario de la Fuerza Armada. El sistema se sustentaba políticamente en la idea que la salud de la población es un fin y un medio del desarrollo económico-social, y cuya protección es un derecho humano que debe ser garantizado por el Estado.

Teniendo como ente rector del sector al Minsa, se intentó afirmar la autoridad sectorial del ministro de Salud, primero, con la creación del Sistema Nacional Coordinado de Servicios de Salud, y, luego, con la integración funcional del Minsa-Instituto Peruano de Seguridad Social, fracasándose en ambos intentos. Sin embargo, se formularon y ejecutaron planes sectoriales de salud, conformados por programas de atención integral, a cargo de estructuras desconcentradas en un ámbito departamental, zonal o regional.

En la segunda mitad del período, se trató de aplicar en el país la Estrategia de Atención Primaria de Salud, entendida como un proceso de ‘democratización de la salud’. Estrategia que constituyó un desafío a los sistemas de salud convencionales, para que mejoraran su desempeño, mediante la democratización de los esfuerzos orientados a la protección social de la salud.

La reforma del sistema de salud pública se fundamentó, con un enfoque médico-social, en proposiciones de la epidemiología social, la planificación normativa de la salud, la medicina comunitaria y la administración de sistemas de salud, difundidas por el Centro Panamericano de Planificación de la Salud. Así como, se justificó con la doctrina de los derechos humanos y las ideas igualitaristas e integracionistas promovidas por la OIT, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Además, los principales lineamientos de este nuevo modelo fueron institucionalizados por la Constitución Política de 1979.

Paralelamente al desarrollo del sector Salud, se produce la integración de las entidades de seguridad social, primero, en el Seguro Social del Perú y, luego, en el Instituto Peruano de Seguridad Social,

Al inicio del periodo, se desactivó financieramente al Fondo Nacional de Salud y Bienestar Social. Luego, de manera contraria a lo sucedido en el período anterior, por distintos motivos –ideológicos, políticos y económicos– el gasto social mostró una tendencia sostenida al decrecimiento. Alcanzó en 1901 un nivel casi increíble, por su bajo monto. El decrecimiento sostenido del gasto público en salud provocaría el deterioro progresivo de la infraestructura y de la calidad de los servicios de salud en el país. Deterioro que se agravaría con los efectos colaterales de la violencia senderista.

Al final del período, en medio de una de las peores crisis económica y política de la historia nacional, los servicios públicos de salud y de la seguridad social estuvieron al borde del colapso. Crisis que legitimará, inicialmente, la emergencia anticonstitucional, el 5 de abril de 1992, del autodenominado Gobierno de Emergencia y Reconstrucción Nacional.

### **Seguridad social en Salud y su privatización: 1992-2010**

El quinto modelo de sistema oficial de salud es el de la seguridad social en salud, que comenzó a establecerse con el autogolpe del 5 de abril de 1992 y que actualmente se mantiene vigente en un Estado neoliberal y neopopulista, el cual está en un proceso de descentralización política aún inconcluso.

Con el autogolpe, comenzó la aplicación de medidas de privatización de la propiedad y de la gestión de las entidades públicas, así como de la focalización de la intervención del Estado en los programas dirigidos a los pobres extremos. El antecedente inmediato a esas medidas, en el campo particular de la salud, fue la aprobación del DL N.º 718, del 8 de noviembre de 1991, que crea el Sistema Privado de Salud. Producido el autogolpe e iniciada, luego, la formulación de la nueva Constitución Política este decreto no fue puesto en marcha, para ser reemplazado, finalmente, por la Ley N.º 26790.

El sustento político del nuevo modelo del sistema de salud se deriva de un concepto dual y contradictorio del servicio de salud y del medicamento; por una parte, bien público esencial para los ciudadanos que lo necesitan y, por otra, una mercancía sujeta a las leyes del mercado, donde se produce con fines de lucro.

El 11 de junio de 1992, tres meses después del autogolpe, se dio el Decreto Ley N.º 25548 que desactivó el Instituto Nacional de Planificación, órgano central del Sistema Nacional de Planificación del Desarrollo, donde el Ministerio de Economía y Finanzas asume sus funciones normativas. Se trataba de reducir al máximo las intenciones de las entidades públicas de intervenir sobre el mercado con fines redistributivos. A diferencia de la Constitución de 1979, en la nueva Carta de 1993 no se hacía ninguna referencia a la planificación del desarrollo.

Las medidas legales para la liberación del mercado farmacéutico, se iniciaron con el Decreto Ley N.º 25596, del año 1992, que eliminó el control del precio de venta del medicamento, con lo que comenzó a ser comercializado como cualquier otra mercancía.

En el mes de mayo de 1997 se promulga la Ley N.º 26790, de Modernización de la Seguridad Social en Salud, que crea definitivamente las EPS. Luego, se precisa que se ha iniciado la creación de un Sistema de Seguridad Social en Salud, conformado por dos regímenes: el contributivo, a cargo de Essalud y complementado por las EPS privadas; y el estatal o no contributivo, a cargo del Ministerio de Salud. En julio del mismo año se había promulgado la Ley General de Salud, que sustituyó al Código Sanitario de 1969.

Posteriormente, en el año 2002, se promulgó la Ley del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud, uno de cuyos fines es “avanzar hacia la seguridad social universal en salud”. Siete años después, en abril de 2009, se promulgó la Ley Marco de AUS, con el fin de “garantizar el derecho pleno y progresivo de toda persona a la seguridad social en salud”.

En la organización actual del sistema oficial de salud persiste la fragmentación y segmentación institucional con distintos regímenes, fuentes de financiamiento, fondos financieros, compradores, proveedores y usuarios. Estos últimos siempre estratificados en pobres, trabajadores de ingresos medios y personas acaudaladas, que tienen acceso diferenciado a los proveedores. Usuarios a los se que presta servicios cuya cobertura, concentración y calidad son ciertamente desiguales. Sistema que es formalmente conducido por un Consejo Nacional de Salud inoperante. La Academia Peruana de Salud, informa que alrededor del año 2010, el gasto per cápita anual, medido en dólares, es de 404 en las EPS privadas, de 223 en Essalud y de apenas 35 en el SIS.

La reforma del sistema sectorial de salud se fundamentó, con un enfoque teórico economicista, en las proposiciones de la economía de la salud, la gerencia social y la epidemiología difundidas por las escuelas de negocios o de la industria del bienestar. Y se justificó con principios del liberalismo político

en salud, promovidos por el Banco Mundial, a través de sus publicaciones, en el marco del llamado ‘consenso de Washington’. Adicionalmente, la nueva Constitución Política de 1993 institucionalizó, desde la perspectiva de una economía social de mercado, las bases de una política nacional de salud que solo garantiza el libre acceso a prestaciones de salud y pensiones a través de entidades públicas, privadas o mixtas.

Actualmente, el sistema oficial de salud se muestra cada vez más incapaz para enfrentar, de manera socialmente satisfactoria, a los problemas emergentes y reemergentes de la salud colectiva. El 8 de enero de 2013, el Gobierno, aceptando la existencia de esta situación, dicta la Resolución Suprema que encarga al Consejo Nacional de Salud la reforma del sector Salud y el fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud.

Desde el inicio de este período, las organizaciones representativas de la Orden médica y de los trabajadores de salud se opusieron, sin mayor éxito, a este modelo organizativo. Las frecuentes huelgas médicas nacionales ‘en defensa de la vida y la salud’ es una expresión de esa oposición.

## COMENTARIOS Y CONCLUSIONES

Hace 24 000 años, Aristóteles decía: “Si creemos que los hombres como seres humanos poseen derechos que les son propios, entonces tienen un derecho absoluto de gozar de buena salud en la medida en que la sociedad, y solo ella, sea capaz de proporcionársela” (Aristóteles, siglo IV a. C.).

### Comentarios

- ▀ La decisión política de establecer la base legal de una determinada reforma del sistema de salud, fue tomada en cada caso por las nuevas autoridades estatales que iniciaban un nuevo período sociohistórico en el país. Período que, a su vez, siempre comenzó en un contexto de crisis nacional que cuestionaba gravemente la eficacia económica y la legitimidad social del tipo de Estado hasta ese momento vigente.

Por tales motivos, dicha decisión siempre fue secundaria o colateral a la instrumentación legal de una nueva propuesta de política global que permitiera superar dicha crisis, aunque con especial cuidado de no afectar en lo esencial el orden social y económico existente.

- ▀ La sustentación técnica y jurídica de cada nuevo modelo de sistema de salud estuvo a cargo de un grupo exclusivo y excluyente de funcionarios, en el marco establecido por la nueva propuesta política global que obedecía a una determinada concepción sociopolítica. Para el diseño

final del modelo, el cuidado de la salud colectiva era conceptualizado, por dichos funcionarios, como un proceso tecnológico a ser tratado de manera unilateral y descontextualizada, sin participación de los usuarios.

- ▶ La estructuración de un nuevo sistema de salud nunca significó una desvinculación total y violenta con el anterior; sino que se efectuaba dentro de una continuidad básica que le otorga identidad a dicho sistema. Además, a lo largo de tal estructuración, siempre inconclusa, existieron serios desfases, primero, entre el discurso político y la sustentación técnica; y, luego, entre las intenciones formalizadas y las realizaciones concretas.
- ▶ En la búsqueda de la superación de esos desfases se presentaban conflictos de opinión en el debate que, sobre esos temas, se producía en el escenario oficial, al que no tenían acceso actores sociales ajenos al Gobierno. En este debate, los argumentos vinculados con el financiamiento del sistema y con la estabilidad política de la autoridad se imponían a los del saber médico-sanitario. Por lo general, los argumentos morales estuvieron ausentes o devaluados en ese debate.
- ▶ Los argumentos cognitivos y normativos considerados válidos en cada período expresaban, de manera distorsionada o tardía, el progreso científico-tecnológico alcanzado, así como la concepción sociopolítica hegemónica en los países centrales del mundo occidental. Argumentos que fueron aceptados de manera acrítica, subordinada o complaciente, por las autoridades políticas y académicas peruanas, sin considerar la pertinencia de las mismas a las particularidades históricas y geográficas nacionales, así como a los cambios demográficos, epidemiológicos y ecológicos que se sucedían en el país.
- ▶ Las reformas de los sistemas oficiales de salud permitieron, desde el inicio de la quinta década del siglo XX, avances en la cobertura legal y, en menor medida, de la cobertura efectiva del cuidado de la salud colectiva, lo que benefició de manera diferenciada a las poblaciones urbanas, mientras las rurales quedaban excluidas o postergadas. Estas desigualdades de cobertura se manifiestan crudamente en la persistencia en el país de amplios bolsones de marginalidad y de postergación donde el sistema oficial de salud está ausente o tiene una presencia muy precaria e intermitente.
- ▶ La base legal que formalizaba cada nuevo modelo del sistema de salud dejaba de tener vigencia, cuando una crisis global y nacional provocaba un cambio de tipo de Estado, oportunidad en que las nuevas autoridades, tratando de legitimarse, denunciaban el fracaso –en términos de eficacia, eficiencia y justicia– del anterior modelo.



## Conclusiones

- ▶ La historia de los fracasos de las reformas de los sistemas oficiales de salud en el país, solo puede ser entendida como parte de la historia de las limitaciones de las políticas globales, explícitas o implícitas, impuestas por las élites dirigentes –con una racionalidad instrumental– en su pretensión de superar los problemas económicos y sociales del país, sin afectar, en lo esencial, el carácter patrimonial, fragmentado y excluyente de la sociedad.
- ▶ En la conducción y la gestión del Estado, se han alternado gobiernos militares y civiles, gobiernos constitucionales y de facto, gobiernos conservadores y progresistas. Cuyo denominador común ha sido un patrón de inestabilidad política, afectado por variaciones económicas intensas, que condicionó un escaso interés por establecer una Política de Estado orientada al logro de objetivos nacionales a largo alcance. Limitándose esos gobiernos a definir políticas discontinuas, orientadas hacia objetivos particulares a corto plazo o coyunturales, sin considerar medidas efectivas de protección del ambiente.
- ▶ En ese contexto de inestabilidad política, económica y político-administrativa, el Estado nunca llegó a alterar en su esencia el patrón de distribución económica y del poder existente desde la colonia. Las promesas formales gubernamentales de integración e inclusión social fueron, en el mejor de los casos, solo intenciones, en tanto no se concretaron de manera efectiva y sostenible.

Las demandas y presiones de los movimientos antioligárquicos de la década de 1930, de los partidos de la clase media en la década de 1950, de los movimientos campesinos de la década de 1960, del clasismo de los movimientos populares en la década de 1970, de las luchas contra la dictadura fujimontesinista en la década de 1990; y, de los últimos conflictos socioambientales, son expresiones de la persistencia de aquel patrón, así como del incumplimiento de esas promesas, en diferentes períodos sociohistóricos.

- ▶ Cualquiera fuera el tipo de Estado, los gobiernos siempre tuvieron que estimar el ‘costo de oportunidad’ de elegir entre objetivos económicos y objetivos sociales, entre crecimiento económico y distribución de ingresos, cuando definían la primacía y prioridad de los sectores productivos y los sociales en sus políticas globales. Pero, en la medida que la mejor distribución puede lograrse solo a costa del crecimiento económico, todos los gobiernos –incluso los populistas– terminaron aplicando políticas

que, más allá de la autenticidad de sus intenciones tuvieron, finalmente, efectos redistributivos limitados.

- ▀ Las decisiones gubernamentales sobre política económica y social dependen principalmente de la correlación de las fuerzas (económicas, sociales y políticas) existente en el país. Históricamente, las fuerzas conservadoras que apoyan el statu quo y priorizan el crecimiento económico han sido dominantes en esta correlación. Actualmente, tales fuerzas controlan el escenario político a través de los medios masivos de comunicación, controlan la vida social mediante una serie de organizaciones conservadoras (los gremios empresariales, las iglesias, etc.), así como controlan la economía a través de las inversiones de las grandes empresas productivas, extractivas y financieras.

De manera contraria, las fuerzas progresistas que priorizan el cambio democrático del orden social y promueven la redistribución económica, carecieron del apoyo organizativo suficiente para definir y defender una propuesta que, a pesar de ser distinta a la oficial, pueda viabilizarse y sostenerse en el país. Además, la participación comunitaria en las decisiones políticas vinculadas con la satisfacción de sus necesidades nunca se hizo efectiva a través de sus organizaciones auténticas, y continúa siendo un tema en debate: necesidad, estrategia o excusa para la manipulación de la comunidad.

- ▀ En los últimos quince años, de manera concordante con ese dominio de las fuerzas conservadoras en el escenario político, la participación de los economistas en la conducción y la gestión de los sectores sociales es cada vez más importante. Con un desplazamiento evidente, en el caso de la salud, de los epidemiólogos y los planificadores de salud. En este mismo sentido, en el campo de la salud pública internacional, las propuestas de un organismo financiero, el Banco Mundial, han desplazado a las de un organismo especializado, la OMS.

Actualmente, según el economista Richard Webb, para definir la prioridad de lo social, no basta el valor intrínseco de los objetivos sociales: educación, ambiente, democracia, salud, igualdad de ingresos o derechos de la mujer; se exige un visto bueno del economista, quien debe certificar que el objetivo social es, además, favorable al crecimiento económico.

- ▀ No obstante que el derecho universal al cuidado de la salud está institucionalizado jurídicamente, es y será una tarea siempre difícil en el Perú organizar un sistema de cuidado de la salud que se oriente de manera auténtica y transparente a la realización efectiva de dicho derecho, en un

ambiente sustentable. Debido a que todo esfuerzo en tal sentido desafía los intereses de los grupos de poder que se benefician con la situación actual de ese sistema. Más aún, en un Estado que gobierna siguiendo las señales del mercado. Todos los días somos testigos de la oposición, casi siempre exitosa, de los empresarios y comerciantes a todo tipo de regulación destinada a la protección de la salud de la población y de la calidad ambiental, en tanto ella pueda hacer disminuir la rentabilidad de sus actividades.

- ▶ Para diseñar y operar en nuestro país un nuevo sistema oficial de salud que tenga la posibilidad de alcanzar y sostener logros socialmente satisfactorios, tendría que existir una nueva situación sociohistórica, en la cual todos los actores sociales entiendan que la realización del derecho al cuidado de la salud es un proceso social complejo, a ser tratado de manera integral, democrática y participativa, con una racionalidad consensual, en el marco establecido por una Política General de Estado que tenga como finalidad el bien común de las generaciones actuales y futuras. Racionalidad vinculada con el supuesto y (con la permanente posibilidad) de un acuerdo consensual entre los participantes de un debate orientado al entendimiento social auténtico. Acuerdo fundamentado –de manera equilibrada y complementaria– en los mejores argumentos científico-tecnológicos, jurídico-políticos y ético-morales, previamente debatidos y consensuados.

## COLOFÓN

Esa nueva situación sociohistórica, implicaría la existencia de una sociedad peruana solidaria, autónoma y justa que, luego de haber superado su carácter fragmentado y excluyente, considera a las desigualdades sociales y a la pobreza como las más grandes violaciones de los derechos humanos y, por tanto, problemas inaceptables e insoportables. Es decir, la existencia de una sociedad moral que hoy día nos podría parecer una utopía igualitarista antes que una verdad futura.

Frente a las dudas razonables sobre la posibilidad de alcanzar esa nueva situación sociohistórica a mediano o largo plazo, solo nos queda evocar las palabras del escritor Anatole France cuando afirma que: “la utopía es el principio de todo progreso y el diseño de un futuro mejor”; así como las del historiador Jorge Basadre cuando, hace ochenta años, nos decía: “Quienes solamente se solazan con el pasado, ignoran que el Perú, el verdadero Perú es todavía un problema. Quienes caen en la amargura, en el pesimismo, en el desencanto, ignoran que el Perú es aún una posibilidad. Problema es, en efecto y por desgracia el Perú; pero también, felizmente, posibilidad...”. “Que el Perú no se pierda por la obra o la inacción de los peruanos”.

**Página en blanco**

# Algunas consideraciones sobre la denominada 'reforma de salud'

**Dr. César Palomino Colina**

Decano Nacional CMP

Gobierno y empresarios extranjeros y nacionales listos para profundizar la reforma, en la que se desconocen derechos fundamentales.

Empezaremos dando algunos alcances generales que deben ubicarnos en el contexto de lo que estamos enfrentando. Por ejemplo, hemos tenido la oportunidad de entrevistarnos con los gerentes de una entidad internacional que ha construido ya en el mundo 147 hospitales privados, y ya han iniciado la construcción de un hospital para el Ministerio de Salud (Minsa) y dos para Essalud. Estos gerentes tienen una visión muy singular de lo que debe ser nuestro Sector en el marco de esta reforma. Nos dijeron con sinceridad que agradecemos que están realizando gestiones en el más alto nivel para que se derogue la Ley de Trabajo Médico y no se siga nombrando profesionales porque va a afectarse la rentabilidad de sus inversiones y que no son suficientes los importantes recursos –cerca de 7 100 millones de soles para construcción, equipamiento, modernización y mantención de equipos– para sus planes de ganancias en el sector Salud.

En ese mismo contexto, uno de los principales gremios empresariales fue el primero en saludar a la nueva junta directiva del CMP y manifestar sus deseos de un trabajo conjunto siempre y cuando nosotros no pongamos piedras en el camino de la necesaria privatización del sector salud.

Como se observa, el contexto no es solo del Gobierno y la señora ministra de Salud, el contexto real es una visión conjunta del empresariado, nacional y transnacional, que ya han aplicado este modelo en otros países con un fracaso rotundo en Colombia y en Chile; sin embargo, el Gobierno y los empresarios basan esta oportunidad en el andamiaje de decretos legislativos, sin considerar que existen acuerdos supranacionales que el Perú tiene que respetar y cumplir, como la Declaración Universal de los Derechos Humanos, aprobada el 10 de diciembre de 1948, y que Perú, en 1959, la hizo parte de su legislación a través de la Resolución Legislativa N.º 13282.

Pero, además, el Tribunal Constitucional de manera reiterada ha ratificado estos acuerdos, por lo tanto, tenemos que exigir respetar la ley. El Perú ha suscrito estos principios donde se declara la salud como un derecho humano fundamental y a la seguridad social universal; más recientemente en 2004 hemos suscrito el Pacto de Derechos Económicos Sociales y Culturales de la ONU, aplicando este mismo principio en relación al derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud de las naciones. La aplicación a este derecho pasa por una serie de conceptos, me voy a permitir usar uno que está en el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española sobre el derecho: facultad del ser humano para hacer legítimamente lo que le conduce a los fines para bien de su propia vida pero también es la facultad de hacer o exigir; recalco exigir; todo aquello que la ley autoriza o establece en nuestro favor; por lo tanto, tenemos pleno derecho a exigir que se cumplan los pactos internacionales que el Perú ha suscrito, esa exigencia pasa por una serie de instancias, va desde lo legal pasando por lo académico y también por lo gremial; es decir, que si se constituye frente a lo que viene ocurriendo un proceso de huelga, estamos ejerciendo un derecho, con principios en los pactos internacionales que el Perú establece y también por principio de carácter ético y moral, frente a la intención de querer con toda claridad privatizar el sector salud.

### Financiamiento público insuficiente y mano al bolsillo de las familias

Visto que el Perú ha suscrito estos pactos de ONU la pregunta es siguiente, ¿en el Perú se garantiza la seguridad social universal, el derecho a la salud, estamos cumpliendo con eso? Realmente creo que definitivamente no. Esto parte de un punto realmente sensible: el tema del financiamiento.

Lamentablemente la estructura del financiamiento de la salud en el Perú hace inviable la posibilidad de lograr un sistema basado en equidad; la evidencia internacional recogida en las últimas décadas demuestra que al menos se

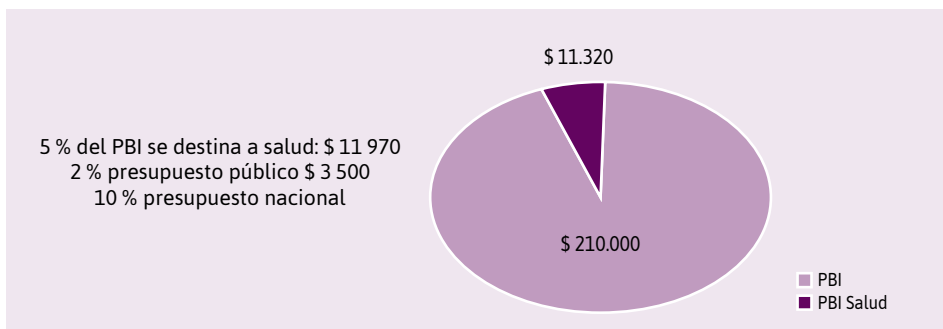




Figura 2. Financiamiento Perú 2013. Fuente: Foro Salud.

requiere que 80 % del gasto total en salud sea gasto público; cierto que quizá el gasto público no va a poder cubrirlo todo, eso es verdad, pero por lo menos deberíamos lograr ese estándar. ¿Cómo estamos nosotros? El gasto de bolsillo es 11 500 millones de soles que las familias destinan para recuperar su salud, esta es la verdadera columna que sustenta hasta el momento nuestro entre comillas sistema de salud; obviamente esto no es ni equitativo ni justo, sin embargo, esa es la realidad. La fracasada Ley de AUS no ha cumplido sus objetivos, por eso fue que el VIII CMN con razón y justicia pidió su derogatoria, ya que a casi cinco años de vigencia al contrario gasto de bolsillo se incrementó. Con la ley Ugarte hemos pasado por año de 8 500 millones de soles de gasto de bolsillo a 11 500 en la actualidad; se trata de una norma ineficaz.

En la Figura 3, se gráfica de manera evolutiva año a año el incremento de gasto de bolsillo de acuerdo al propio MEF; este cuadro es importante porque demuestra el fracaso de la Ley de AUS y nos ratificamos en decirlo: ha fracasado y las cifras lo demuestran, no ha podido frenar ni siquiera reducir mínimamente el famoso gasto de bolsillo, como en el año 2009 eran 8 580 millones de nuevos soles; en 2010, 8 660 millones; en 2011, 9 740 millones; en 2012, 10 520 millones de soles y en 2013, 11 320 millones de soles. No se ha corregido la inequidad, por el contrario se ha profundizado.

En el contexto de América Latina, Perú llega solo a una inversión pública en salud de 2 % del PBI, es decir, 10 500 millones de soles; en el resto de países de la región esto es casi 4 %, lo que marca una tremenda brecha que no se ha podido subsanar, a pesar de que el presidente Ollanta Humala

**Tabla 1. Más gasto de bolsillo más desigualdad**

Desde la vigencia de la ley AUS el gasto de bolsillo se incrementa

Gasto en salud de bolsillo 2009-2013 (estimación aproximada elaborada con datos del MEF y cruce con otras fuentes)

	2009	2010	2011	2012	2013
▲ Gasto de bolsillo (miles de millones de soles)	8 580	8 660	9 740	10 520	11 320 millones de soles (31 millones/día)

Fuente: Foro Salud.

se comprometió en su plan de gobierno que, para superar esta brecha, debería incrementarse anualmente el presupuesto del sector Salud el 0,5 % adicional del PBI; ¿qué hizo el ministro de Economía? otorgó diez veces menos, ni siquiera la mitad, diez veces menos de lo que estaba en el Plan de Gobierno; ¿qué hacer si un Presidente tiene un Plan de Gobierno y un ministro de Economía hace lo contrario de lo que el presidente ordena? Cabría preguntar quién gobierna el Perú.

### Inequidad en el financiamiento

Este financiamiento también refleja la inequidad del sistema de seguros que estamos viendo en la actual realidad: once millones de personas con un SIS, que es un pobre seguro con treinta y cinco dólares per cápita al año de gasto variable; diez millones de personas en la seguridad social de Essalud con ciento noventa y seis dólares per cápita; mientras que cerca de un millón de personas en el sistema privado tienen un promedio de quinientos cuarenta y dos dólares per cápita al año para su atención. Eso grafica las profundas brechas en la calidad de atención en los modelos de aseguramiento y en los paquetes de aseguramiento que se brindan.

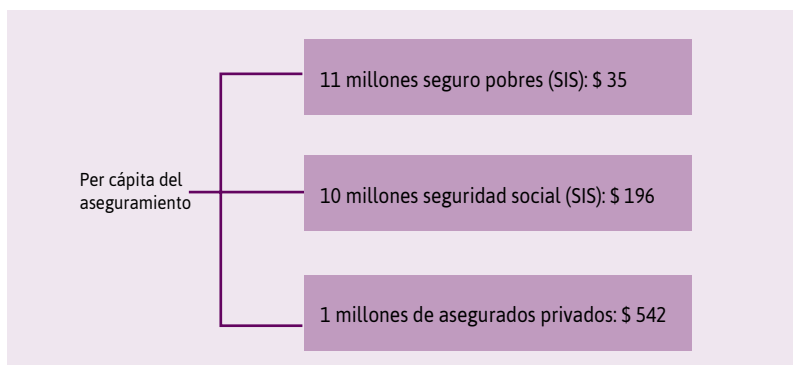


Figura 3. Per cápita del aseguramiento en Perú.



Por lo menos deberíamos aspirar a que el Minsa aumente el presupuesto para equiparar a la Seguridad Social, ¿eso implica que va haber fusión?, no; tiene que respetarse la plena autonomía de la seguridad social y eso lo decimos con total claridad; sin embargo, tiene que aumentar el presupuesto para el Minsa.

## **Responsabilidad pública y participación privada**

La crisis de la salud no es casual. Ahora, el Gobierno impulsa una reforma que no es ninguna novedad sino la profundización del modelo neoliberal de la década de 1990 hacia adelante, que pretende mostrarnos como gran salvador al sector privado; cuando no había presupuesto, cuando éramos un sector aún más pauperizado, que lo seguimos siendo, a nadie le interesaba invertir en salud. Ahora, que hay más de siete mil millones de soles en juego, nuestro sector sí se ha vuelto atractivo.

Por que qué no invierten ese mismo presupuesto en la repotenciación de nuestros establecimientos públicos; el año pasado estuvo aprobado un presupuesto específico para las atenciones de los turnos de tarde en los hospitales y establecimientos del Minsa, ¿se aplicó? no, todo ese presupuesto fue devuelto por ineficiencia del Minsa que prefirió devolver presupuesto en perjuicio de los pacientes; ¿cuántos pacientes pudieron haberse atendido en esos horarios extendidos si es que se hubiera aplicado ese presupuesto, ya que figuraba en la norma de 2013? Por qué no se utilizó, acaso para generar mayor crisis, para generar mayor insatisfacción en nuestros pacientes y, entonces, sustentar la necesaria reforma entre comillas.

Asimismo, es necesario establecer una relación adecuada entre lo público y lo privado; es cierto, lo privado debe ser solo complementario, no puede reemplazar el sistema público porque la lógica del mercado es inaplicable en nuestro sector; las relaciones de estas asociaciones público privadas van en desventaja del Estado por el porcentaje de ganancia que tienen. En España se fijó un tope de ganancia entre 7 % y 8 %, y aquí en el Perú en Essalud ya está pisando el 30 % o quizá más, en detrimento de los servicios a los asegurados.

Lo volvemos a manifestar con total claridad, la reforma no es otra cosa que vía asociaciones públicas privadas y tercerizaciones derivar nuestro sector al manejo del sector privado. Como ya hemos adelantado inclusive ahora están haciendo un cálculo del tiempo de vida útil de los médicos, resulta ahora que tenemos un tiempo de vida útil, que los médicos hasta los 55 años producen de una manera pero después de esa edad su producción baja. Ahora se explica la crítica al Minsa por haber aceptado el nombramiento, porque bajo ese

esquema quien venga a invertir en nuestro sector va a exigir producción y un médico mayor de cincuenta y cinco años y que según ellos no va a producir al ritmo que ellos desean porque la modalidad de pagos que ellos plantean es por resultados, por producto, tantos pacientes has operado, tantos pacientes te vamos a pagar, tantos pacientes has atendido tanto va a ser tu remuneración o tu compensación económica como ahora mal dice el DL N.º 1153.

## Seguridad social y aseguramiento

La diferencia conceptual es clara. La seguridad social no diferencia en el acceso en relación al aporte; los modelos de aseguramiento si lo hacen, y cada plan está en función a cuánto puede aportar o pagar la persona. La seguridad social de fondos únicos o mancomunados se gestionan desde un mismo operador público; los modelos de aseguramiento tienen diversos gestores, y reducen al Estado simplemente a un mero financiador y cualquiera puede brindar el servicio. La seguridad social mantiene una sostenibilidad financiera, de acuerdo a las necesidades de la población, sobre la base para el caso peruano del aporte relacionado con el trabajo y el aporte del Estado; los modelos de aseguramiento tienen una sostenibilidad financiera incierta, por ejemplo el caso de las AFP, que están enfrentando una serie de factores que ya vislumbran una crisis como ha ocurrido en otros países. La seguridad social mantiene el acceso a la atención de salud por la condición de ser ciudadano, ser humano, persona; los modelos de aseguramiento brindan acceso por la relación laboral, al gasto de bolsillo o la prima de seguro que se ha adquirido. La seguridad social mantiene un plan único de cobertura integral; el aseguramiento es disperso, ya que va a cubrir en tanto se pueda pagar, cada plan tiene un costo diferente y un mundo de patologías distinto. La seguridad social tiene tendencia al sistema integrado, el aseguramiento mantiene y profundiza la fragmentación.



Figura 4. Cobertura del aseguramiento.

## Débil rectoría del Minsa y reforma de decretos legislativos

Cómo se puede hacer una reforma a nivel nacional si en la actualidad el Minsa se circunscribe a Lima Metropolitana?, ¿o acaso las resoluciones ministeriales de la señora ministra cruzan la avenida Venezuela con Faucett?, a la cuadra siguiente en el Callao ya no tienen ningún valor. Es imposible en ese contexto de estructuración del Minsa hacer cualquier reforma real y viable. Por eso esta reforma desde su origen tuvo problemas muy serios: fue aprobada por una ley si es verdad, la Ley N.º 30073 pero de qué manera. Cuarenta y cinco congresistas votaron a favor de darle facultades extraordinarias al Minsa para que designe sin pasar por el Congreso y cuarenta y cinco congresistas se opusieron; esto obligó al voto dirimente del presidente del Congreso de aquel entonces, Víctor Isla, que inclinó la balanza a fin de dar estas facultades.

Luego se han emitido al amparo de estas facultades 23 decretos legislativos que lo que hacen es profundizar esta privatización y recortar derechos laborales, como ya todos conocemos el famoso caso del DL N.º 1153. Pero hay algo más, como tiene fallas de origen se violó inclusive el Reglamento del Congreso, ya que no se discutió por ejemplo el Proyecto de Reforma que si se había consensuado en la Comisión de Salud, no se puso a debate, prefirieron entregarle estas facultades al Poder Ejecutivo; pasando encima de ese proyecto aprueban este modelo de reforma. Por lo tanto, es ilegítima, al no haber considerado a los actores en su conjunto que hacemos salud, ¿acaso han convocado a un solo gremio profesional, han convocado a la FMP? No convocaron a todos los actores sociales; el Consejo Nacional de Salud no recoge necesariamente la voz de toda la ciudadanía y tampoco la voz de todos los profesionales de la salud, sus votaciones están siendo inclusive cuestionadas desde el punto de vista legal porque la mayoría de sesiones no las ha presidido la ministra de Salud; por norma debió ser ella, sin embargo, se delegaba simplemente de manera verbal para que alguien tomará su asiento y dirigiera ese Consejo Nacional de Salud. Por eso, cuestionamos su legalidad, por supuesto, la muestra palpable es la acción de inconstitucionalidad que hemos presentado como CMP y FMP ante el Tribunal Constitucional, en la que se exige la derogatoria del 1153.

Quisiera terminar poniendo un ejemplo claro, de la vida real, que quizá algunos ya han escuchado y que grafica la lógica tan distinta de quienes vemos la salud como un derecho y quienes la ven como una mercancía. Lo que ocurrió aquí muy cerca de este local, en la Costa Verde; un menor de edad iba circulando con su padre en su vehículo y es golpeado por una roca que se desprende y sufre un traumatismo encefalocraneano grave, el padre confiado revisa sus documentos y tenía su Soat; va a una clínica

asociada y le dijeron: no, señor; no le corresponde la atención. Por qué no me corresponde, preguntó; porque no ha sido un accidente vehicular, oiga, pero ha sido dentro de un auto, replica, una pista de alta velocidad. Sí, pero no ha sido contra otro vehículo dice el seguro, tiene que ver las letras para la próxima señor, no le corresponde.

Si ese niño hubiera tenido seguro social de inmediato se le hubiera atendido en los hospitales de Essalud sin exigirle la afiliación al SOAT; si el sector privado para ganar tiene que dejar de atender lo va a hacer, si el sector privado para ganar tiene que auditar las historias y preguntarle al médico por qué usted recetó antibióticos de tercera generación y descontarle eso en su momento para ganar más lo va a hacer, si el sector privado tiene que empezar a tener una nueva relación en base a tarifarios con los médicos lo va a hacer, ya lo está haciendo; entonces, esa es la diferencia profunda que ahora se está aunando aún más, con colaboración obviamente, hay que decirlo con claridad, de algunos medios de comunicación que parcializan el debate.

### Propuesta Médica y IX CMN

Por lo tanto, es obligación de la Orden, en este IX CMN, darle al país una alternativa razonable y sustentada de un nuevo esquema, un nuevo modelo, un nuevo sistema, que deba llevarnos a la seguridad social universal por supuesto, que deba hacer cumplir los pactos internacionales que tiene el Perú y alertarnos todos por lo siguiente: ustedes creen que es casualidad estimados colegas que a propósito de estas elecciones y de cambio de la junta directiva el Minsa interprete auténticamente, como está acostumbrado, a que en el marco de las nuevas remuneraciones que han aumentado según la ministra de 48 % de nuestros sueldos, ahora los médicos tengan que volver a consentir por escrito su afiliación, su pertenencia al CMP y a la FMP, con cargo a suspender los aportes a nuestras organizaciones. ¿Ustedes creen que es casual que el Minsa haya emitido de manera reciente una resolución donde ya no es obligatorio hacer Serums para trabajar para el Minsa?, ¿que es casual ver un proyecto ahora en donde ya no va a ser obligatoria la colegiatura para el ejercicio de la profesión en el país?, ¿que es casual que ahora están llegando en bloques importantes colegas de otras nacionalidades?

Definitivamente no es casual, pero nosotros vamos a enfrentar eso con la firmeza del caso, hemos sobrevivido a todo y acá estamos, ningún gobierno ha podido con la orden, ni militares, ni cívico militar, ni dictadura solapada de democracia y este no va a ser la excepción, este no va a ser la excepción. Muchas gracias colegas por habernos escuchado y cuenten con el total respaldo y apoyo del CMP; nosotros siempre vamos a estar al frente de ustedes.



# Con la denominada 'reforma de salud' de 2013 no hay desarrollo\*

**Dr. Francisco Sánchez-Moreno Ramos**

Presidente emérito de la  
Academia Peruana de Salud

Señor decano, muy buenas noches. Amigos todos. Estimado David. Menciono a David Tejada Pardo porque tenemos una amistad de muchos años, somos demócratas que no pensamos lo mismo y la amistad es lo que predomina; podemos discrepar, en algunas cosas coincidir, pero lo importante ahora es que los peruanos nos demos cuenta de dónde estamos y actuemos. Para eso es el IX CMN –después de cinco años de grave vacío en que no se ha realizado– y que con nuestro decano, el Dr. César Palomino, felizmente, es uno de los puntos principales, tan necesario para el Perú y la profesión médica.

Esta es una presentación de la Academia Peruana de Salud, institución que afronta los problemas democráticamente, toma un buen número de acuerdos por consenso y otros con votación. En este caso ha definido por consenso que la denominada 'reforma' establecida por la Ley N.º 30073 nada tiene de reforma; fue elaborada en un proceso no participativo y –confirmando lo previsto– elude los mayores problemas de salud, contiene muy limitados avances y están ausentes las políticas y normas propias de una verdadera reforma de salud hacia el desarrollo. Ejemplos: 1) el derecho a la salud no existe y se da gran importancia al mercado; 2) la Superintendencia Nacional de Salud (Sunasa) ha sido potenciada.

Como lo vemos en muchos medios de comunicación, se puede ocultar cotidianamente la verdad en defensa del neoliberalismo, pero eso no convierte lo falso en verdad. Y resulta una penosa realidad que, de los cuatro grandes problemas en salud sin solución por más de tres décadas, ninguno se haya siquiera abordado. Todos han sido evadidos.

## ASEGURAMIENTO SOCIAL EN SALUD

Después de publicados los 23 decretos legislativos, la ‘reforma’ sigue careciendo de financiamiento moderno y efectivo, lo cual determina que dos tercios de la población no tengan derecho a la salud ni acceso a la atención integral. La ‘reforma’ no afronta el financiamiento deficiente y evade toda mención al bajísimo gasto anual de 35 dólares per cápita del SIS. Para el desarrollo del SIS es elemental fortalecerlo con funciones y autonomía como las de Essalud; y no haber creado un autónomo e innecesario Instituto de Gestión de Servicios de Salud (DL N.º 1167).

El SIS tuvo en 2012 apenas un gasto de 35 dólares per cápita al año para el 42 % de la población; pero fue de cero dólares para 20 % de peruanos que no tienen seguro, mientras en Essalud fue 196 dólares per cápita para el 30 % y en las EPS de 542 dólares per cápita para el 1,7 % de la población. Y, peor aún por la proyección que implica, hoy día apenas aporta al seguro social la cuarta parte de peruanos que trabajan (25,1 %), mientras que, por ejemplo, en Argentina es 70,1 % y muchos países europeos están cerca ya al 100 %. Es penoso, qué duda cabe.

Esta enorme inequidad debe ser la primera prioridad en cualquier reforma. Es una exclusión tremenda, más cuando el AUS está al alcance del Perú si es diseñado con financiamiento mixto, subsidiado y contributivo para todos los trabajadores formales e informales. América del Sur tuvo en 2010 un gasto anual per cápita de 571 dólares en promedio; Brasil, 990; Uruguay, 948; Chile, 933. El Perú solo 258 dólares, de los cuales 88 son gastos de bolsillo. ¡Y esto con una economía peruana destacada! Es vergonzoso.

¿Saben ustedes que el gasto per cápita en salud al año, que en el Perú es de 258 dólares, en España, que está económicamente mal, es de 2 896; en Italia, 3 200; en Reino Unido, 3 400; en Francia y en Alemania, 4 600

**Tabla 1. América del Sur: gasto anual per cápita en salud, 571 dólares, promedio año 2010\***

1. Brasil	990	6. Colombia	407
2. Uruguay	948	7. Ecuador	318
3. Chile	933	8. Paraguay	272
4. Argentina	759	9. PERÚ	258 (88 ¡con economía destacada!)
5. Venezuela	720	10. Bolivia	108

**Tabla 2. Sistema Nacional Descentralizado de Salud 35 años de vaivenes = subdesarrollo con avances menores de 5 %**

- ▶ Desarrollo de las cuatro funciones principales del sistema < 5 %
- ▶ Funcionamiento de los Consejos Nacional, Regionales, Provinciales y Distritales de Salud, y Comités (Ley N.º 27813) < 5 %
- ▶ Descentralización coordinada efectiva < 5 %
- ▶ Aseguramiento universal en salud (SIS + Essalud) < 5 %
- ▶ Desarrollo del primer nivel de atención < 1 %
- ▶ Generación de recursos humanos de salud prioritarios < 1 %
- ▶ Propuestas no tramitadas: evaluaciones técnicas periódicas, financiamiento actuarial, SERMEC, etc. 0 %

Avance promedio estimado menor de 5 %

Fuentes: 1. Enciclopedia Historia de la salud en el Perú, vol. 6 y 23. Academia Peruana de Salud, 2008-2013.

2. Revista de la Academia Peruana de Salud, vol. 9-20, 2002-2013.

3. Memorias y actas del Consejo Nacional de Salud, 2002-2013.

y en Noruega, 8 000? Como pocos lo conocen, pues qué importa, ahí queda, nada cambia. ¿O alguien cree que tenemos una reforma? ¿Hay que esconder estas verdades? ¿Hay que felicitar al Gobierno? No. Es una situación dramática motivo de censura, es una vergüenza nacional. Peor aún, desde 2009, el Congreso de la República eliminó los ingresos del seguro social por gratificaciones. Con estas cifras, ¿cómo pudieron eliminar las gratificaciones en el seguro social? Pero sigue sucediendo y ahora quieren prolongarlo indefinidamente.

Por otro lado, se insiste sin éxito solo en el financiamiento público, igual que hace 111 años, en 1903, cuando llegó la epidemia de peste al Perú y se creó la Dirección de Salubridad Pública. ¿Saben cuánto le dieron de presupuesto público al director Julián Arce? En plena epidemia de peste que aterraba a la nación, recibió solo lo que permitió contratar 80 personas para todo el Perú. Algunos piden lo mismo ahora: solo presupuesto público. Y no saben que no alcanzó, no alcanza ni alcanzará, como en todo país subdesarrollado. Y no nos comparemos con Inglaterra, que tiene suficiente dinero estatal.

En cuanto a la participación privada en el aseguramiento en salud, tiene que ser complementaria al aseguramiento público, de ninguna manera alternativa neoliberal, como se promueve con las IAFAS privadas, porque viola el principio de solidaridad, debilita el aseguramiento nacional e impide la universalización del derecho a la salud.

La participación de las asociaciones público-privadas (APP) que estableció el DL N.º 1012 (2008), Ley Marco de APP, solo puede realizarse con

**Tabla 3. América del Sur: Reformas de los sistemas nacionales de salud desde 1978 y gasto per cápita en salud de 2010 en dólares**

Inicio	País	Reforma del sistema nacional de salud <sup>(1)</sup>	Gasto per cápita en salud 2010 en dólares <sup>(2)</sup>
1978	Perú	Sistema nacional de servicios de salud	258 ¡con economía destacada!
1980	Chile	Sistema dual: Isapres + Fonasa	933
1990	Brasil	Sistema único de salud + sistema privado (dual)	990
1993	Colombia	Sistema nacional de mercado regulado	407
2008	Ecuador	Red pública integral + sector privado (dual)	318

1. Enciclopedia Historia de la salud en el Perú, vol. 6. Academia Peruana de Salud, 2008.

2. Último Informe, 2010. Organización Mundial de la Salud (publicado en 2013). Disponible en la web: 9789243564586\_spa.pdf

transparencia plena y oportuna en todas sus etapas, y de acuerdo a la Ley N.º 27806 de Transparencia. Cuando esto se vio en la Academia el año 2008, por mayoría se dijo: “No se puede impedir la participación privada”. Y en el país absolutamente nadie se opuso. Siguió el decreto legislativo. Se está aplicando ahora una norma de esa época, pero se ha dicho que es de la reforma actual. No es verdad. Ahora, si algo no va bien, hay que denunciarlo, pero sostener que no participe lo privado es un absurdo.

## SISTEMA NACIONAL COORDINADO Y DESCENTRALIZADO DE SALUD

La rectoría, organización, descentralización y articulación siguen y seguirán deficientes, y las evaluaciones inexistentes. No se ha planteado cambio alguno para lograr su desempeño eficiente y evaluarlo periódicamente, y se persiste en la rectoría involutiva de mercado gravemente debilitada por la paralela Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud (Sunasa).

Cabe mencionar una excepción y es que según los artículos 1, 6, 7 y 8 del DL N.º 1158, la Sunasa está obligada a promover la participación y la vigilancia ciudadana en todo el país, y a proteger y defender los derechos de las personas afiliadas al SIS, Essalud, etc. Hay que exigirlo y que se demuestre que se defienden los derechos.

Veamos a continuación cómo durante 35 años, por predominar los vaivenes, nada importante se ha podido desarrollar en el sistema nacional de salud. Cada Gobierno no puede seguir estableciendo ‘su reforma, sus políticas y sus leyes’, pues se traduce en subdesarrollo.



Profesionales	2004-2008	2009-2013 (a junio)	Total
Médicos	144 (29 anual)	6.162 (1.369 anual)	6.306
Enfermeras	240 (48 anual)	7.628 (1.695 anual)	7.868
Obstetrices	43	982	1.025
Odontólogos	52	1.674	1.726
<b>Total</b>	<b>479</b>	<b>16.446 (3.655 anual)</b>	<b>16.925</b>

\* Ministerio del Interior. Superintendencia Nacional de Migraciones, 23.07.2013. (Solicitado de acuerdo a la Ley de Transparencia y Acceso a la Información Pública N° 27806.)

El Perú no puede olvidar que desde fines de la década de 1970 y mediante sucesivas leyes, tres sistemas nacionales coordinados de salud fueron creados, pero ninguno contó con decisión política –siquiera medianamente estable– para alcanzar un desempeño eficiente:

- ▶ El Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) fue creado en 1978 por Decreto Ley N.º 22365, desacelerado en 1980, desactivado en 1985 y derogado en 1990.
- ▶ El Sistema Nacional de Salud (SNS) fue creado en 1990 mediante DL N.º 584. No fue oportunamente reglamentado, su Consejo Nacional de Salud nunca fue conformado, los sistemas locales de salud (Zonadis, zonas de desarrollo integral de la salud) fueron creados en 1992 y desactivados en 1994, y el decreto legislativo fue derogado en 2002.
- ▶ El actual Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud (SNCDS) fue creado en el año 2002 por la Ley N.º 27813. Nunca tuvo prioridad, fue desacelerado en 2003, se intentó derogarlo en 2008, se planteó desnaturalizarlo en 2012 y, sin evaluación, en 2013 es 'reformado'.

Nuestro país fue el primero en realizar en 1978 la reforma de su Sistema Nacional de Salud; pero cuando no se desarrolla en salud y educación, y la población es desinformada permanentemente por los medios de comunicación, no nos damos cuenta de lo que va sucediendo. ¿Cuál es el resultado cuando comparamos el gasto per cápita en salud de los sistemas nacionales de salud de los países de América del Sur que han efectuado reformas?

No todos los sistemas nacionales de salud del mundo han desarrollado lo suficiente. Los países que no los desarrollan ni los evalúan no podrán alcanzar sus objetivos en salud ni lograr los progresos que esperan.

El Perú es el país sudamericano que más se ha perjudicado con la polarización ocurrida desde inicios del siglo XX en Europa entre el sistema de seguridad social (1883; Bismarck, Alemania) y el sistema integrado único de salud (1917; Revolución Rusa). La situación nacional se agravó a partir de 1990 con un ‘tercero en discordia’: el sistema de mercado (EE. UU.), introducido en América por la banca internacional.

El principal factor de retraso del sistema son los reiterados intentos de forzar la fusión o integración de instituciones, fondos o servicios, que afectan la autonomía y los recursos del seguro social, así como los derechos de los trabajadores y sus familiares:

- ▶ 1968-1977: Plan nacional hacia el ‘Servicio Único de Salud’.
- ▶ 1985-1990: ‘Integración funcional Minsa-IPSS’.
- ▶ 2008: Decisiones del ministro de Salud.

Estos intentos fueron siempre rechazados por los asegurados y, desde el I CMN (1976), por más de 80 % de los médicos; pero la inviabilidad de cada pretendida integración dejó el camino libre al neoliberalismo desde 1990.

## RECURSOS HUMANOS

Hay insuficiencia de profesionales y bajas remuneraciones. El DL N.º 1153 –promulgado sin prepublicación– ha agravado la conflictividad, no existe convergencia con los actores sociales. No hay formación ni capacitación universitaria en sistemas de salud y aseguramiento social. Y, adicionalmente, se elude la penosa realidad de las migraciones de profesionales, severamente incrementadas en los últimos cinco años.

Inmersa en la preocupante situación de la salud nacional, no es predecible lo que ocurrirá en los próximos años; pero no cabe duda de que debería ser del mayor interés de todos para llegar a las mejores soluciones en el menor tiempo posible. Sin embargo, el Minsa ha eludido la realidad. Lo demostró públicamente en el propio Congreso de la República en octubre de 2013.

## AUSENCIA DE POLÍTICA DE ESTADO

Es imprescindible, como en los países desarrollados, tener una política de Estado y ese debería ser el acuerdo más importante y urgente del Gobierno y del Congreso de la República. Sin embargo, por privilegiar el mercado, la concertación es inexistente. Y los vaivenes resultantes impiden e impedirán progresar. No se vislumbra modificación alguna. Más aún, agravada la conflictividad con los 23 decretos legislativos, la concertación con el actual Gobierno resulta inviable.

## REFLEXIONES FINALES

- ▶ El Aseguramiento Social Universal es factible con financiamiento moderno mixto (subsidiado y contributivo). El aporte contributivo solidario tiene que ser obligatorio y equitativo en proporción a sus ingresos para todos los trabajadores formales e informales.

Es fundamental propender a que aporte el 100 % (y no solo el 25,1 %) de los trabajadores, con tecnología de última generación.

- ▶ Se requiere emprender acciones en el Sistema Nacional de Salud con rectoría plena, sustento técnico y sin vaivenes, y recuperar el lugar que nos corresponde en América del Sur.
- ▶ Desde hace más de 12 años, el Perú tiene condiciones sociales, económicas y técnicas para el desarrollo en salud y el aseguramiento social, pero se requiere decisión política (que no existe).

Este año hay un nuevo escenario: la reforma de salud ha retornado a la responsabilidad legislativa del Congreso de la República. Mas no será un escenario duradero, pues en 2015 predominará el ambiente preelectoral y en 2016 habrá otro Gobierno.

- ▶ ¡Los vaivenes podrían continuar indefinidamente! Realmente dramático, mucho más para los jóvenes. Van ya 35 años.

### Hacia la política de Estado en salud

Como en Perú, desde hace varios años existen las condiciones para alcanzar un nivel muy superior en salud y aseguramiento social, todos los peruanos debemos asumir la responsabilidad de propiciar un proceso exitoso de reforma.

Para lograrlo no hay otra posibilidad que concertar una política de Estado en salud. El IX CMN debe aprobar un proyecto de ley al respecto y luego concertarlo en el Congreso de la República. Y si no es posible ahora, hacerlo con todos los partidos políticos en el proceso electoral de 2016.

### Comentario final, en relación a una pregunta

¿Podríamos lograr el seguro social universal con su planteamiento en vez de continuar con el AUS?

El seguro social universal y el aseguramiento social universal no son diferentes, son etapas progresivas de desarrollo de lo mismo. Sí es diferente, en cambio, el seguro social con el aseguramiento neoliberal no social. La palabra aseguramiento es del español y si va con la palabra social, no hay problema.

Entre 2001 y 2004, con la consultoría oficial de un experto francés en seguridad social, diseñamos en el Minsa y en el Consejo Nacional de Salud el modelo peruano de aseguramiento social universal en salud, con aporte contributivo (sustentado en tecnología moderna) de todos los trabajadores, incluidos los informales, completamente diferente al modelo de 'AUS' de la banca internacional, que se estableció por la Ley N.º 29344, de 2009.

En 2004, hace exactamente 10 años, quedó concluido el proyecto de ley y si se hubiera tramitado y aprobado, el desarrollo en salud y aseguramiento social hubiera comenzado de inmediato, con base técnica indudable y financiamiento plenamente sostenible. Ahora tendríamos un cambio abismal: 70 % de la población con seguro social de salud. El 30 % restante –hoy la mayoría sin seguro alguno– requiere de una base financiera más compleja y toma algo más de tiempo. Pero este 30 %, en un proceso nacional gradual pero creciente, tendría ya un seguro muy apreciado en el SIS, con un gasto per cápita muchísimo mayor a los ridículos 35 dólares de 2012. Esto hay que tratarlo en el IX CMN, democráticamente, como en los anteriores, porque las discrepancias democráticas construyen y la votación resuelve.

Pero también el IX Congreso podría terminar como concluyó el VIII, exigiendo "...derogar la Ley N.º 29344 de 2009" del denominado AUS, que nada logró en la realidad.

El Capítulo Médico de la Academia Peruana de Salud sostiene claramente: "Tenemos que propiciar y lograr la política de Estado en salud a través de un proyecto de ley. Si no, nada va a caminar".

Decir y también actuar: estos cinco o seis puntos de la política de Estado son elementales para el desarrollo de la salud y el aseguramiento social en el Perú. Si el Congreso no toma acuerdos de este nivel y solo se pide derogatorias o modificaciones de la reforma, no habría solución posible.

# Reforma del sector y del sistema de salud para un Perú más saludable con equidad

**Dr. Julio Castro Gómez**

Exdecano del CMP

En otra presentación, el doctor Sánchez Moreno ha señalado con mucha claridad no solo las críticas a la denominada ‘Reforma de la Salud’ del Gobierno, sino también las orientaciones para la elaboración de una propuesta alternativa desde el CMP. También es importante la opinión de David Tejada Pardo, representante del partido de gobierno –pero que no está en el Gobierno–, que coincide de manera importante con una alternativa social que apuesta por la realización del Derecho a la Salud y a la universalización de la seguridad social con atención universal integral y de calidad para todos.

## **Demandamos y proponemos un Reforma Sanitaria por el Derecho a la Salud**

En primer lugar, debo dejar establecido que la denuncia y rechazo a la ‘reforma’ de la ministra De Habich, no significa que los médicos no planteemos la necesidad de una autentica reforma de salud. Eso creo que debe quedar muy claro, no solo entre nosotros sino ante la opinión pública. Queremos una verdadera transformación de nuestro sistema sanitario y esta es una propuesta que los médicos venimos planteando desde hace más de cincuenta años. La necesidad de transformar el sector salud para lograr que el derecho a la salud se haga una realidad entre los peruanos, fue planteada primero en 1947 en la fundación de la FMP, la asumió la Declaración de La Habana de 1946 que postuló la demanda a los gobiernos de América Latina de este derecho a la salud de los pueblos del continente. Como lo recuerda el maestro Carlos Bustíos Romaní, esta orientación principista tuvo un desarrollo muy importante en el I CMN de salud pública realizado en noviembre de 1962 el que acordó la necesidad de una transformación del sistema para garantizar el derecho a la salud de los peruanos. Entonces tenemos que decirlo con absoluta claridad y firmeza: los médicos si queremos

una reforma de salud, estamos insatisfechos con la actual situación del sector salud, denunciamos la actual situación insatisfactoria de la salud de la población y del sistema de salud. Demandamos su transformación para que se constituya en un elemento fundamental de mejora del bienestar y la calidad de vida de los peruanos, se convierta en un estímulo fundamental para aumentar la producción y productividad nacionales y se haga realidad el derecho a la salud de los peruanos.

### **Problemas de salud, inequidades y brechas**

Queremos dejar muy claro que el derecho a la salud no se realiza en el país para toda la población y presenta déficits muy graves en su estado de salud. La desnutrición, la anemia y la mortalidad infantil son muy elevadas y, además, con inequidades y brechas dramáticas que afectan a los más pobres, a la zona rural, a las regiones postergadas y a las comunidades nativas andinas y amazónicas. También la mortalidad materna y el embarazo adolescente están en una situación crítica. Las enfermedades infecto contagiosas de alta prevalencia como la tuberculosis, sobre todo sus formas resistentes y extremadamente resistentes a la drogas; y, las carga cada vez mayor de las enfermedades crónicas no transmisibles que son las responsables de la mayor morbilidad y la mortalidad en el país están en situaciones muy graves y delicadas.

### **Crisis de los servicios de salud**

Además, tenemos el problema de la crisis severa en la que se encuentran los establecimientos de salud públicos cuyo estado, como dice la Defensoría del Pueblo en un informe reciente, es deplorable. Es la calificación que hace la defensoría del Pueblo luego de haber hecho la inspección de 137 hospitales del Minsa y la seguridad social, en Lima y regiones del país, en la que constató la infraestructura física deteriorada, equipamiento deficitario y obsoleto, ausencia de saneamiento básico en muchos de ellos –en 13 hospitales públicos del país no existe servicio de agua potable continua–, una gestión sanitaria en su mayoría incompetente y burocratizada ni que hablar de la situación de los recursos humanos porque nosotros lo vivimos directamente colegas, los recursos humanos profesionales, técnicos y de auxiliares son deficitarios, sobre todo falta de especialistas en las regiones, desmotivados, mal pagados y maltratados, falta de medicamentos e insumos como vacunas. El abandono histórico de la salud constatado en el escaso financiamiento –estamos en la cola de América Latina en presupuesto para el sector–, y su mala utilización por los problemas de ineficiencia y corrupción que limitan aún más estos escasos

recursos. Recuérdese que la OMS estima que el 20 % de los presupuestos se pierden en corrupción en los diversos niveles del Gobierno. Se ha señalado también que no existe una verdadera conducción y gestión democrática en sector, prácticamente no existe la autoridad sanitaria a nivel nacional.

## **Descontento ciudadano y maltrato a los pacientes**

Descontento ciudadano, malestar y desconfianza de los pacientes y usuarios por la exclusión de amplios sectores de la población (30 %), altos y crecientes costos de la atención y baja calidad de los servicios y atenciones. Modelo de Atención centrado en los establecimientos y la enfermedad y no en la salud de las personas. Todo esto repercute en la mala atención y el maltrato a los pacientes y usuarios, de los servicios públicos. Esta es una preocupación central que tenemos, la ciudadanía, los hombres, mujeres y niños del país no pueden seguir soportando este maltrato, esta mala atención a sus necesidades y expectativas, por eso debe cambiar el sector, por eso exigimos, demandamos, luchamos y proponemos una reforma de salud en el país.

## **La ‘Reforma de los decretos legislativos’**

La situación de crisis y de alta conflictividad del sector tiene entre sus causas más importantes el desarrollo desde la década de 1990, por casi 20 años, de una política que no ha priorizado la salud de la población con los recursos necesarios para atender sus necesidades y la implementación de una política de aseguramiento que no ha significado una mejora de la protección social y financiera para los peruan@s. Seguro para pobres con limitada cobertura de prestaciones, desfinanciado y no sostenible, ya que no establece como base un porcentaje del PBI y está sujeto a la disponibilidad presupuestal. Mantiene la ineficiencia en la inversión en salud al atomizar el financiamiento en múltiples fondos y administradoras de seguros en salud. Debilita aún más al Gobierno y la rectoría del sector Salud, debido a que profundiza la segmentación del sector Salud, y mantiene los privilegios de administradoras públicas que se manejan como privadas, sin rendición de cuentas a la ciudadanía y promueve la participación privada en el aseguramiento, en desmedro de la responsabilidad pública.

Mediante decretos legislativos (23), se quiere implementar una denominada ‘reforma de salud’ que tiene como propósito declarado por sus propugnadores darle continuidad al proceso de aseguramiento responsable de la situación de crisis del sector.

En este conjunto de normas no se propone transformar el sistema, ya que no aborda los temas centrales para hacer realidad el derecho a la salud, pasa

**Tabla 1. Antecedentes de la propuesta del Gobierno**

- ▶ Las Reformas neoliberales en salud: Inglaterra (1978-80)
- ▶ El Consenso de Washington (1988)
- ▶ El Banco Mundial: “Invertir en salud” (1993)
- ▶ La Reforma Colombiana: la Ley 100 (1992)
- ▶ La Constitución de 1993: desaparición de la salud y la seguridad social como derechos fundamentales
- ▶ La Ley General de Salud (1997)
- ▶ El Seguro Escolar Gratuito (1998)
- ▶ El Seguro Materno Infantil (2000)
- ▶ El Seguro Integral de Salud – SIS (2001)
- ▶ El FISAL (2003)
- ▶ El Aseguramiento Universal de Salud – AUS (2009)

de un reconocimiento formal a garantizar efectivamente su cumplimiento. No articula ni integra operativamente a los principales prestadores públicos (Minsa, Essalud, las Diresa, Sanidades, Municipios), mantiene la segmentación. No universaliza la cobertura a toda la poblacional ni garantiza el financiamiento ni la atención integral para todos que brinde un trato digno, seguro y de calidad. No dispone de recursos humanos en cantidad y competencias necesarias, distribuidos descentralizada y equitativamente, con remuneraciones justas y derechos laborales reconocidos. Por el contrario, ha expedido el DL N.º 1153, con disposiciones anticonstitucionales y contra la Ley de Trabajo Médico, de otros profesionales y trabajadores del sector, que afectan y desconocen derechos conquistados.

### **La propuesta desde la sociedad civil y los gremios**

En el debate y lucha por el Derecho a la salud y una auténtica Reforma de la Salud desde las organizaciones representativas de la profesión médica como el CMP y la FMP, otras profesiones de la salud y el Foro de las organizaciones sociales en salud se está construyendo una alternativa sostenida en el movimiento social que no ha sido tomada en consideración por el Minsa y sus funcionarios.

La propuesta desde la sociedad civil y los gremios se propone y demanda Impulsar la conformación del Sistema Nacional de Salud (SNS) para el ejercicio del derecho a la salud, contrapuesta a la que el Gobierno viene impulsando con marcada orientación privatista. El SNS articulará progresivamente los aparatos prestadores públicos para universalizar la



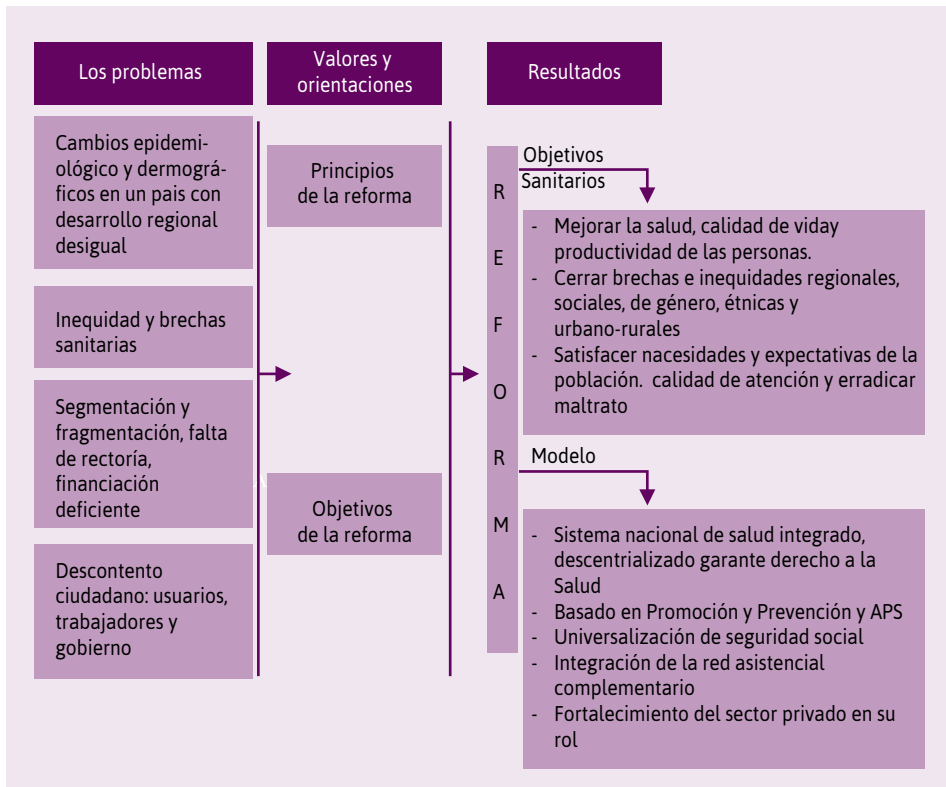


Figura 1. La propuesta social: reforma del sector y del sistema de salud para un Perú más saludable con equidad.

seguridad social y será orientado por los siguientes principios: universalidad en el acceso por condición de ciudadanía; integralidad en la atención de todas las necesidades de salud de todas las personas; solidaridad en la distribución del financiamiento generado por las contribuciones y los impuestos; expresándose estos en un solo Plan Integral de Salud para todos los afiliados a los sistemas de seguridad social en salud: SIS y Essalud. El SNS consolidará los atributos de buena gestión y eficiencia, calidad y seguridad en beneficio de los usuarios y pacientes; contará con la participación del sector privado de manera complementaria y legalmente regulada. El SNS será descentralizado y participativo para construir sus políticas de acuerdo a las necesidades de la población, y gozará de financiamiento sostenible como compromiso del Estado y de la sociedad. Por todo ello y en concordancia con el VIII CMN demandamos la derogatoria de la Ley de AUS, Ley N.º 29344.

El Sistema Nacional de Salud contará con la rectoría estratégica del Minsa; se financiará con recursos mixtos del tesoro público y de los aportes a la

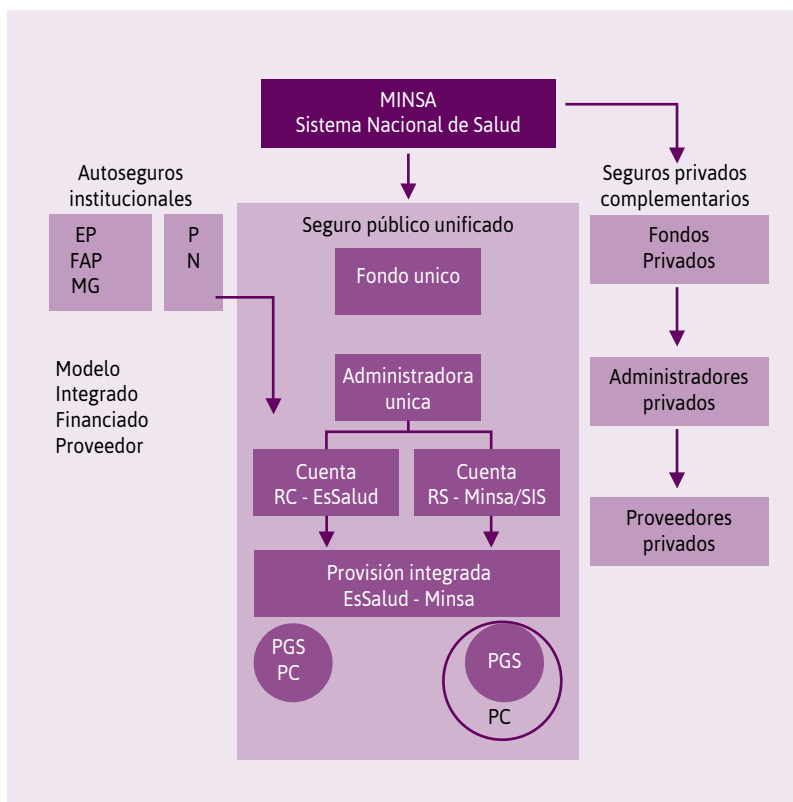


Figura 2. Propuesta de Sistema Nacional de Salud.

seguridad social y todo el que puede aportar lo hará, que se administrarán con cuentas separadas y que respetan escrupulosamente la intangibilidad de los recursos del Seguro Social en Salud (Essalud); se organiza progresivamente en redes públicas mixtas (Minsa-Essalud) que, integradas operativamente no estructuralmente, busquen economías de escala, mayor eficiencia, calidad y seguridad.

### Lineamientos de política para una auténtica Reforma de la salud

La salud de todos los peruanos será expresión y condición de un desarrollo económico y social sostenible e inclusivo, cuya razón de ser es la persona humana. Será reconocida como una Política de Estado que atiende los determinantes sociales de la salud y organice la respuesta social para su atención.

La salud es un derecho humano fundamental y el Estado es el garante del acceso universal a la atención de salud para la población, en condiciones

**Tabla 2. Estrategias para la universalización de la seguridad social**

- I. Combatir la pobreza, desigualdad y la exclusión social. pleno Empleo decente. Erradicar la desnutrición infantil y el analfabetismo. Agua para todos
- II. Promover la reforma sanitaria por el derecho a la salud y la universalización de la seguridad Social. Plan Nacional Centralizado, Participativo y financiado garante del derecho a la salud y la Universalización de la seguridad social.
- III. Fortalecer y reestructurar el seguro social de salud: ampliación de la cobertura a la población adecuadamente empleada, desarrollar primer nivel atención promoción y prevención; mejorar calidad de auxiliares, procuperacion de aportes sustraídos. Autonomía del Fonafe. Essalud: seguro contributivo integrante de un seguro público unificado (SPU).
- IV. Fortalecer el SIS, Transformándolo en un seguro subsidiado (Contributivo indirecto) integrante de un SPU. Cobertura integral de prestaciones de salud al 2021.

de calidad, seguridad y dignidad, con eliminación de las barreras de acceso geográficas, económicas y culturales, sin ningún tipo de discriminación.

La política de salud desarrolla los enfoques de derechos, género e interculturalidad en su formulación y aplicación.

La salud es una política pública nacional y compartida con los niveles de gobierno, regional y local. Los gobiernos regionales y locales ejercen las funciones en salud que la Constitución y las leyes establecen, y son autónomos dentro de ese marco normativo.

El Minsa es el organismo de Gobierno y Rector Nacional de la política salud. El ministro/a de Salud ejerce la Autoridad Sanitaria Nacional.

### **Establecer como lineamientos institucionales y organizativos para una auténtica reforma de salud**

Organizar un Sistema Nacional de Salud descentralizado, participativo y financiado que articula todos los recursos y servicios públicos y coordina con el sector privado para el logro de los objetivos sanitarios nacionales. El sistema contará con la rectoría estratégica del Minsa; se financiará con recursos mixtos del tesoro público y de los aportes a la seguridad social y todo el que puede aportar lo hará, que se administrarán con cuentas separadas y con respeto escrupuloso de la intangibilidad de los recursos del Seguro Social en Salud (Essalud); se organiza progresivamente en redes públicas mixtas (Minsa-Essalud) que, integradas operativamente no estructuralmente, busquen economías de escala, mayor eficiencia, calidad y seguridad.

El Sistema Nacional de Salud se organiza en los tres niveles de gobierno: nacional, regional y local. Se transferirán recursos, se generarán o fortalecerán capacidades y se desarrollará transferencia tecnológica.

El Sistema de Salud promueve la participación del sector privado en las prestaciones de Salud con carácter complementario y legalmente regulado.

El Sistema Nacional de Salud tiene la más amplia participación social canalizada a través del Congreso Nacional, Congresos Regionales y Congresos Locales de Salud, así como dispone de mecanismos de toma de decisiones con la participación tripartita de autoridades de salud, trabajadores de salud y organizaciones de la sociedad civil.

### **Establecer como lineamientos de desarrollo y gestión de recursos humanos para una auténtica reforma de salud**

El personal de salud será revalorado, trabajo digno para todos, se eliminarán todas las formas de precarización del empleo, que incluye la eliminación de los CAS y el nombramiento del personal de salud contratado. El personal de salud se distribuirá equitativamente y se garantizará su presencia en todo el territorio nacional, con beneficios para los que trabajen en zonas de menor desarrollo y de frontera. Se desarrollarán programas de educación permanente en salud para todo el personal para mejorar el desempeño basado en competencias.

La política de RR. HH. y de remuneraciones de los trabajadores del sector público nacional de salud es única y se gestiona por la Autoridad Sanitaria Nacional. Se derogarán los aspectos inconstitucionales y que desconocen derechos conquistados en la Ley de Trabajo Médico, de otras profesiones y de los trabajadores en general del sector del DL N.º 1131.

Mejorar y ampliar la infraestructura y equipamiento de todos los establecimientos de salud, en base a la categorización y necesidades de salud de la población. Se construirán nuevos establecimientos de salud para garantizar la cobertura universal integral. Se dotarán los recursos necesarios para el mantenimiento preventivo y permanente de los equipos de salud.

Garantizar el acceso universal a los medicamentos genéricos de calidad y una Política de Medicamentos que asegure la disponibilidad, el abastecimiento, la comercialización y la utilización racional de medicamentos. Control de calidad de medicamentos y regulación del mercado farmacéutico, con la colocación de la salud pública por encima de los intereses comerciales (Acuerdo de Doha). Revisión y renegociación de los tratados de libre comercio en lo que pudiera limitar el acceso universal a medicamentos.

### **Resultados / objetivos de la Reforma**

- ▀ Mejora de la salud, calidad de vida y productividad de las personas
- ▀ Cierre de brechas e inequidades regionales, sociales, de género, étnicas y urbano-rurales

- ▶ Ciudadanas y ciudadanos atendidos en sus necesidades y expectativas. Calidad de atención y erradicación del maltrato
- ▶ Sistema Nacional de salud integrado, descentralizado, participatorio, financiado garante derecho a la salud
- ▶ Modelo de atención basado en promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y atención primaria de la salud
- ▶ Universalización de la seguridad social: seguro público universal
- ▶ Integración operativa de la red asistencial pública
- ▶ Fortalecimiento del sector privado en su rol complementario

Señor Decano y participantes en este Foro, estimo muy importante que las exposiciones hayan expresado coincidencias básicas, coincidencias fundamentales que deben servir para nutrir al conjunto de la Orden médica nacional y por supuesto al resto de profesionales y trabajadores en un diálogo interprofesional del equipo de salud y de este con la comunidad para lograr levantar una propuesta que cambia el rumbo de lo que hoy se propone como reforma. Considero que hay que decirle al Gobierno si pidió una reforma, lo han engañado porque esta no es una reforma, es la continuación de las políticas neoliberales iniciadas en el país la década de 1990. Primero, con la Ley General de Salud, sobre la base de la constitución neoliberal fujimorista las que se hicieron realidad con el seguro escolar gratuito, en 1997; con el seguro materno infantil, en 1998, las que luego se plasmaron en el SIS, en 2000, y el Fissal, en 2002; y en la Ley de AUS, en 2009, ante la cual nuestro VIII CMN tuvo la valentía y la decisión de ser la única voz a nivel nacional que demandó su derogatoria, porque no podemos permitir que a los peruanos se nos discrimine, se nos diferencie por condición social, étnica o de género, sino por el contrario se debe practicar una política universalista; porque no aceptamos seguro para pobres que termina, como se ha demostrado, siendo un pobre seguro y que pretende consagrar ciudadanía de primera, segunda y tercera categoría que son intolerables en un país que se pretende democrático. Por eso, estimados colegas, estimados amigos, señor decano, nos complace mucho participar en esta inicial jornada que esperamos pueda ser llevada al conjunto del país para que, repito en ese diálogo interprofesional, en ese dialogo con la comunidad en esa apuesta con la ciudadanía podamos revertir el rumbo de un proceso que no queremos porque afecta los derechos fundamentales de los peruanos, muchas gracias.

**Página en blanco**

# Financiamiento del sistema de salud

**Dr. Max Cárdenas Díaz**

Exdecano del CMP

El mayor obstáculo para la construcción del sistema de salud en el país es la carencia de un financiamiento suficiente, equitativo y sostenible para hacer realizable el derecho de todos los peruanos a una atención integral de salud con calidad y oportunidad adecuadas, independiente de su poder adquisitivo y de la localidad en la que viven y trabajan.

Desde un punto de vista histórico la mayor medida gubernamental para avanzar en el cometido de financiar adecuadamente la atención de salud de la población data de mediados de la década de 1930, es decir, de hace más de 80 años, período en el que se estableció en base a los principios solidarios de la seguridad social el seguro obligatorio para obreros que ha evolucionado hasta cubrir a toda la población de trabajadores dependientes. Pese a las restricciones y mala administración a que dicho financiamiento ha sido sometido (creación de las EPS, Ley de Modernización de la Seguridad Social, corrupción, malversaciones, etc.) y al retraso en la actualización del monto de los aportes, esta fórmula de financiamiento permite en la actualidad la cobertura de atención a 9 millones de personas, con un gasto per cápita de aproximadamente 250 dólares.

El Estado ha venido subsidiando la atención de la población no asegurada y de los miembros de las fuerzas armadas y policiales, con una cantidad de recursos financieros permanentemente insuficientes proveniente del presupuesto de la República, que en la actualidad, en lo que corresponde al Minsa y a los Gobiernos Regionales, no sobrepasa los 90 dólares per cápita al año por todo concepto (incluido el SIS).

La población con ingresos insuficientes para adquirir un seguro privado de salud no supera el millón de personas y se calcula que el gasto per cápita anual de este sector está actualmente alrededor de 400 dólares per cápita al año.

El gasto de bolsillo de las personas en atención de salud ha sido identificado como proporcionalmente más alto que el que realiza el Estado y también más alto que los aportes de los empleadores a Essalud.

Visto panorámicamente el gasto total en salud alcanza 5,5 % del PBI, del cual solo 1,9 % constituye, gasto público. Esto expresado en términos per cápita es un monto de 300 dólares per cápita lo que nos ubica entre los países con menor inversión en salud en la región y en el mundo.

Para dimensionar la magnitud del financiamiento necesario para cubrir adecuadamente la salud de la población de un país el indicador más útil es el gasto per cápita. En base a dicho indicador pueden tomarse en cuenta los avanzados estándares europeos que en promedio están alrededor de los 3 000 dólares per cápita al año que resultan inalcanzables para países en proceso de desarrollo o los más cercanos estándares de los países latino americanos que más gastan que en promedio están alrededor de los 1 000 dólares.

De estas cifras surge la evidencia que para ubicar al Perú entre los países de la región con mayor gasto en salud deberían adoptarse medidas que permitan aproximarse a los 30 000 millones de dólares como inversión en salud; es decir, cubrir una brecha de alrededor de 20 000 millones de dólares toda vez que el gasto total en salud actual expresado en cifras absolutas apenas alcanza los 10 000 millones de dólares.

Plantearse cubrir una brecha financiera de esas dimensiones solo es posible mediante el desarrollo de un esfuerzo nacional continuo en el tiempo liderado por el Estado y con amplia participación social.

La inversión pública en salud, si bien ha venido incrementándose en la última década, lo ha hecho en montos absolutamente insuficientes de forma tal que aun en el supuesto que cumpliera el compromiso adoptado en el Acuerdo Nacional o el adoptado en el denominado acuerdo en salud de los partidos políticos solo alcanzaría una meta de 60 % del gasto total; es decir, 18 000 millones de dólares en el plazo de 30 años.

Estas estimaciones hacen prescindible plantear la necesidad de complementar el mayor esfuerzo estatal posible con el aporte de todos los que trabajan en el país; es decir, incorporar el aporte obligatorio de los trabajadores independientes formales e informales que actualmente no contribuyen la mayoría de la población económicamente activa.

Visto de esta forma, solo el proceso en el que progresivamente se logre el incremento de los aportes del Estado y paralelamente se organice



también paulatinamente la participación del conjunto de la población económicamente activa mediante un proceso de protección social obligatorio y solidario constituye el único camino factible para alcanzar los niveles de financiamiento necesarios para mejorar sustancialmente la atención de salud a todos los peruanos.

El diseño de este proceso debe tomar en cuenta la experiencia internacional que muestra una evidencia insoslayable. Ningún país del mundo que ha alcanzado la cobertura universal de salud para su población en base a confiar la administración de fondos de aseguramiento a entes privado-lucrativos. Estos fondos son administrados o por entes públicos o entes privados no lucrativos (cajas de seguros) que se rigen estrictamente por principios de solidaridad.

Las experiencias sudamericanas, en particular la de Chile y la de Colombia, muestran que empoderar a entes privado lucrativos (EPS o ISAPRE) para que sean los actores principales de los procesos de universalización del acceso a la atención de salud solo logran profundizar la inequidad y enriquecer a los intermediarios sin más propósito que el lucro. En el proceso de construcción del sistema solo tres actores son válidos el Estado y los fondos públicos como financiadores, los médicos y demás profesionales y trabajadores de salud como prestadores de salud y los usuarios. Solo los intereses legítimos de estos actores deben ser conjugados. Los seguros privados solo deben tener el carácter voluntario y complementario.

En el proceso de reorganización del sector salud iniciado por el Estado peruano con la promulgación de la Ley N.º 29344, denominada Ley Marco de AUS y en los 23 decretos legislativos promulgados al amparo de la reciente delegación de facultades, no hay ninguna medida orientada a fomentar el financiamiento equitativo, sostenible y suficiente del sistema de salud. Por el contrario, se ha dado partida de nacimiento y se pretende consolidar unos entes denominados instituciones administradoras de fondos de aseguramiento en salud (IAFAS), que pueden ser públicas, privadas o mixtas, y las asimilan a tal condición en el mismo nivel jurídico y con las mismas atribuciones a Essalud, al SIS y otras administradoras públicas de fondos y a los seguros privados existentes o por crearse. Se ha legalizado así el camino para un aseguramiento privado lucrativo alternativo al seguro público que hará posible alcanzar la meta de la seguridad social universal.

Por lo tanto, debemos plantear al Poder Legislativo, a los partidos políticos y organizaciones de la sociedad civil la construcción de una auténtica política de Estado en salud, basada en estrategias definidas y con metas medibles

que permitan alcanzar progresivamente niveles de financiamiento suficiente en un plazo razonable lo que requiere una ley que le dé sostenibilidad de manera progresiva a la Seguridad Social Universal y la derogatoria de los decretos legislativos recientemente promulgados para garantizar el fortalecimiento y la rectoría del Minsa.

Tal política de Estado debería basarse, en materia de financiamiento, en las siguientes estrategias:

- ▶ Compromiso del Estado en incrementar el presupuesto público en un porcentaje determinado cada año a fin de alcanzar la meta de financiamiento público en un plazo no mayor de 10 años.
- ▶ Actualizar los aportes de Essalud en base a una revisión del cálculo actuarial que lo sustenta. Garantizar el pleno ejercicio de su autonomía.
- ▶ Establecer con carácter obligatorio el seguro social del trabajador independiente formal e informal.
- ▶ Otorgar plena autonomía al SIS para convertirlo en un verdadero seguro público en salud basado en los principios solidarios de la seguridad social encargado de administrar el seguro social del trabajador independiente formal e informal para lo que debe establecer el monto de los aportes en base a los cálculos actuariales correspondientes así como las formas de recaudación adecuadas a las diferentes modalidades laborales y de actividades económicas.
- ▶ Incrementar el aporte del Estado para el sector Salud en 1 % al año, hasta alcanzar y superar el promedio latinoamericano.

Dado que la Ley de AUS no permite un correcto y mayor aporte de parte del Estado para la Salud y en concordancia con el VIII CMN proponemos la derogatoria de la Ley de AUS.

### Datos de referencia

- ▶ El PBI nominal para 2012 fue de 538 000 millones de soles, que, a un tipo de cambio de 2,8 soles por dólar, resulta 192 142 millones de dólares.
- ▶ El Acuerdo de los partidos políticos en salud 2005-2006 respecto a metas de financiamiento establece: “Incrementaremos el financiamiento de salud a lo largo de los próximos cinco años para el cumplimiento de los objetivos sanitarios nacionales, con el ideal de acercarnos al promedio latinoamericano de participación en el porcentaje del PBI”.

# Riesgos y amenazas de la denominada 'reforma de salud'

**Dr. Segundo Tapia Bernal**

Congresista de la República

Primero, quiero decirles que estamos sumamente preocupados porque esta seudorreforma, tal como lo dijo el doctor Francisco Sánchez Moreno, “de Reforma no tiene nada”.

Es necesario recordar que el presidente Ollanta Humala prometió un hospital en cada provincia, prometió aumentar 0,5 % del PBI del gasto en salud, hasta llegar a 8 % y, además, prometió eliminar el sistema CAS. Sin embargo, presenté un proyecto de Ley para que los CAS del Minsa pasen al régimen del DL N.º 276 y los contratados CAS de Essalud pasen al régimen del DL N.º 728. Este proyecto se aprobó en la Comisión de Trabajo del Congreso de la República, para que se anulen todos los contratos CAS. Pero, de pronto, vino un proyecto del Ejecutivo que hizo que mi proyecto de Ley prácticamente quede convertido en la Ley Servir, ¡en la Ley del Servicio Civil!, ¡imagínense, en eso terminó mi proyecto de Ley! Prácticamente soy autor, porque justamente yo tenía ese proyecto de Ley; se discutió, se aprobó la moción de trabajo y, sin embargo, vino otro proyecto del Ejecutivo y, al final, mi proyecto terminó como alargado; prácticamente soy autor. Pero, señor Decano, la Ley del Servicio Civil es nefasta, debemos derogarla, señor Decano; ese debe ser el compromiso también.

Otro tema fundamental que debemos tocar acá, señor moderador, es que toda la ‘reforma’ pasa por presupuestos; o sea, no nos engañemos; pasa por presupuestos y, valgan verdades, ahora el presupuesto para el Minsa es de 11 180 millones. Pero si nosotros lo vemos en el tiempo, en relación con el PBI, en el año 2013 solo fue 0,15 % del PBI, ¡eso es lo que dan para salud!; el año 2014, es 0,20 % del PBI, cuando a nivel latinoamericano es 4 % del PBI. Es decir, tenemos el porcentaje más bajo en salud, porque el gasto en salud mínimo es 8 % a nivel latinoamericano. Entonces, cuando

decimos que solamente hemos dado esa mísera suma de 11 180 millones, es prácticamente una burla, es un engaño. Si a los jueces, a quienes respeto, se les va a dar un aumento de 7 500 millones de soles y así cuánto les están aumentando; hace poco solo tenían 900 millones y ahora le están dando prácticamente 1 300, o sea 400 millones más, para un per cápita de 35 dólares por persona de gasto en salud, mientras que en Bolivia son 105 dólares per cápita, ¡es una vergüenza! Por otro lado, tenemos un gasto de bolsillo de 48 %; entonces, lo mínimo que tenemos que subir son 6 000 millones al presupuesto nacional en salud, porque lo demás es un engaño.

Asimismo, es preciso señalar que el sistema sigue igual. En el año 1978 crearon el sistema nacional; en el año 1997 crearon un sistema coordinado descentralizado, pero nadie le ha hecho caso; o sea, con el sistema no pasa nada y lo que se ha emitido son solo meras normas administrativas. También tenemos que saber a qué modelo apuntar, qué modelo queremos para el Perú, ¡claro, un ‘modelo Perú’! Pero tenemos que tener un referente: los modelos colombiano y español fracasaron, así como está empezado acá en Perú; empiezan las privatizaciones, dejas a las instituciones públicas y hospitales hechas un desastre, con gastos, caos total y en eso va a terminar lo que va en Perú. En España también sucedieron los mismos hechos, pero allí se ha formado una unidad y el Gobierno ha cedido frente a la presión, tanto el Colegio Médico y la Federación, así como la sociedad civil, prácticamente han parado la privatización. Y eso es lo que se tiene que hacer aquí en Perú. ¡Tenemos que parar la privatización de la salud en Perú!

Les decía que necesitamos un modelo. Yo los invoco también a trabajar aquí, pero tenemos que hacer un ‘modelo Perú’ correcto. Veamos a Brasil, que tiene un contrato público, se respeta la propiedad privada; pero primero es el Estado, lo privado es complementario y prevalece el primer nivel de atención, la atención primaria de salud. Como lo dijo hace un momento el doctor Tejada, lo que pasa aquí en el Perú es que falta que se genere el empleo formal. ¡Esos malditos contratos CAS que todavía tenemos hasta ahora!, cuando lo que tenemos que hacer es tender hacia la formalización; porque esos sistemas ponen un porcentaje, el empleador otro y otro el Estado y, ¿dónde se atiende la prioridad de las instituciones públicas?; entonces, tenemos que fortalecer las instituciones públicas. Pero acá en el Perú, ¿qué queremos hacer? ¡Vender los hospitales! Ya prácticamente el hospital donde trabajo, que es el hospital Loayza, va a ser vendido y así sucesivamente; entonces, ¿a eso apuntamos realmente? ¡Eso no debemos permitirlo!

Por otro lado, un tema que nos atañe en esta reunión es la importancia de tener el modelo ideal, donde prime la salud como derecho humano; que cree una rectoría donde prime la equidad, la justicia; que tenga énfasis en los prestadores, en la previsión y tenga el financiamiento y la vía a la seguridad social y universal. Aquí en Perú vemos que solamente es un registro de pacientes. Ese seguro denominado SIS es un engaño, es desfinanciado para todos los pacientes. ¿Cuánto pagan en hospitales, equipamientos etc.? Todo eso es un mero registro. Cuando dicen que estamos en doce millones, pero doce millones ¿de qué?, si estamos, es un registro solamente si tienes un gasto de 35 dólares por persona. Pero tenemos que ir camino a la seguridad social universal, tal como lo plantearon los ponentes que me antecedieron.

No me voy a detener mucho. Voy a ir de frente al tema de los decretos legislativos. Con respecto a estos decretos legislativos, es importante mencionar que el Minsa solamente asume sus funciones normativas; prácticamente renuncia a sus funciones reguladoras y fiscalizadoras; no hay rectoría, sigue la fragmentación. Los DL N.º 1163 y N.º 1158, crean un mercado de prestadores de salud bienpreciadas, donde la Sunasa asume funciones de supervisión, pero no se le asignan funciones de regulación; es decir, esto tendría que favorecer a un mercado desregulado que favorece el monopolio; pero esto atentaría contra lo que dice el artículo 61 de la Constitución Política del Perú, que en su primer párrafo señala que el Estado facilita y vigila la libre competencia, comparte toda práctica que la limite y el abuso de cohesiones dominantes o monopolísticas. Ninguna ley ni concertación puede autorizar y establecer monopolios.

Otro 'famoso' decreto legislativo es el DL N.º 1153; es un decreto legislativo anticonstitucional, que atenta contra los derechos de todos los trabajadores de la salud; se refiere a 'compensaciones' y 'entregas económicas'. El Congreso de la República le dio facultades al Ejecutivo para ver políticas de remuneración, pero ahora hablan de 'compensaciones' y 'entregas económicas'. ¿Dónde figura este término en la Ley del Servicio Civil? Obviamente, atenta contra todos nuestros derechos humanos y también contra los acuerdos y convenios que el Perú ha suscrito con la OIT. Entonces, es importante alertar a nuestros colegas que están bajo el régimen del Decreto Ley N.º 20530 que quieren prácticamente arrinconarlos a un sistema de pensiones privado. También está el tema de las horas de trabajo; ¡cuidadito que en los siguientes días aparezca ya no las seis horas, sino probablemente las ocho horas que tanto han sido difundidas!, pero va a depender de que estemos unidos.

Con relación al DL N.º 1161, es importante que sepan que la tercera disposición complementaria final plantea que los trabajadores y funcionarios del Minsa mantendrán su régimen, en tanto se implemente la Ley N.º 30057, del Servicio Civil; de corresponder, entonces, desembocará con la Ley Servir, así de simple. Por otro lado, también los DL N.º 1155 y N.º 1157 proponen concesionar los hospitales del Minsa, mediante asociación pública privada (APP). Al principio nos dijeron acá en el Congreso, en la Comisión de Seguimiento de esta reforma (la cual presido), que iban a respetar la bata verde y la bata blanca. Sin embargo, señor Decano, en la reunión que usted ha tenido [con los inversionistas españoles], ellos le han dicho que van a aprobar la bata blanca y la bata verde; o sea, en otras palabras, ¡se privatizará todo!

Otro tema importante es el del DL N.º 1154, referido a los servicios complementarios. Aquí sí hay que separar con RDR (recursos directamente recaudados). Pero, ¿qué RDR tienen nuestros establecimientos de salud, los puestos, los centros de salud en el interior del país? Ni el mismo Hospital Loayza tiene para pagar con RDR a los trabajadores. Entonces, ¡esto es un engaño! El año que pasó, 2013, todo el año estuvieron presupuestadas las horas complementarias. ¿A quiénes les pagaron? A nadie, porque por la ineficiencia de la ministra de Salud se devolvió el dinero año pasado; y este año se tendrá que devolver casi mil millones de soles. Asimismo, el DL N.º 1165 habla de las farmacias inclusivas. La ministra prometió en el Congreso hacer un decreto legislativo, así como fortalecer a la Digemid, darle economía, etc., porque el medicamento prácticamente está en el aire. Una vez, cuando llamamos al doctor Alberto Tejada, ministro de salud (que dígame de paso también que fue él quien cerró las clínicas de los hospitales), y vinieron también los jefes de la Sunat e Indecopi, resultó que prácticamente ¡ninguno de ellos tenía responsabilidad con los medicamentos en el Perú! Y así está en el aire. Entonces, ahora aparecen con farmacias inclusivas. Los DL N.º 1167 y N.º 1171 prácticamente son un mecanismo de pro inversión para que se puedan privatizar los hospitales.

Tenemos también el DL N.º 1161, referido a la transferencia de los hospitales a la Municipalidad Metropolitana de Lima. Ahí también está visto. El Minsa ni siquiera controla. ¿Cuándo va al interior del país? Los gobiernos regionales si quieren le hacen caso; si no, no le hacen caso. Por eso, esa Ley de Descentralización fue lamentable para el país y así ha quedado: los presidentes regionales son unos verdaderos ogros y hacen lo que se les da la gana con la salud del país. ¿Estamos de acuerdo con que pasen los hospitales a la Municipalidad de Lima? ¡No! Entonces, tenemos que tomar cartas en el asunto. Ahí se ha aumentado la burocracia: son dos viceministerios y también

dos viceministros. ¡Ojo!, se ha creado la Escuela de Salud Pública del Minsa, con autonomía, con rango universitario y tanta cosa; entonces, ¿dónde están las universidades, los formadores? ¡Esto no puede pasar! Entonces, señor decano del CMP, acá tenemos que también hacer cuerpo porque hay que respetar las instituciones formadoras; en este caso, las universidades con sus facultades de Medicina. Con el Decreto 1158 se crea la Sunasa; pero la Sunasa, antes Superintendencia Nacional de Aseguramiento Universal, ahora es Superintendencia de Aseguramiento en Salud. Entonces, solamente le han cambiado de nombre. Han creado tribunales, ¡más tribunales, más burocracia! Ni siquiera se contó con la participación de la comunidad civil.

Es bueno que todos ustedes sepan que en su momento estuvieron invitados a trabajar en la elaboración del proyecto de Ley N.º 1192/2013, que proponía la Ley del Sistema Nacional de Salud, el que preparó durante seis meses y luego fue aprobado en la Comisión de Salud y Población, del Congreso de la República. Sin embargo, no lo han querido debatir en el pleno del Congreso de la República hasta el día de hoy, a pesar de haberse trabajado de manera coordinada con las diferentes instituciones, entre ellas la FMP, el CMP y la comunidad civil de salud. Pero hasta ahora todavía no se ha puesto en debate en el pleno del Congreso de la República.

El DS 001-2013-SA (que dicta medidas especiales destinadas a garantizar y asegurar la continuidad de los servicios médicos asistenciales en el extranjero a pacientes beneficiarios del Plan Nacional para la Atención Integral del Cáncer), de enero de 2013, fue elaborado a puerta cerrada en el Ministerio y solo participó el anterior Decano Nacional del CMP, con exclusión de la sociedad civil. Ahora, ahí tenemos los resultados.

Por tanto, considero señores, señor decano, señores panelistas, señores miembros, ponentes, señores del CMP, que es importante que esto pase por el aumento del presupuesto; que por lo menos al sector salud se le asigne un mínimo, adicionalmente a los 11 180 millones de soles, aumentar los 6 000 millones de soles. Y si consideramos que es importante el presupuesto, debemos hacer que el sistema nacional de salud sea integral y articulado, universal y gratuito, con promoción y previsión; seguridad social universal, salud como derecho fundamental, fortalecimiento y atención del sistema público, reorientación y regulación de la relación del sector público con el sector privado; que haya buen trato, acceso a medicamentos, políticas adecuadas de recursos humanos, protección del derechos de las personas a la salud; la acreditación de la calidad, el equipamiento y por otro lado también las condiciones de trabajo.

Hay que seguir luchando para la eliminación de esos CAS, que los salarios sean justos; si el gasto ha aumentado en 48 %, los salarios siguen siendo los peores de América Latina y el mundo; en salud estamos en el puesto 15 en América Latina. Que haya un tarifario médico; me parece correcto, porque hay que quitar los abusos que también que vienen cometiendo, por ejemplo, en instituciones como el Sisol, en las cuales a los médicos prácticamente se les paga dos soles por consulta.

Debemos exigir el cumplimiento de actas. Sí, pues hay actas firmadas con la ministra de salud y es importante su cumplimiento. También debemos pedir la derogatoria de la Ley N.º 30057. Aquí tenemos que estar unidos, para que el DL N.º 1153 sea derogado. Asimismo, debemos velar por nuestros cesantes y jubilados. Es importante que siempre tengamos en cuenta que es importante un régimen pensionario justo.

La propuesta de los actores sociales ha sido mencionada también en esta mesa redonda. Es importante que los actores sociales y gremiales estén presentes en esta ‘reforma’, en la cual no lo estuvieron. Con respecto al Consejo Nacional de Salud, no es posible que cuando se reúna este consejo, a veces la ministra ni asiste; los acuerdos tienen que ser vinculantes, señor Decano. El proyecto de Ley que el Perú también requiere, logrando el acuerdo de los actores sociales, gremiales y económicos, es sobre un sistema universal, pero que luego se convierta en una política de Estado, lo que ha también sido mencionado esta noche por uno de los panelistas, y que vayamos rumbo a la seguridad social universal.

Solo quiero decir una frase que resume prácticamente todo el tema por el cual estamos reunidos en esta noche. Este gobierno dice que “defenderá la salud como un servicio, no como un negocio”. Quiero preguntar: ¿alguien lo cree, realmente? A la luz de la verdad, yo quiero decir desde acá al presidente Ollanta Humala y también al Congreso de la República que vamos a ver estos decretos legislativos. Lo que tenemos que hacer en este momento es derogar el DL N.º 1153 y los demás decretos legislativos. Tendremos que hacer los proyectos de Ley. Ustedes tienen iniciativa legislativa. Podemos también trabajar juntos para hacer que estos decretos legislativos se deroguen totalmente (como el DL N.º 1153, para el que ya se presentado el recurso de inconstitucionalidad) o se vayan derogando artículo por artículo, porque estos realmente atentan contra la salud del país.

Termino diciéndoles que en el congresista Segundo Tapia encontraran un aliado de los médicos del Perú y estaremos luchando juntos por la justa reivindicación de los médicos del Perú. Muchas gracias.



# Transitar del aseguramiento al universalismo igualitario con enfoques de derechos\*

**Dr. David Tejada Pardo**

Exviceministro de Salud

Bueno, en primer lugar, un agradecimiento al CMP por esta invitación. Saludo a todos los que estamos aquí presentes y al público en general. Siento entusiasmo por el evento y la línea que están siguiendo, en el sentido de la convocatoria de este IX CMN en circunstancias muy especiales para la salud pública del país.

Circunstancia similar, aunque el resultado positivo no llegó a concretarse, se dio hace 38 años cuando hubo una Comisión de Reforma de la Salud que elaboró toda una propuesta, pero le tocó un año de gobierno, no se pudo implementar; nunca se habían dado las condiciones como en esa oportunidad. Ahora hay una nueva oportunidad y esperemos que no se frustre, porque la primera fue frustrada hace 38 años. Era el tránsito de una primera fase del Gobierno militar a la segunda fase. La propuesta se quedó simplemente en documentos.

Ahora no hay documento, hay 23 dispositivos legales, y hay la voluntad política de hacer los cambios por lo menos en el ámbito social, y entre ellos, en el ámbito de la salud. Entonces, es una oportunidad que de ninguna manera puede ser desaprovechada; pero así como hay elementos positivos que hay que tomar en cuenta, creo que si uno hace un análisis del contexto, sería absurdo no considerar que partimos de un contexto negativo de los últimos veinte años. Y quiero explicar a qué me refiero con esto.

En los últimos veinte años, en el debate sanitario se ha sufrido una derrota sin precedentes. Me refiero a la derrota de las concepciones salubristas, la derrota de las concepciones con enfoque de derechos y la entronización de un sentido común que sigue vigente, que no ha podido ser desmontado, un sentido común que ha colocado la economía y la lógica económica en el

centro de todo el análisis. Como alguien decía, refiriéndose a la sociedad, una cosa es que uno reconozca la importancia de la economía dentro de la sociedad y otra, es que uno considere que la sociedad está dentro de la economía, lo cual es una distorsión.

En los últimos veinte años se ha construido un discurso en el plano sanitario que ha hecho que por lo menos los tres enfoques globales que deben articularse para postergar los temas de salud y para hacer las propuestas se hayan modificado en sus relaciones. Yo lo voy a plantear de esta manera, teniendo como telón de fondo la salud como negocio o la salud como derecho, como lo sostiene muy bien el CMP. Otra manera de presentarlo es la salud como mercancía o la salud gratuita y universal para todos, porque esa es la traducción de lo que esto significa. Esta es la disyuntiva que está en el fondo de todas las propuestas, de todos los proyectos sanitarios y los distintos modelos de reforma al interior de esos proyectos sanitarios.

Yo quisiera compartir con ustedes una lectura distinta de los temas, pero que es muy ilustrativa para poder entender a lo que me estoy refiriendo. Simplificando, uno puede reconocer que hay tres principios ordenadores en el debate de lo que son los problemas de salud que han estado presentes en los últimos cuarenta años; sobre todo en los últimos veinte. El más antiguo de todos, el que predominó hasta, por lo menos, la década de 1970 es la lógica salubrista, una mirada desde la salud pública, desde los salubristas. Esa lógica salubrista tuvo grandes aportes, algunos siguen vigentes, otros demostraron ser insuficientes. Por ejemplo, partir de las necesidades de salud es un aporte, sobre todo ahora que se habla de demanda y no de necesidades, necesidades reales que no siempre son las necesidades observadas y mucho menos las que las empresas nos las demandan.

La economía después distorsiona esto y restringe la visión y el análisis. Ahora habría que enriquecer esas necesidades con la idea del desarrollo de potencialidades, pero, en fin, ese es otro tema. La lógica salubrista también aportó con la idea de los niveles de atención: tiene que haber un sistema de servicios de salud cuyos escalones de complejidad se organicen por niveles de atención, niveles de atención que articulen diferentes niveles de complejidad, y así tenemos primer nivel, segundo nivel, tercer nivel. La idea de que ya no solamente son los hospitales, sino una red de servicios, es un aporte de la salud pública fundamental.

Lamentablemente, por mucho tiempo eso se vio desde una óptica netamente estatal, netamente centralista y netamente burocrática. Cuando empezaba a entrar en crisis la lógica salubrista tradicional, centralista, burocrática,

que pensaba que se trataba de integrar todos los servicios públicos en uno solo, administrativista. Además, surge la atención primaria de salud, que es un intento de rescatar la lógica salubrista original, pero que ya introduce elementos de la racionalidad económica.

Porque la atención primaria es una respuesta a los excesivos costos de la salud en los países desarrollados y a la imposibilidad de reproducir en los países dependientes y en las colonias que se independizaban el modelo costosísimo de los países desarrollados. Ese fue el intento de la atención primaria, lo dice Mhaler: “cómo hacer una propuesta para los países subdesarrollados, para los países dependientes”. Reproducir el sistema central era imposible. Ese fue el intento de la atención primaria, y tuvo que incorporar elementos de racionalidad económica y se convirtió en una estrategia de atención primaria. Hasta ese momento nadie cuestionaba que la salud tenía que ser universal, porque los salubristas siempre pensaron en la salud universal integral, y la atención primaria surgió como un lema que ahora ya se ha olvidado: “salud para todos”. No para algunos, menos para pobres; salud para todos, salud integral para todos. O como dice mi padre: “cuidado integral de salud para todos”.

Pero a raíz de la crisis del Estado desarrollista, en nuestros países vienen las políticas de estabilización del Fondo Monetario Internacional, del Banco Mundial y se entroniza lo que yo llamo la racionalidad económica, pero distorsionada, porque una cosa es introducir la racionalidad económica, que es necesaria, y otra cosa es entenderla como si fuera solamente mercado, como si fueran solamente problemas de costos y de finanzas. Además, introducir la racionalidad económica como si la economía fuera solamente mercado, cuando el mercado es justamente el ejemplo perfecto en donde hay las mayores fallas del mercado; y la salud, por excelencia, donde el mercado falla. Si hay un ejemplo donde el mercado tiene fallas, es justamente en la salud, por una serie de consideraciones de tipo teórico. Sin embargo, se introducen la lógica, la racionalidad económica, y se introduce la idea de mercado, y eso coincide con una crisis financiera. Entonces, nos empiezan a introducir la idea de que hay que recuperar costos y, por lo tanto, se tiene que cobrar y, la salud se empieza a mercantilizar. Hablo de la atención de salud pública.

La mercantilización de la salud empieza con la idea de la recuperación de costos, inclusive un grupo teórico decía que es mejor que la gente pague porque si no, no valora el servicio. Fíjense ustedes lo que decía, y así lo fueron introduciendo. Una cosa que ahora parece normal, cobrarle a la gente, era

simplemente para compensar los menores ingresos que tenía el Estado y al final el Estado, feliz, porque se ahorra eso y le empezó a cobrar a la gente. Ahora resulta que el problema es el pago del bolsillo con fuerza, pero ahí empezó el gasto de bolsillo, pero a partir de eso empieza a plantearse el tema. De todas maneras había que resolverlo: cómo ampliar la cobertura, cómo hacerlo; pero esta vez ya no volviendo a la lógica salubrista convencional y tergiversando el mensaje original de la atención primaria de salud (APS). La APS tuvo la mala suerte de que surge justo en el momento de que empieza la crisis del Estado desarrollista; entonces, viene la APS selectiva, no es universal, son paquetes. Por primera vez se habla de paquetes.

Ahora hemos dosificado más el tema; hablamos de carteras, fíjense ustedes: cartera, netamente económico. Hay cartera de oro, cartera de acciones y ahora tenemos cartera de intervenciones, paquetes de intervención. Hasta dónde hemos llegado, es increíble. Entonces viene la idea de cómo introducir el mercado y para eso se toma el ejemplo de los Estados Unidos. En ese país surgen las *Health Maintenance Organization* (HMO), los seguros de salud, la intermediación de los seguros para controlar la salud, y viene la idea del aseguramiento. Y quien se encarga de tropicalizar esa idea de los países centrales a nuestros países son un colombiano y un mexicano, el llamado pluralismo estructurado, Julio Frenk y Juan L. Londoño; lo que hace después la reforma de Colombia, pero antes ya había hecho la reforma de Chile, que era más abiertamente privatizadora.

De ahí viene la idea de los seguros, pero no del sentido del seguro social clásico, sino del sentido del seguro social privado, porque el seguro social clásico se basa, por ejemplo, en un cálculo de financiamiento per cápita. Ahora resulta que la economía nos hace que calculemos enfermedad por enfermedad; suma todo, 19 000 enfermedades vamos a calcular, es decir, adecúa todo a la lógica privada, ni siquiera del seguro, porque hay carteras de seguridad social, que no es lo mismo que aseguramiento. Para más fuentes, no solamente estaba en crisis la APS, la APS selectiva, sino la seguridad social bismarckiana, porque el Estado de bienestar está en crisis y surge la llamada informalidad, y en el fondo es el subempleo y el desempleo.

El sistema fue incapaz de absorber a la fuerza de trabajo en empleos generales, y, por lo tanto, llegar a la universalidad todavía bismarckiana es imposible; o sea, entra en crisis la seguridad social, pero la seguridad social no puede ser desmantelada, porque tiene su fuerza social de defensa que son los propios asegurados (asegurados sociales). Y aquí se defendió muy bien, porque se creó un frente para defender la seguridad social, porque la

gente se identifica, porque dice “yo pago y, por lo tanto, ¿por qué me vas a quitar mi derecho? Eso no pasaba en el Ministerio, ¿verdad? El Ministerio no tiene esa defensa porque se veía como dádiva, no como derecho. En cambio, el que paga su seguro exige. La gente se logró defender porque también hubo una intención de privatizar la seguridad social y, completaron el cuento diciendo, hay que separar funciones. ¿Y quién ha dicho de que se trata de separar funciones? El sector privado está integrando, verticalmente se integra; las empresas de seguro compran clínicas, compran farmacias, de todo se encargan, y nosotros separamos funciones.

Hay que separar funciones: una de las rectorías, financiamiento, y las prestaciones no importa quién las haga, tiene que haber competencia. En el fondo, toda una construcción para que entre al sector privado, y no el seguro social. Eso se hizo desde la década de 1990, congresista Tapia; ahí empezó todo el cambio. Entonces, ¿qué tenemos?, definición de paquetes con presencia mercantil, la articulación ahora se hace por el financiamiento. Antes, en el esquema tradicional, se integraba administrativamente el sistema único; con la APS se integraba con estrategia; no importa que se integren con tal que vayan con una misma estrategia. Y ahora es lo financiero lo que articula todo, el intercambio feliz, la compra de servicios, la compra y venta de servicios, con una lógica mercantil, privada. Obviamente, eso es lo que estamos viviendo nosotros, las condiciones se han creado para este esquema desde la década de 1990 hasta la fecha, y el intento más articulado de todo esto fue la Ley de AUS.

Los 23 dispositivos que se han dado son justamente para hacer funcionar esta Ley de AUS. Son coherentes. Y la lógica económica es tan potente, lo dice un economista. Yo soy economista. Han imperializado, han colonizado, han desfigurado la lógica salubrista y han distorsionado lo que vino después, el enfoque de derecho, que vino con fuerza a partir del año 2000, justamente para contraponerse a la mercantilización total. Voy a explicar cómo se ha desfigurado, porque esto es terrible, la desfiguración. El enfoque de derecho se ha desfigurado por la sencilla razón de que no hay compatibilidad posible entre el derecho y la mercancía, lo que es derecho no puede ser mercancía, lo que es mercancía por definición no es derecho; pero acá lo hacen compatibilizar.

Dicen que el derecho ya no es a la salud, es al aseguramiento. Se cambió todo el asunto. No hay ningún derecho al aseguramiento por si acaso, el derecho como se entiende en salud es el derecho a la atención de salud universal sin discriminación. Ahora ya se puso una interpretación, y, además,

se dice que debe ser progresivo, pero en el sentido de gradual. En el enfoque de derecho real no hay gradualidad. La progresividad se refiere a que la conquista ganada no retrocede. Y, además, se pone la trampa de que se hará de acuerdo a los recursos disponibles. ¿Quién decide cuáles son los recursos disponibles si no es el poder político? O sea, está desfigurado el enfoque de derecho, porque hay mucha incompatibilidad intrínseca, y está desfigurado el enfoque salubrista, porque no se puede concretar desde el punto de vista de la salud la separación tajante de la salud individual, salud colectiva y salud pública. Eso es una definición económica que se basa en la idea de consumo, lo que yo consumo privadamente y lo que es consumo público y que no se puede costear individualmente. Es que estamos absolutamente colonizados por la racionalidad económica.

Tenemos que romper esa jaula epistemológica; si no la rompemos, estamos dentro de ella, porque la reforma es coherente, por supuesto, dentro de su lógica; entonces, los proyectos sanitarios reflejan más o menos eso. Hay un proyecto sanitario salubrista implícito. No es que nadie lo haya formulado: hay un proyecto sanitario mercantil, y hay un proyecto sanitario basado en derechos, y hay distintas articulaciones eclécticas entre esos distintos proyectos porque a veces hay variedad, digamos, mezclas en distintas racionalidades económicas; en el enfoque de derecho también.

Cuando digo nosotros hablo del partido de gobierno. Este tiene una peculiaridad que no se da en ninguna parte del mundo: somos del partido de gobierno pero no estamos en el Gobierno. Así que nosotros tenemos que diferenciar proceso, Gobierno y Estado; que estamos en el proceso, estamos con la gente, estamos en la calle, estamos con la movilización. El Gobierno estaba en disputa, lo alcanzamos, pero ahora estamos absolutamente arrinconados, prácticamente afuera, pero no vamos a entregar parte de nuestra casa, tenemos derecho a luchar dentro de ella. Así que espero que nos entiendan. Y el Estado no se ha modificado en lo más mínimo porque sigue siendo el mismo, porque el modelo no se ha modificado. Ha cambiado, pero no ha habido un rumbo distinto del país.

Entonces, esa es una realidad. ¿Qué hacemos ante esa realidad? La propuesta es la siguiente: lo que proponemos es el punto de partida en el que estamos, un proyecto donde la hegemonía evidente y clara es de la lógica mercantil, con algunos elementos del enfoque de derechos y, obviamente, sin dejar de lado el enfoque salubrista, pero distorsionados ambos, ni un enfoque realmente salubrista, un enfoque de derecho distorsionado y, al final, una racionalidad económica mercantil que es la que articula todo. Es

el principio ordenador central de la reforma; ese es el punto de partida, no es culpa nuestra, porque muchos de los que están acá aprobaron la Ley de AUS, muchos de los que están acá estuvieron en parte de todo este proceso, pero fueron derrotados, fuimos derrotados psicológicamente. Ahora tenemos que reconstruir un nuevo paradigma, retomar la lógica salubrista, poner por delante el enfoque de derecho, y a la racionalidad económica dejarla como hoy, que es razón instrumental, que es medio y no fin.

La economía está al servicio, nosotros no podemos estar al servicio de lo económico, y menos de lo económico reducido a mercado, y los mercados reducidos a lo mercantil, y lo mercantil reducido a compra y venta y a recursos financieros. Es el mundo al revés. Tenemos que replantear. Entonces, ¿qué proponemos nosotros? Proponemos que como todavía no se ha modificado la Ley de AUS, hay cambios que se pueden hacer dentro de esa lógica, pero tampoco se pueden hacer en todos lados, pero le ponemos parámetros, le ponemos una jaula así como nos pusieron una jaula a nosotros, así como la actual Constitución del 93 es una jaula, más allá del neoliberalismo. Le ponemos un punto de partida y un punto de llegada, y podemos hacer un gran acuerdo de todas las fuerzas. ¿Cuál es el punto de llegada?: la salud es un derecho y debe ser integral y gratuita. Y cuando digo gratuita, recojo lo que dice el Acuerdo Nacional: la palabra gratuita está escrita; sin embargo, la palabra gratuita no está en ningún documento. Entonces podemos recoger el Acuerdo Nacional de partidos políticos y decir que el punto de llegada es que la salud es un derecho universal integral para todos y gratuita, y de calidad obviamente. Es el punto de llegada. Y en el punto de partida, por lo menos, empezamos con la universalidad de la atención y con la gratuidad para los menores de cinco años y las madres, como cuando empezamos en Bolivia con Sánchez de Lozada, de gobierno neoliberal, y ahora es integral.

Es algo que debemos tener bien claro: a dónde vamos. Sabemos que no podemos hacer todo en el momento, pero debemos crear las condiciones para enrumbarlo, porque esto va a ser una pelea de muchos años. Por eso agradezco la invitación del CMP, que sé que está a la vanguardia para que la salud sea un derecho y para hacer un acuerdo histórico en lo fundamental, para un proyecto sanitario nacional que tenga como punto de llegada la salud como derecho y como partida, la prioridad de los niños, el interés superior de la niñez, que es un elemento fundamental del enfoque de derecho.

**Página en blanco**



# Análisis y propuesta a los decretos legislativos de la supuesta reforma de salud que repercuten en el sistema prestacional de salud

***Dr. Rafael Deustúa Zegarra***

Exdecano del Consejo Regional III del CMP

El Decreto Legislativo N.º 1161 es la norma que aprueba la organización y funciones del Ministerio de Salud y decretos conexos. Este DL deroga la Ley N.º 27657, Ley del Ministerio de Salud.

## **Antecedentes importantes**

- ▶ 1998: Ley de Modernización de la Seguridad Social y la Ley de Creación de Essalud. Fueron dos leyes que fraccionaron y abrieron el camino a la privatización progresiva de la seguridad social.
- ▶ 1999: Ley General de Salud. Dio inicio a la privatización en el sector público. El Estado ya no la garantiza, solo promueve su acceso.
- ▶ 2002: Ley del Ministerio de Salud introduce el SIS, norma para no efectivizar la atención integral en salud, responde solo a listados priorizados.
- ▶ 2009: Ley de Aseguramiento Universal en Salud (Ley N.º 29344). Dada en el gobierno del presidente Alan García y su ministro de Salud Óscar Ugarte. Reduce más la atención de salud que daba el SIS. La circunscribe a PEAS (Paquetes Esenciales de Atención en Salud). Esta Ley del AUS es rechazada desde sus inicios por el CMP, en su VIII Congreso Médico Nacional, que por unanimidad acordó su derogatoria por su naturaleza privatista.
- ▶ 2013: Ley N.º 30073. Otorga facultades por parte del Congreso para legislar en materia de salud al Ejecutivo. Le permite al Minsa desarrollar la Ley N.º 29344 del AUS.

## Análisis

DL N.º 1161: norma que aprueba la nueva organización y funciones del Ministerio de Salud:

- ▶ Ninguna modificación sustantiva positiva en lo referente a la organización y funciones del Minsa. Persiste el modelo fragmentado y segmentado.
- ▶ No ataca ni resuelve los cuatro problemas fundamentales del actual sistema de salud peruano:
  - falta de universalidad,
  - falta de integralidad
  - falta de equidad
  - falta de financiamiento solidario, moderno y factible.
- ▶ Destaca sí, la real finalidad de esta denominada ‘Reorganización del Minsa’, pues, en su artículo 1, determina y regula el ámbito de su competencia, las funciones y la estructura orgánica básica del Ministerio de Salud, así como sus relaciones y coordinación con otras entidades, lo que se traducirá en introducir un Órgano tecno-político de gran poder en la estructura del Minsa, el Viceministerio de Prestaciones y aseguramiento en salud.
- ▶ La razón de la reciente creación del Viceministerio de Prestaciones y aseguramiento en salud obedece a la necesidad de contar con un funcionario-coordinador del más alto nivel (un viceministro específico) que coordine la ‘nueva política’ con la ‘nueva administración’ y el ente de control, la Sunasa.
- ▶ La nueva administración requiere nuevos ‘gerentes’: se crea el Instituto de Gestión de servicios de salud (IGSS), el cual será el organismo de alta gerencia para la gestión y el control de las Iafas, las Ipress, las de múltiples fondos, los hospitales y las redes, para que cumplan sus ‘fines’.
- ▶ Se reactiva la Escuela de Salud Pública, solo para generar políticas en su materia: no se comprometen a la capacitación sistémica y planificada del recurso humano como era anteriormente.
- ▶ Imprecisión en la transferencia de competencias: se preparará la transferencia de competencias sectoriales a la Municipalidad Metropolitana de Lima (MML), la cual fue suspendida hace tres años, por demostrarse la improvisación extrema de la misma. La mencionada transferencia implicaría la administración de los recursos humanos y de los establecimientos de salud del Minsa por la MML.

## Derogación de la Ley N.º 27657, Ley del Ministerio de Salud

- ▶ El DL N.º 1161, Ley de organización y funciones del Ministerio de Salud, en definitiva se adecúa a la Ley N.º 29344 del AUS, para garantizar el flujo de pacientes del SIS/AUS a las Iafas/Ipress del sector privado, mediante la utilización de los recursos públicos, a través de pagos adelantados del SIS a las Iafas y las Ipress, artículo 5 del DL N.º 1159, norma que desarrolla la implementación del intercambio prestacional.

## Otras normas y medidas complementarias al DL N.º 1161

- ▶ Ley N.º 30057 Servir. Desregulación laboral en todo el sector público.
- ▶ Para el sector Salud es un nuevo régimen público para funcionarios y trabajadores administrativos. Quiebra la unicidad en el régimen laboral y económico de los servidores públicos. Su orientación es claramente privada y crea un cuerpo de gerentes en el marco de esta ley, donde no es indispensable ser médico cirujano para gerenciar los servicios de salud.
- ▶ DL N.º 1153. Desregulación del régimen laboral. A profesionales y técnicos asistenciales les modifican sus leyes propias; a los trabajadores administrativos se les pasa al régimen de Servir.
- ▶ DL N.º 1153. Desregulación económica: varía de manera anticonstitucional el concepto de remuneraciones por compensaciones y entregas económicas, las cuales no corresponden al concepto de trabajo formal y de relación laboral con el Estado.

Se les conmina a los médicos cirujanos, profesionales de la salud y trabajadores a trasladarse del régimen pensionario 20530, el cual es tuitivo a una AFP (Habitat, de capitales chilenos).

- ▶ DL N.º 1155. Referente a infraestructura y equipamiento. Solo brinda mantenimiento a lo existente y no proyecta nuevas adquisiciones.
- ▶ DL N.º 1156. Referente a que, ante riesgo sanitario elevado o algún otro ‘evento’, se declararía emergencia sanitaria dándole al Minsa la libertad de contratar, sin evaluación previa, con particulares, a fin de que los servicios se mantengan. La huelga puede ser considerada como un evento que amenace la continuidad del servicio.
- ▶ DL N.º 1157. Aprueba la modernización de la gestión de la inversión pública en salud y su ámbito de aplicación es al Minsa, organismos públicos adscritos, direcciones regionales de salud, Sanidad de la Policía Nacional, Ministerio del Interior y Ministerio de Defensa.

El artículo 6 crea la Comisión multisectorial de inversión en salud, conformada por el Ministerio de salud, los gobiernos regionales, Essalud, el Ministerio de Defensa, el Ministerio del Interior y otros prestadores públicos, para la priorización concertada y el seguimiento de las iniciativas de expansión y de sostenimiento.

- ▶ DL N.º 1158. Referente al fortalecimiento de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud (Sunasa) como un supraministerio, con capacidad de supervisar, evaluar y sancionar a las instituciones públicas o privadas y a sus recursos humanos, inclusive el propio Indecopi le ha cedido funciones a Sunasa.
- ▶ DL N.º 1159. Referente a la implementación y desarrollo del intercambio prestacional en el sector público. Implica la compra y venta de servicios de salud entre instituciones públicas.
- ▶ DL N.º 1160. Referente a que Essalud recortará el pago a Sunat si no mejora la recaudación; con esta norma, se busca equilibrar las pérdidas generadas para Essalud por las inafectaciones de la Ley N.º 29351 y por el DL N.º 1153, que recorta las aportaciones a Essalud al disminuir en 35% lo que le corresponde a pagar al Estado-empendedor a Essalud de manera mensual, por el concepto de carga social. Esta retención desvió fondos de la seguridad social, para responder las demandas sociales de incremento de remuneraciones.

### Decreto legislativo N.º 1163

Aprueba disposiciones para el fortalecimiento del SIS.

No hay tal fortalecimiento, son adecuaciones del SIS a intensos contratos y convenios con las Iafas e Ipress privadas, ya precisados en otros decretos en mención de la denominada reforma.

La quinta disposición complementaria final del DL N.º 1163, reitera lo que se menciona en el DL N.º 1159 sobre el desarrollo e implementación del intercambio prestacional.

Artículo 5. El mecanismo de pago puede ser prospectivo o retrospectivo, de tal manera que se adelante el pago de servicios de salud a instituciones tipo Iafas e Ipress, lo que puede desfinanciar el SIS, por honrar los pagos correspondientes a las entidades privadas que tienen una tarifa propia y muy superior a la de las entidades públicas.

## **DL N.º 1166. 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.
- ▶ El Minsa es un débil ente rector, ya que la mala forma de descentralización ha generado una autonomía absoluta en cada gobierno regional, con lo cual se impide la aplicación de planes nacionales de salud, o de cualquier directiva emanada del minsa, vía resolución ministerial.

### **Propuesta**

Es preciso evaluar la derogatoria de estos decretos legislativos, que constituyen el andamiaje legal de la mal denominada reforma del sector Salud, ya que en su conjunto recortan derechos laborales, agregan a las leyes de los profesionales de la salud, como la Ley del Trabajo médico, y tienen una clara orientación hacia la privatización del sector Salud.

**Página en blanco**

# Los trabajadores de salud, los actores olvidados de las reformas\*

**Dr. Víctor Carrasco Cortez**

Profesor principal Facultad de Salud Pública UPCH|

Las reformas en salud de inspiración neoliberal se caracterizaron por priorizar el tema del financiamiento y la promoción de la participación privada en la provisión de servicios de salud. Más recientemente se incorporaron temas vinculados a la equidad en la atención, la ampliación de coberturas aunque con los denominados ‘paquetes de atención’ que se han constituido en la práctica como medicina pobre para pobres.

Al mismo tiempo y con el argumento de la ‘resistencia al cambio’, se promovían cambios para flexibilizar y precarizar el empleo de los trabajadores de salud con las consecuencias conocidas en el bajo desempeño y la baja calidad de atención.

En el Perú, vía decretos legislativos, se quiere implementar una mal llamada ‘reforma de salud’. En este conjunto de normas, además de no abordar los temas centrales de una transformación del sistema de salud que haga realidad el derecho a la salud, pasando de su reconocimiento formal a garantías explícitas para su cumplimiento; que integre operativamente a los principales prestadores, para superar la segmentación; que universalice la cobertura poblacional, financiera y prestacional; que brinde un trato digno, seguro y de calidad; que disponga de recursos humanos en cantidad y competencias necesarias, distribuidos descentralizada y equitativamente, con trabajo digno.

Esta ‘reforma en salud’, como se aprecia, ha olvidado nuevamente a los principales actores de cualquier proceso de cambio, que son los trabajadores de salud, cuya situación en síntesis es la siguiente:

---

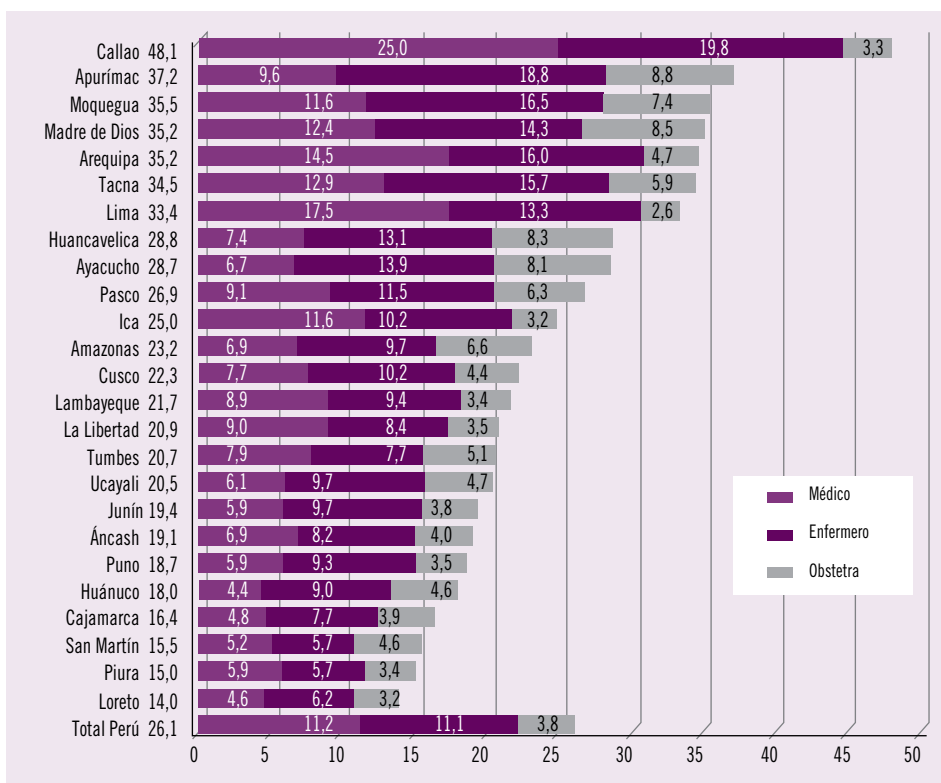
\* Publicado en Acta Médica Peruana (Acta Med Per. 2014;31(1):50-56).

## Ausencia de rectoría en el campo de recursos humanos en salud

Con la disolución del IDREH, a cargo del gobierno aprista, se retrocedió en la posibilidad de ir constituyendo una autoridad en el campo de recursos humanos que neutralizara los efectos de la segmentación del sistema de salud y avance a sentar las bases de la integración a través de la gobernabilidad y conducción estratégica de los recursos humanos en salud.

El Comité Nacional de Articulación Docencia, Atención de salud e Investigación (Conadasi), del Consejo Nacional de Salud, nunca ha logrado avanzar más allá de recomendaciones formales sin ningún carácter vinculante, y la actual DGDRHS tiene un alcance limitado, incluso a nivel del Minsa.

La integración del sistema de salud, requiere institucionalizar un Consejo Nacional de Recursos Humanos en Salud, que revalore el aporte de los trabajadores, planifique estratégicamente su formación y empleo, que regule el mercado de trabajo y que favorezca el desarrollo profesional continuo.



**Figura 1.** Densidad (por 10 000 habitantes) de recursos humanos en el sector Salud, por departamentos. Perú, 2000. Fuente: Minsa y Gobiernos regionales, 2012. Elaborado por Minsa, Observatorio de Recursos Humanos en Salud del Perú.



## Sector público no dispone de recursos humanos suficientes para universalizar la cobertura de atención en salud

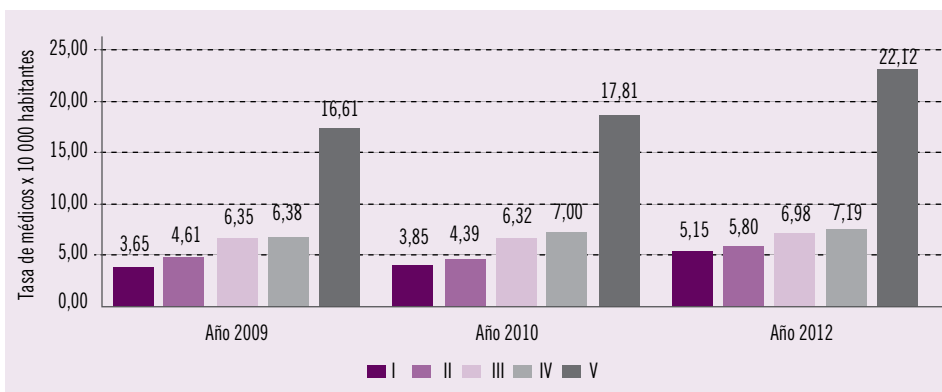
El Minsa admite que en las últimas tres décadas ha empleado diversas estrategias para mejorar la atención en el primer nivel y extender la cobertura en zonas de escaso desarrollo socioeconómico. Sin embargo, aún persiste el problema de inequidad para el acceso a los servicios de salud en los diferentes niveles de atención, debido al déficit de recursos humanos en salud adecuadamente calificados para brindar una atención de salud con calidad y pertinencia.

Solo 10 de las 25 regiones del país superan la razón de recursos humanos en salud establecida como aceptable por la OPS (25 por cada 10 000 habitantes). Las estrategias empleadas se han centrado en el Serums, servicio que si bien ha ayudado a mejorar transitoriamente la cobertura profesional de atención, ha demostrado ser completamente insuficiente para una solución estructural del problema. Por otro lado no existen los incentivos ni las condiciones laborales y profesionales para una efectiva distribución equitativa y descentralizada de los recursos humanos en salud.

Esta situación es similar y hasta peor en el caso de la distribución de los profesionales médicos. Solo 7 de las 25 regiones superan la tasa de médicos por habitante recomendada por la OMS, 10 por 10 000. La distribución por quintiles de pobreza muestra la inequidad en la distribución de profesionales médicos. En el quintil poblacional V, de mayores ingresos, la tasa de médicos por 10 000 se mantiene prácticamente cuatro veces más que la del quintil poblacional I, de menores ingresos, en el período 2009-2012.



Figura 2. Tasa de profesionales médicos x 10000 habitantes. Perú 2012. Fuente: Base de datos de Recursos humanos del Minsa y Gobiernos regionales, 2012. Elaborado por Minsa, Observatorio de Recursos Humanos en Salud del Perú.

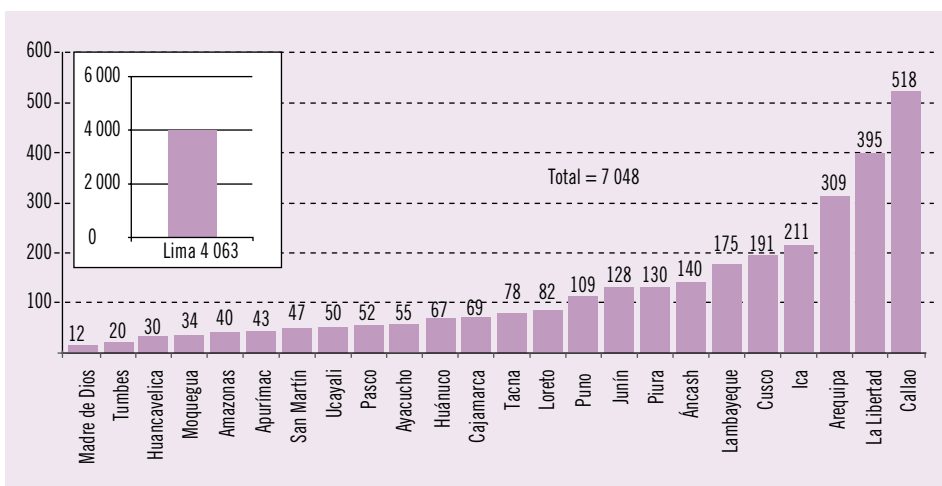


**Figura 3.** Distribución de los profesionales de Medicina Humana por quintiles de pobreza, 2012. Fuente: Base de datos de Recursos humanos del Minsa y Gobiernos regionales, 2012. Elaborado por Minsa, Observatorio de Recursos Humanos en Salud del Perú.

### Alarmante déficit de especialistas en Regiones

De los 7 048 médicos especialistas que trabajan en el Minsa y Regiones, 65 % se encuentran en Lima (4 063) y Callao (518), y existen Regiones, como Madre de Dios, donde solo trabajan 12 especialistas.

Aunque finalmente se ha logrado establecer que los especialistas deben recibir una bonificación y se ha establecido el mecanismo de servicios complementarios, se requiere ahora orientar y regular la formación en las especialidades médicas prioritarias y, al igual que para médicos generales, establecer los incentivos y las condiciones laborales y profesionales que permitan una mayor disponibilidad de especialistas en las Regiones.



**Figura 4.** Médicos especialistas en Minsa y Gobiernos regionales, por departamento, 2012. Fuente: Base de datos de Recursos humanos del Minsa y Gobiernos regionales, 2012. Elaborado por Minsa, Observatorio de Recursos Humanos en Salud del Perú.

## Alta migración de profesionales de salud

Prácticamente como válvula de escape a las condiciones de trabajo de profesionales de salud (médicos, enfermeras y obstetras principalmente), muchos de ellos vienen abandonando el país, en busca de nuevas oportunidades en el extranjero. Mientras en 2008 emigraron 135 médicos sin reportar retorno a los 3 años, en 2013 esta cifra se elevó espectacularmente hasta 2 532.

## Situación laboral actual de los médicos en el Perú

La situación laboral de los médicos, y en general de los trabajadores de salud, está determinada por el desorden administrativo por la existencia de múltiples regímenes laborales, la ausencia de carrera pública, los bajos niveles salariales y condiciones de trabajo limitadas.

Respecto al desorden administrativo, en el sector público peruano existen más de 20 regímenes laborales; sin embargo, son tres los que concentran a 70 % de los empleados públicos, los de los regímenes del DL N.º 276, DL N.º 728 y CAS. En el sector salud, este desorden laboral se agrava por la existencia de leyes especiales para cada grupo profesional.

En el año 2008, mediante el DL N.º 1023, se creó la Autoridad Nacional del Servicio Civil (Servir), rectora del Sistema Administrativo de Gestión de Recursos Humanos. Se supone que Servir es parte de una reforma laboral que pondría orden, establecería la carrera pública y dotaría a la gestión pública de un cuerpo de gerentes altamente calificados. Nada de esto, sin embargo, ha sucedido a seis años de su creación.

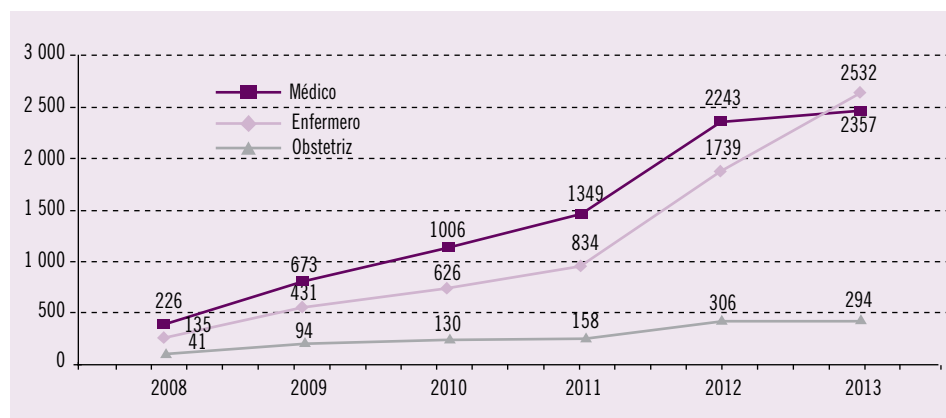


Figura 5. Profesionales médicos, enfermeros y obstetras migrantes sin retorno 2008-2013. Fuente: Superintendencia de Migraciones, Perú.

El reciente DL N.º 1153, mediante el cual se pretende regular la llamada política integral de compensaciones y entregas económicas al personal de salud, además de su carácter anticonstitucional, porque obliga a medio millar de profesionales de la salud –en cálculos de la FMP– a cambiarse del régimen pensionario público (Ley N.º 20530) al privado (AFP), afecta su derecho a acumular tiempo de servicio.

Además no establece la remuneración mínima, deroga el artículo 23 de la Ley del Trabajo Médico, desconoce el carácter remunerativo del pago por trabajo de guardia y, entre otros, elimina el derecho a pago por vacaciones truncas.

### **Riesgos de salud de profesionales de salud**

Los riesgos para la salud de los profesionales de salud son muy altos. Varios estudios han dado cuenta de esta situación sobre todo en lo relacionado a la tuberculosis.

Un estudio realizado en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza obtuvo los siguientes resultados: entre 1993 y 2005 se diagnosticaron 42 trabajadores de salud con tuberculosis, con un aumento de la incidencia de 1,3 a 5,2 por 1 000 trabajadores en ese período.<sup>2</sup>

Un estudio realizado en el Hospital Nacional Cayetano Heredia obtuvo los siguientes resultados: de enero 1994 a diciembre de 2007 se atendieron 957 enfermos de tuberculosis, de los cuales 159 (16,6 %) fueron trabajadores de salud, con edad promedio de  $31,05 \pm 8,79$ , 84 (52,8 %) fueron mujeres y 122 (76,7 %) tuvieron enfermedad pulmonar. De estos, 36,5 % fueron profesionales y 34,6 %, estudiantes de ciencias de la salud. Entre los profesionales de la salud, hubo 41 médicos (71 %), de ellos los residentes fueron mayoría (63 %). Entre los estudiantes de ciencias de la salud, el grupo mayoritario fue el de los estudiantes de medicina (87 %), y dentro de ellos, los externos y los internos fueron mayoría (75 %).<sup>3</sup>

Situaciones similares se describen para otras enfermedades infectocontagiosas.

### **Formación y regulación del ejercicio profesional de los médicos**

En 2008 estaban matriculados 17 700 estudiantes de medicina, se registró un incremento de 26,6 % en relación a 2005, con un marcado incremento de universidades privadas (40,9 %) versus las universidades públicas (10,3 %) en el mismo período, con el consiguiente déficit de campos clínicos para su formación.<sup>4</sup>

Luego de la desactivación de la Cafme y ante la demora de la implementación del proceso de acreditación por parte del Coneau, se ha generado un vacío legal que ha permitido una nueva proliferación de carreras de Medicina, que llegan a casi 40 en la actualidad, de las cuales ninguna se encuentra acreditada nacionalmente y solo 3 se encuentran acreditadas internacionalmente.

Por otro lado, la certificación profesional de la que el CMP fue pionero, se encuentra prácticamente abandonada, en vista que hasta ahora se mantiene la recertificación en base a portafolio (cursos de capacitación básicamente) en vez de hacerlo por competencias profesionales como establece la ley.

### **En vista de esta situación, el Congreso Nacional del CMP, acuerda:**

- ▶ Promover una reforma en salud que garantice el acceso universal, digno, seguro y de calidad a la población peruana, que revalore los recursos humanos en salud, los convierta en el motor central de los cambios en el sistema de salud, y los haga partícipes de las decisiones, con respeto a sus derechos.
- ▶ Construir, en el marco del fortalecimiento de la autoridad sanitaria nacional y dentro de un sistema nacional de salud, un Consejo Nacional, encargado de la conducción y planificación estratégica del campo de recursos humanos en salud.
- ▶ Distribuir descentralizada y equitativamente los recursos humanos en salud, con prioridad en las zonas de mayores necesidades en salud, con establecimiento de incentivos y condiciones de trabajo imprescindibles para un ejercicio profesional eficiente, eficaz, seguro y de calidad.
- ▶ Mejorar significativamente las remuneraciones y las condiciones de trabajo de los trabajadores de salud, en particular los médicos, mediante la derogación del DL N.º 1153 y la aprobación consensuada de una política laboral integral de trabajadores de salud, que garantice un trabajo digno y decente.
- ▶ Establecer prioridades de formación de especialistas y asegurar su distribución descentralizada y equitativa en el marco de niveles de atención que funcionen con adecuados sistemas de referencia y contra referencia.
- ▶ Establecer políticas de retención de los recursos humanos en salud y revertir la creciente migración mediante políticas de incentivo al retorno.



- ▶ Aumentar las medidas de bioseguridad, implementar medidas preventivas de enfermedades ocupacionales y establecer seguros por riesgos de trabajo para los trabajadores de salud.
- ▶ Regular la formación de recursos humanos en salud, en particular de los médicos. Acreditar obligatoriamente a las carreras de medicina, cerrar a las que no acrediten, suspender indefinidamente la creación de nuevas facultades de medicina, condicionada a una evaluación de su necesidad cada cinco años.
- ▶ Impulsar la certificación profesional médica periódica como mecanismos que garantice a la sociedad un ejercicio médico competente.



# Análisis y propuestas sobre la denominada 'reforma de salud'

**Dr. Jesús Bonilla Yaranga**

Presidente de la FMP

Por fin estamos iniciando un proceso de discusión adecuado que ya debió haberse dado desde hace meses atrás porque este proceso de reforma que se está implementando desde el Minsa, obviamente ya iba visado. Además, probablemente también tengamos que ver el contexto internacional en el que nos estamos desarrollando porque es importante ver el panorámico económico mundial, donde, luego de la crisis de la década pasada, existe una tendencia a la estabilización. Incluso existe la posibilidad de un despliegue económico de EE. UU. y de Europa, la que en estos momentos aun sufre la crisis económica producto de la crisis financiera, inclusive ya se pronostican crecimientos económicos por encima de 2 % en estas latitudes. También es importante señalar que, en estos momentos, en Perú vivimos una estabilidad económica reconocida internacionalmente pero, sin embargo, a pesar de que ha existido una crisis internacional, el impacto sobre la economía peruana no ha sido muy severo como ha ocurrido en otros países. Es importante destacar que el crecimiento económico en China va a seguir muy potente, está creciendo por encima del 7 % del PBI cada año y, probablemente, en 2014 también tenga esa misma tendencia y la China es una locomotora que esta jalando muchos países emergentes. Perú no se está quedando a la zaga y el pronóstico para el 2014 es que va a tener un crecimiento económico por encima de 5,5 %, un crecimiento económico mejor que los países de América Latina, por delante de Chile, Argentina, Venezuela, Ecuador y Brasil, y, por si acaso, Bolivia es uno de los países que tiene un pronóstico de crecimiento económico mejor en 2014. Perú, así como tiene ese pronóstico, también va a tener la menor tasa de inflación en América Latina.

Entonces, estamos en un contexto de una economía favorable del país y hemos descrito en muchas ocasiones como el PBI ha crecido de manera exponencial, al igual que las reservas internacionales netas –en estos momentos, una de las

mejores en América Latina-, pero, sin embargo, eso no se ha traducido en un adecuado tratamiento en los problemas sociales y un problema social en efecto es la salud. Alguien mencionaba que los objetivos del milenio aparentemente se habrían cumplido, pero, sin embargo, este modelo de crecimiento económico, este modelo de desarrollo es absolutamente inequitativo, promueve la desigualdad y así como existe razones de muerte materna importantes y que estamos seguramente por debajo de los 95 por 100 000 nacidos vivos, hay regiones en el país que aún están con 150 por 100 000 nacidos vivos y regiones importantísimas como Puno, Cuzco, La Libertad, Iquitos, Cajamarca. Estas regiones no son pobres aparentemente. Cuzco es la capital histórica, es el ombligo del mundo, donde hay un ingreso de divisas importante, producto del turismo pero, sin embargo, tiene una tasa de muerte materna elevada. Ni que decir de Cajamarca, con la inversión minera y todo lo que ha producido en la Yanacocha, tienen una tasa de muerte materna elevadísima. La Libertad, donde la agricultura se relanza, el centro turístico también, pero, sin embargo tiene esos indicadores muy negativos. Entonces, si nosotros vemos el panorama no es nada halagador desde el punto de vista sanitario, si hacemos de repente la comparación también en función a la mortalidad infantil, todos los años lamentamos y ya va a venir el friaje y los niños en las zonas alto andinas morirán producto de neumonía y el friaje. Este panorama económico definitivamente no se traduce en una mejora de los indicadores de salud.

Todos sabemos que la tuberculosis es un flagelo que hasta ahora no se puede superar. Los tecnócratas dicen que hay que esforzarnos en mejorar la captación de los pacientes con tuberculosis, hacer mayor cantidad de baciloscopias pero, sin embargo, sabemos que existen factores determinantes que no van a modificar ese índice en tuberculosis mientras no se modifique el hacinamiento, la pobreza, el analfabetismo y la desnutrición. Reconocemos también, y es importante subrayar, que a pesar de que tenemos un crecimiento económico importante, la asignación de presupuestos para el sector salud es uno de los más bajos en América Latina, 1,9 % del PBI, es bajísimo. Así, tenemos una precariedad en servicios de salud y los diagnósticos pienso que sobran acá.

También es importante señalar que tenemos una población aparentemente asegurada. En realidad no hay un gran seguro como lo quieren mostrar de más o menos 22 millones de habitantes, sin seguro más o menos 8 millones, de esos 8 millones más o menos 2 millones es una población que es pobre, o sea que puede ser rescatado para estos programas sociales; no pobre, más o menos seis millones, entonces, por ejemplo, ahí está el interés del mercado en hacerlo. O sea, ahora, de acuerdo a la normatividad vigente, los seguros privados están a la caza de esos millones de personas que van a tener que



entrar a algún tipo de seguro, y si existe el dinero circulante. Por supuesto que existe el dinero circulante, existe más demanda sanitaria, existe más demanda sanitaria y los inversionistas privados han visto como es el negocio de la seguridad en el país y están ahí. Obviamente que eso no solamente es el interés, sino también ahora de acuerdo a la normatividad vigente parte del dinero público que se debiera asignar a los servicios públicos también va ir para el sector privado, doble ganancia. Es más, con la integración vertical del seguro privado y la atención privada, van a ganar doble, por administrar el seguro y por brindar el servicio negocio redondo.

Entonces, asistimos a una seudorreforma porque en realidad si nosotros quisiéramos hablar de reforma tendría que haber un cambio sustancial en la división de la salud pública del país. Desde 2009, nosotros somos víctimas, y aquí quiero subrayar que somos víctimas de la Ley de AUS, que le abre las puertas al sector privado, con la constitución de las Ifas privadas y las APP. Lo que ha ocurrido este último año, con los 23 decretos legislativos, es que profundiza ese modelo que ya lo han descrito muy bien los expositores. Segmenta más a la población, el que tiene plata puede comprar su seguro y el que no tiene dinero que se atienda, pues, en un seguro pobre como es el SIS. Aquí puedo hacer un comentario, cuando yo hice la denuncia de un concurso irregular, pongámosle entre comillas, en el SIS y dije que el SIS estaba desfinanciado, me llegó una carta notarial porque quiere que le demuestre que el SIS está desfinanciado. Eso, yo creo que no sería difícil de demostrar. Entonces estamos frente a una profundización de ese modelo, lo han mencionado, en efecto, el gasto del bolsillo se ha incrementado impresionantemente también. Estos decretos legislativos tratan de dar la apariencia de una mejor respuesta frente a la demanda sanitaria del país, pero dentro de una lógica de mercado que va profundizar más los problemas en el país. Creo que en efecto la salud debería enfrentarse con una política de Estado, la salud como derecho fundamental, creo que es un consenso en esta mesa, y que se debería enfrentar en esa dimensión el acceso equitativo y universal. Es una demanda no solo de los profesionales de la salud, de los trabajadores de la salud, sino es una demanda también de la población. No por gusto el presidente Ollanta Humala ha ganado las elecciones con un discurso, acaso no planteó el seguro universal de salud; acaso no planteó efectivamente el financiamiento, que lo señaló muy bien el doctor Palomino. Por supuesto, pero, sin embargo, el discurso fue de izquierda y al final gobierna con la derecha, el sector Salud debe ser adecuadamente organizado y, precisamente por ello, es que estamos enfrentado esta discusión y este debate y con las diferentes variables realmente llegemos a alcanzar;

algunos como la Academia Peruana de Salud, acuerdos por consenso y esperemos tener acuerdos por mayoría.

Necesitamos no solo un seguro social universal en salud que atienda a toda la población, sino que esta se sustente en criterios de eficiencia y calidad. Entonces, qué es lo que nosotros vamos a hacer en las próximas semanas, seguramente va haber temas en discusión fundamentales. Un tema de discusión será sobre la rectoría: mantenemos una ley de rectoría como tal o le damos una real fortaleza a la rectoría. Acá también se ha mencionado que debemos fortalecer la rectoría y evitar, pues, comentarios como que cuando el ministro de Salud va a Huancayo, el presidente regional lo quiere botar. Si nosotros consideramos la salud como un derecho o le damos los criterios de seleccionar para brindar servicios. Seleccionamos a los que son pobres de los que nos son pobres y les damos diferentes servicios, eso es un tema de discusión, de debate; si vamos a promover la participación ciudadana con modelos fracasados como el CLAS, por ejemplo, o creamos un nuevo modelo de participación ciudadana, para que la ciudadanía también participe en el proceso de emergencia sanitaria. Aspiraríamos a un modelo ideal integral o solo a un modelo de coordinación o coordinado, por ejemplo. Pienso que también hay mucho que discutir sobre esto. En cuanto al modelo de atención, es totalmente recuperativo, como lo es ahora, o tiene que ser integral. En relación a la inversión de salud, sí creemos que el Estado debe responder porque la salud es un derecho humano fundamental y no debe renunciar a su responsabilidad, o también vamos a pedir la captura de la inversión privada para ello; esta es una discusión que recién esta comenzando y hay que profundizar en ella. Y, finalmente, un tema que siempre genera discusión, avanzamos a promover un fondo único, una administración única o vamos a promover fondos múltiples con administraciones múltiples, qué es lo que le conviene al país. La FMP, en función a todos estos temas, ha planteado y adelantado opiniones en diferentes eventos. Creemos que lo ideal es que cada peruano que demandaría atención sanitaria, en una situación ideal, solo bastaría presentar su DNI para poder tener derecho a la atención de la salud en su país.

# Los servicios de salud privados en el Perú

**Dr. Víctor Raúl Orihuela Paredes**

Exvicedecano del CMP  
Comité de Salud Pública. Comité de Doctrina y Legislación del CMP

## LO PRIVADO SOCIAL Y LO PRIVADO MERCANTIL

La prestación asistencial de salud siempre tendrá un carácter privado interpersonal. Esa es la relación médico-usuario, la naturaleza del acto médico. Por lo mismo, mantendrá este carácter esencial e independiente en su articulación así sea una organización de servicio público o un servicio privado. Por ello, la profesión médica es considerada una profesión liberal. De ahí también se colige que debería darse dentro de sistemas de libre elección.

Sin embargo, veremos las limitaciones y distorsiones que ello adquiere cuando el servicio se mercantiliza, cuando no mejora su calidad, sino, por el contrario, se precariza las condiciones y asistimos a un progresivo deterioro de las condiciones materiales y humanas de los servicios públicos. La lógica inmersa es que la salud-servicio vaya sujetándose al poder adquisitivo de las personas. Asistimos a otro ciclo mercantilista, donde el avance de la tecnología, de la ayuda diagnóstica y/o tratamientos, incrementa los costos de producción, de atención a las enfermedades, en particular para los casos de mayor complejidad y cronicidad y de adultez mayor.

La práctica privada de los servicios de salud en nuestro medio, en los hechos, se encuentra prácticamente desregulada, al extremo de que la supervisión, vigilancia, acreditación, en general, regulación y/o garantía de calidad no existe, solo se queda en formulaciones teóricas. Esta desregulación casi absoluta no solo existe para el caso de las prestaciones asistenciales, sino también para el campo de los medicamentos, los cuales han pasado a ser el componente de mayor proporción en el gasto de salud. Los denominados medicamentos básicos, medicamentos esenciales, los petitorios nacionales, han tenido que formularse ante los inevitables altos costos que representan los denominados productos de marca.

Con mayor énfasis en las últimas dos décadas y mayor dinamicidad en el último quinquenio, se muestra un crecimiento significativo en las distintas formas de inversión privada para las prestaciones asistenciales: los famosos tipos de organizaciones ‘populares’ que dirigen los médicos como Quito y Serván; el Sisol; las EPS; los seguros privados; los complejos de clínicas, en general, que han pasado a ser los principales receptores de las compañías de seguros y EPS, autoseguros, con una reducida prestación asistencial directa. Configuran todos ellos la oferta que ha llegado aproximadamente a dos millones de usuarios. Por eso, el modelo de integración vertical de las clínicas con los seguros privados es lo que está a la orden del día; han pasado a ocupar el segundo lugar en la oferta de camas hospitalarias en el país.

La novedad en este contexto es que se tiende también a que ingrese con más fuerza el SIS-AUS a la asociatividad público-privada, para ‘paquetitos’ de atención, es decir, ir a convenios con organizaciones privadas para ampliar la segmentación y fragmentación a cambio de la atención del paquete compactado con tarifas diferenciadas que se convengan con el subsidio estatal y el sector privado. El fondo del SIS paga por estas prestaciones y así nos encontraremos ante diversas experiencias de gestión respecto a buenas y malas prácticas.

## **EL COMPROMISO Y LA RESPONSABILIDAD SOCIAL**

Un tema central que la política de Estado y los Gobiernos no han definido es que la salud, incluido lo asistencial, es un servicio social, donde debe existir un compromiso y responsabilidad social de todos, porque se trata de un bien muy sensible a la persona humana. No es una simple mercancía más del mercado: siempre representará una contraprestación y tendrá un costo de producción, pero también debe tener un costo de beneficio, tanto para el productor como para el usuario. Por lo mismo, es necesario regular y sancionar la mercantilización que evidenciamos, las distorsiones entre la correspondencia estructural de los servicios de salud existentes y los cobros que por ellos se realizan, la garantía de calidad del mismo y la satisfacción-beneficio del usuario, que deben tener correspondencia ético-deontológica.

Además, hay que articular y/o comprometer en sus responsabilidades, tanto la red pública como la privada, en lo que representa las externalidades, de las cuales todos se benefician y en la que, por lo mismo, todos debemos contribuir. Por ejemplo, en el control de las enfermedades transmisibles y no transmisibles; el control sanitario, ambiental; las buenas prácticas de vida material y espiritual; la salud física, mental y social... En general, todo lo que contribuya a la mejora continua de la calidad de vida.

Lamentablemente, el marco legal de la Constitución de 1993 y la Ley General de Salud de 1997 incentivan la mercantilización porque consideran que la salud-servicio es parte de los servicios en general de una economía de libre mercado. Por ello encontramos que en los hechos existe total desregulación y toda una gran gama de servicios que se venden sin representar garantía de calidad, servicios que no cuentan con la garantía básica de acreditación, en entidades que subvalúan los honorarios profesionales, pero que cobran por brindar supuestos servicios calificados.

Contribuye a esta realidad el deterioro también de la calidad en la atención pública de la salud, tanto en las de menor como en las de mayor complejidad. Cunde el desaliento entre profesionales y trabajadores de la salud por la precarización de las condiciones de trabajo, que también los lleva a la disociación entre lo que es el trabajo público y privado, cuando, en pro de la mercantilización, se termina ‘parasitando al servicio público’ con malas prácticas de un ejercicio disociado.

Por el fenómeno de crecimiento económico del país, por el emprendimiento social de micro- y medianas empresas, estamos asistiendo a un incremento de la demanda de servicios de salud. Esto, a su vez, está aumentando las inversiones de las compañías de seguros, de las administradoras de fondos de salud. Es lo que esta reforma incentiva y promueve en general, tanto para las grandes inversiones como para las de mediano y las de relativo bajo monto. El continuo deterioro del rol público llevará a que se acentúe la tendencia y/o proceso de mercantilización y/o privatización de la salud.

Todo esto sucede con ausencia de compromiso y responsabilidad social de parte del Estado. Este es un aspecto álgido, sobre todo en una sociedad como la peruana, donde se requiere que la democracia sea inclusiva, y, por lo tanto, reconozca el derecho social a la salud como inversión para el desarrollo humano y este se institucionalice, dentro de lo que represente una bien entendida economía social de mercado, a fin de que la visión del negocio mercantilista sea contrastada y desechada por la visión y praxis de la salud/social, con la acción inmediata-mediata de la seguridad social universal para todos.

## **DESARROLLAR LA CONTRALORÍA EN SALUD**

Se puede afirmar que la intermediación para la prestación de servicios de salud también ha crecido, por esta mayor demanda y búsqueda de la calidad. No obstante, en varios casos, estas organizaciones no corresponden a esta demanda; por el contrario, la frustran. Por ello se prevé que van a acentuar el deterioro de los servicios.

¿Quién regula el aseguramiento de calidad?, ¿quién controla la calidad de los servicios? La Sunasa, dirigida actualmente por una servidora que ha trabajado más de una década para las aseguradoras que ahora pretende controlar. Ahora representaría esa posibilidad, siempre y cuando no se infiltre la corrupción, porque actualmente este organismo tiene mayores atribuciones de vigilancia, control, sanción, lo que equivaldría a un rol de Contraloría en Salud, muy necesario para una realidad tan corrupta como la nuestra, donde existen muchas irregularidades de gestión.

El otro fenómeno que acompaña a la mayor demanda de calidad de servicios es que se ha incrementado el gasto de bolsillo que realizan las personas en los servicios de salud. Es paradójico que en un Perú tan diverso y con tan numerosos bolsones de pobreza estemos asistiendo a un mayor gasto de bolsillo en salud, lo cual acentúa las inequidades. Las personas están resolviendo de manera informal-formal lo que los servicios públicos y privados en su compromiso y responsabilidad social no hacen para reconocer que el derecho a la salud llegue a las mayorías nacionales.

Para ello, es indispensable que el CMP retome con fuerza el liderazgo para impulsar la seguridad social universal; en lo inmediato-mediató, enarbolar la salud social, en su diversidad de servicios públicos y privados. Hay que desarrollar la política de servicio social en salud, en sus distintas modalidades de prestación.

## LA SALUD COMO DERECHO SOCIAL

La cultura de la salud, por tanto, se encuentra en un desarrollo 'natural'. Las personas vienen revalorando sus condiciones de salud individual, social y ambiental; las necesidades de salud son mayores; el vivir sano, para los diferentes grupos etarios, es una demanda, así como tener entornos saludables.

Aplicar todo el conocimiento y utilizar la tecnología para mejorar condiciones de vida, en cada grupo etario, es el reto para desarrollar una política de salud integral y seguridad social, para lo cual ahora existen mejores condiciones económico-financieras, para avanzar en este objetivo estratégico.

Esta visión está en contraste con la universalización del paquete que postula el SIS-AUS. Según las cifras oficiales, prácticamente, ya se estaría logrado este objetivo, porque se menciona que el SIS, a la fecha, ya tiene más de doce millones de asegurados, a lo que se suman diez millones de personas en Essalud, los aproximados tres millones de personas en las sanidades y cuatro millones del sistema privado. Estaríamos en una cobertura universal, lo cual

cuantitativamente solo está en el papel, lo que tiene un gran impacto para la publicidad, pero está lejos de lo que cualitativamente percibe la población; ella se encuentra muy insatisfecha por la calidad deteriorada de los servicios.

El fortalecimiento del rol público en el objetivo de una seguridad social universal debe llevarnos a un sustantivo incremento presupuestal del Minsa hasta superar como mínimo el promedio latinoamericano, a una mayor inversión pública que subsuma al SIS-AUS en pro de efectivamente avanzar en este objetivo estratégico, desechar el solo asistencialismo del paquete compactado.

## **LOS RECURSOS HUMANOS EN SALUD, PRINCIPAL CAPITAL SOCIAL**

El mayor capital del Minsa en conjunto con el resto del sector salud, incluidas las sanidades, son sus profesionales y trabajadores en general, que esencialmente están comprometidos con la salud como servicio social, como inversión para el desarrollo social y económico. La ‘reforma de salud’ planteada por el actual Gobierno desalienta su trabajo a través de convenios con instituciones u organismos que resultan más precarios en sus condiciones de infraestructura y equipo. Por ello, tenemos que ser críticos y severos de este tipo de asociatividad pública o privada, pro mercantilista.

## **DESECHEMOS LOS ASEGURAMIENTOS, QUE ES OTRO CAMINO HACIA LA MERCANTILIZACIÓN**

Por las consideraciones mencionadas, podemos afirmar que no existe un buen aseguramiento en salud si no se tiene entre sus características la universalidad. El postular que un aseguramiento solidario o social es alternativo a lo que representa la Ley N.º 29334 es un grave error estratégico, porque primero se reconoce que el AUS no es la ‘criatura’ concebida por la tecnocracia del Banco Mundial para privatizar y reestructurar la seguridad social, sino que resulta ser la ruta para ir a la seguridad social universal.

Esta prédica se viene dando en las últimas dos décadas. En vez de avanzar en pro de este propósito, nos encontramos ante regresiones, ante un mayor deterioro de lo público. Sin embargo, se continúa con la supuesta argumentación de que el financiamiento no es viable, argumento técnico-financiero totalmente falaz, porque será la sola decisión política lo que permitirá superar el promedio latinoamericano de inversión pública en salud. Estaríamos así en condiciones de hacer realidad, en gran medida, el seguro social universal.



Por tanto, el espacio de trabajo privado en una realidad como la nuestra tiene su desarrollo y es necesariamente complementario al fortalecimiento del rol público-social en salud. Eso es lo que representa la seguridad social universal en salud, donde todos asistan a un nuevo desarrollo público y privado de compromiso y responsabilidad social, que permita mejorar la calidad de los servicios de salud en todas sus expresiones, donde se garantice que las ganancias de producción y productividad se conjuguen con la calidad y la responsabilidad social del Estado.

Todos debemos salir beneficiados con un sistema de salud con estas características. El centro de la reforma es procesar esta relación actualizada y complementada entre lo público y lo privado; así, con las consideraciones antes mencionadas, se logra la mejora continua de la calidad de vida de nuestra población y se hace de la salud una inversión para el desarrollo humano.



# El proceso de reforma de salud en Perú y el traspaso de recursos públicos al sector privado

**Dr. Herberth Cuba García**

Comité de Salud Pública

El proceso de implementación y profundización de la Ley Marco de AUS, la implementación de las normas de Proinversión en salud y la flexibilización y precarización del empleo en salud es lo que el Minsa llama Reforma de la Salud en Perú.

Tres procesos iniciados el año 2008 a partir de la Ley de Asociaciones Público-Privadas (APP, DL N.º 1012); la Ley N.º 29230, llamada ‘Ley de Obras por Impuestos’, y la Ley Marco de AUS (Ley N.º 29344) permitirían reformar profundamente la salud en el Perú. En las APP y en la Ley de Obras por Impuestos, el rol protagónico lo tenían los gobiernos locales y regionales. En esencia, la norma aporta inversión rápida y necesaria para cerrar la brecha de necesidades en salud. Sin embargo, con los DL N.º 1155 y N.º 1157 se recorta funciones a los gobiernos regionales y locales, centralizándolas en el Minsa.

La Ley Marco de AUS pretendía que todos los ciudadanos tengan un seguro público o privado y se reduzca el gasto de bolsillo, pero ha ocurrido exactamente lo contrario.

La Ley Marco de AUS promueve la venta de seguros privados; en sus inicios, inclusive, en modo compulsivo como requisito para las transacciones bancarias (hoy derogado). Además, modifica la estructura organizacional de los sistemas de seguridad social al desdoblarlos en dos: por un lado, el componente del fondo financiero y, por el otro, la red prestadora de salud, lo que prohíbe que el sector público tenga los dos componentes. Este proceso quedó trunco a falta de un ente implementador que lo ejecute. Por eso, los DS 1175 y 1176 legislan el primero, el Fondo de Aseguramiento en Salud de la Policía Nacional del Perú (Saludpol), y el segundo, el régimen de salud de la Policía Nacional y su red prestacional. Del mismo modo, el DL N.º 1173

norma los fondos de aseguramiento de las tres fuerzas armadas. El Minsa corre igual suerte a través de la creación del Instituto de Gestión de Servicios de Salud –IGESS– (DL N.º 1167) y, por el otro lado, fortalece las funciones de fondo del SIS (DL N.º 1163). Esta separación de los componentes financiador y prestador de las instituciones de seguridad social dan muerte definitiva a la seguridad social en nuestro país y permite la utilización de los fondos a través de contratos con los sectores privado y público, en lo que se ha dado en llamar genéricamente contratos Iafas e Ipress y entre ellos. Los decretos legislativos lanzan a las Ipress e Iafas públicas y privadas al mercado, a competir por los dineros del SIS, Essalud, FFAA y FFPP, en un mercado desregulado para los privados y maniatado para los públicos; con la Sunasa fortalecida (DL N.º 1158) para fiscalizar los servicios, a las Ipress y solo tangencialmente a las Iafas, sin ningún rol regulador, aun cuando las prestaciones sanitarias tienen tarifas. Esta ausencia reguladora en los variados y múltiples mercados de la salud, cuya existencia en algunos casos es monopólica y en otros hay facilidad a la tendencia monopólica, generará inevitablemente un alza de los precios, alejará la salud de la población y, además, traspasará los recursos públicos al privado sin lograr el impacto deseado.

En este mercado desregulado, con tendencia al monopolio y en algunos casos monopólicos, la escasez de profesionales agrava la situación para los inversores privados. Por ello era necesaria la flexibilización y precarización del empleo normadas con el inconstitucional DL N.º 1153 para que aporte la solución a la escasez del sector privado en detrimento del sector público.

En resumen, el modelo que pretende implementar el Gobierno se basa en la promoción desregulada del mercado de la salud, promoción de la inversión privada a través de las APP y ‘obras por impuestos’ con decisiones centralizadas a nivel del Gobierno Nacional: un modelo que reduce la función del Gobierno a promotor de la inversión privada, sin rectoría de salud, sin funciones regulatorias, con instituciones financieras fuertes, empresas aseguradoras autónomas, con instituciones prestadoras autónomas pero débiles y sobrerreguladas y fiscalizadas por la Sunasa. Este modelo atomiza el financiamiento, la prestación, y multiplica la segmentación y fragmentación de la salud. Es un modelo construido para las minorías y para atender las enfermedades baratas y comunes de las mayorías. Es un modelo que genera exclusión y rompe el derecho a la salud, la universalidad y la integralidad.

Analizados los cuestionamientos de la llamada Reforma de la Salud en Perú, las normas regresivas, en el sentido que desconocen y violan derechos, son la Ley Marco de AUS y los decretos legislativos que la afianzan y el inconstitucional DL N.º 1153.

¿Este paquete normativo constituye una reforma del sistema de salud? La respuesta es, obviamente, no. El Minsa ha perdido una enorme oportunidad para legislar en relación a lo siguiente:

- ▶ La salud como derecho humano fundamental y respeto a los derechos conexos: a la interculturalidad, de género, participación social, de usuario y consumidor y de no discriminación.
- ▶ Al fortalecimiento del Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.
- ▶ Asegurar el financiamiento para la seguridad social universal a través del presupuesto público, pero también con los aportes de la población (no solo a través de la planilla) que le den factibilidad y sostenibilidad al sistema de salud.
- ▶ Crear mecanismos contra la concentración empresarial y el monopolio en salud (artículo 61 de la Constitución Política). Reglamentar la iniciativa privada y pública dentro de una economía social de mercado cuyo norte sea la seguridad social universal, el bienestar de la población como fin supremo de la sociedad y el Estado.
- ▶ Promover una política de Estado en salud que trascienda a los Gobiernos y los periodos gubernamentales.
- ▶ Fortalecer el proceso de descentralización en salud, mediante la mejora de la rectoría del Sistema Nacional de Salud por parte del Minsa.
- ▶ Rechazar la centralización de las necesidades de inversión en salud de las regiones y gobiernos locales.
- ▶ Fortalecer la participación social y la movilización social en salud.
- ▶ Tomar en cuenta que la ‘reforma’ no ha tocado el rubro de la necesaria reforma de la política de medicamentos, para lograr su accesibilidad a bajo costo y con calidad y la promoción de los genéricos.
- ▶ La reforma del Sistema de Emergencias y Desastres.
- ▶ La formación de recursos humanos en salud.
- ▶ El fortalecimiento de la medicina preventiva y la atención primaria de salud como estrategia y no solo como fortalecimiento del primer nivel de atención.

Por todo lo expuesto, el CMP considera una oportunidad perdida y rechaza el sesgo enormemente ideológico de los actores de la reforma cuyo impacto será sumamente dañino para nuestro país.

**Página en blanco**

# Relación público privada en salud

**Dr. Alejandro Saco Valdivia**

Foro de la Sociedad Civil en Salud (Foro Salud)

La relevancia del abordaje de esta problemática radica en que la presencia del capital privado es cada vez mayor en el sistema de salud, lo que condiciona el acceso a salud y orienta la lógica de sus alcances. Esta presencia se expresa de diversas formas:

- ▶ Gasto de bolsillo que las familias realizan en medicamentos, atenciones en sistemas privados de salud y pagos en el propio sistema público: 11 500 millones de soles de gasto de bolsillo hicieron los peruanos en el año 2013, lo cual es considerablemente mayor a los 8 500 millones que se hicieron el año 2009. Este incremento del gasto de bolsillo demuestra el fracaso de la Ley de AUS.
- ▶ Contratación por parte de los sistemas públicos de salud (SIS-Essalud) de servicios privados de atención con tarifas muy por encima a las del mercado en detrimento de los recursos de estas instituciones (caso Sisol y sus tarifas de exámenes de laboratorio para Essalud).
- ▶ Alianzas público privadas para la construcción de infraestructura, gestión de servicios y relación con los RR. HH. en salud. En el caso de Essalud las APP abarcan todos los servicios y prestaciones como en los nuevos Hospitales en Villa María del Triunfo, Ventanilla y la sesión de la Torre Trecca a una empresa privada que hace del cáncer un negocio); en el Minsa no se tiene claridad si los privados gestionarán los aspectos clínicos, procedimientos y análisis, o solo la denominada 'bata gris'.
- ▶ Concesiones hospitalarias vía mecanismo de obras por impuestos, que permiten no solo la construcción, sino, además, la gestión posterior por largos plazos.
- ▶ Expansión desregulada del Sisol y sistemas similares en diversos municipios del país, que distorsionan el concepto de salud como derecho e impulsan el gasto de bolsillo.

### Constataciones necesarias

- ▶ Ninguno de los 23 decretos legislativos de la denominada Reforma de la Salud establece alguna mínima regulación sobre la relación público privada en salud; el Minsa y el MEF han evadido este tema y se apoyan en la legislación de Proinversión.
- ▶ No hay evidencia que permita afirmar que a mayor participación del capital privado en salud se mejoren las condiciones de salud de la población; al contrario existen estudios que señalan que las APP complejizan la gestión del sistema y generan mayor desigualdad (OMS, 2006).
- ▶ La evidencia demuestra que a mayor financiamiento público los sistemas de salud logran ser más igualitarios, debido a que el Estado puede regular y orientar el acceso; la propia OMS señala que el gasto público debe ser de alrededor de 85 %.
- ▶ Como en Perú, el gasto de bolsillo representa algo más de 40 % de todo el gasto en salud, y los sistemas públicos trasladan importantes recursos a los privados (además de los por lo menos 1 500 millones que reciben las aseguradoras privadas al año), se podría señalar que cerca de la mitad de financiamiento de la salud se encuentra bajo la influencia de la lógica de mercado.

### Asociaciones público privadas en salud

#### Antecedentes en Essalud

- ▶ Essalud a más de tres años de haber suscrito los contratos de APP para los hospitales de Villa María del Triunfo, Ventanilla y la sesión de la Torre Trecca no ha transparentado el estimado de beneficios empresariales o utilidad promedio; esta podría oscilar entre 25 % y 30 %, lo que sin duda es lesivo para la institución que pagaría más de 60 millones de dólares anuales por 25 años a la empresa concesionaria por cada hospital en APP. El modelo español en Valencia establece un tope a los beneficios generados por la empresa que gestiona la APP que llega a 7,5 % del ingreso, con la obligación de reinvertir en el sistema los recursos que sobrepasen ese techo).
- ▶ Essalud ha entregado a las APP toda la gestión hospitalaria, incluidas el área clínica, las atenciones y las políticas laborales. La empresa privada no tiene la obligación de brindar la atención integral, sino un paquete de atenciones establecido en el contrato de APP, lo que distorsiona el principio de integralidad. En relación a las políticas laborales, la empresa

podrá establecer condiciones con los profesionales de la salud distintas a las que Essalud establece con sus trabajadores de planta y las que se contemplan en las leyes de los profesionales de la salud, así, se introduce una cuña más de desigualdad laboral.

## SISTEMA DE LA SOLIDARIDAD (Sisol)

- ▶ La expansión y percepción de una adecuada atención que presenta el Sisol se basa en las limitaciones del sistema público (37 % de usuarios del Sisol son asegurados a Essalud). El Sisol nació desde una lógica mercantil, la cual persiste, en la que la puerta de entrada es un costo de consulta que bordea los ocho soles, pero como la rentabilidad del negocio estriba en los procedimientos, se crea un incentivo perverso; si el usuario posee a un cuadro complejo terminará por acudir a otro sistema que cuente con la capacidad resolutoria para atender su necesidad y volver a gastar.
- ▶ La distribución del ingreso implica que de cada 100 soles que ingresan por las cajas de este sistema, en promedio 70 vayan a la empresa contratista y 30 se queden con el municipio (en 2010 se estimó en 160 millones de soles la facturación; hoy debe haberse incrementado sustancialmente).
- ▶ La expansión de este sistema hoy se relaciona con los sistemas públicos de salud, al haberse establecido convenios con el SIS y Essalud. Si bien estos convenios señalan que no debe haber ánimo de lucro, lo cierto es que es imposible separar el ánimo de lucro de los alcances del Sisol.
- ▶ Asimismo, el Sisol ha ingresado a la atención de urgencias y emergencias con la contratación de una empresa española que gestiona estos servicios, que serán contratados por el SIS; esto pone en duda la voluntad política de contar con un sistema de urgencias público como el SAMU.

## Impulso del Minsa a las APP y concesiones

- ▶ Como se tiene conocimiento el Minsa viene ofertando en APP los principales hospitales públicos de Lima, sin que se tenga la claridad de cuáles son los alcances de las APP. Ya se tiene la convocatoria del Instituto Nacional de Salud del Niño sede San Borja y las propuestas de los demás hospitales de la capital empezando por el Hospital Dos de Mayo y el Hospital Sergio Bernal de Collique.
- ▶ Asimismo, se proponen otras APP en administración de los residuos sólidos de todos los hospitales de Lima; Banco de cordón umbilical, Banco de Sangre, áreas del servicio de Patología y Laboratorio Clínico y adicionalmente atención a poblaciones dispersas.

- ▶ En relación a las concesiones hospitalarias vía obras por impuestos, ya se ha entregado al consorcio formado por BCP, Pacífico Seguros y Movistar, la construcción para ampliación y mejoramiento del Hospital de Carabaya, Puno; y se tiene la convocatoria avanzada del Hospital de Santiago de Chuco, La Libertad.

### **Propuesta de medidas sobre la relación público privada**

- ▶ Paralización de todas las APP y concesiones hospitalarias a través de obras por impuestos mientras no se cuente con un marco regulatorio adecuado.
- ▶ El marco regulatorio debe abarcar: rentabilidad y utilidad en estas asociaciones y contrataciones, estándares de cumplimiento obligatorio de las empresas, asegurar menores costos que los que hoy se tiene en la gestión pública, señalando que se limitan solo a la construcción y equipamiento, y que bajo ninguna forma pueden administrar ni dirigir servicio alguno. En relación a los RR. HH., la administración de los EE. SS. y los servicios clínicos, estos deben depender exclusivamente del Estado, y dirigidos conforme señala la Ley de Trabajo Médico, garantizando condiciones de trabajo dignas para profesionales y no profesionales.
- ▶ Evaluación, regulación y auditoría de la oferta brindada por entidades como el Sisol que se vienen reproduciendo en diversos municipios de Lima y de las Regiones.
- ▶ Regulación de la contratación de servicios de salud a privados por parte del SIS y Essalud en el esquema de ‘contrato público’, lo que requiere un desarrollo legal adecuado en el que el financiador pueda orientar la relación en pro del usuario, y se promueva la ampliación de la oferta de servicios con otras entidades no lucrativas.
- ▶ Rol rector y regulador del Estado sobre la oferta privada: medidas para lograr transparencia sobre los ingresos y utilidades del sector privado; fortalecimiento e impulso de los servicios no lucrativos de salud; mecanismos definidos y límites establecidos a los márgenes de ganancias en las APP y el aseguramiento privado.

En todo caso, lo que requiere la relación público privada en salud es una adecuada discusión para lograr establecer orientaciones en lógica pública, como se hace en otros países, donde los sistemas de salud garantizan las atenciones integrales a todos los ciudadanos, con condiciones bien establecidas por el Estado, lo que favorece la atención no lucrativa en salud, donde el financiamiento público es de 85 %, lo que reduce drásticamente el gasto de bolsillo de los pacientes, y donde el sector privado tiene un rol complementario al del sector público.



**Página en blanco**



1964 - 2014  
BODAS DE ORO

[www.cmp.org.pe](http://www.cmp.org.pe)