

La reforma de salud

Health reform

Francisco Sánchez-Moreno¹

El ritmo que siguieron los países de América del Sur en el desarrollo de la salud durante el siglo XX se desvaneció en el Perú a fines de los años sesenta y, desde el nivel medio que ocupaba, pasó a los últimos lugares en la primera década del siglo XXI. Si bien algunos indicadores como la esperanza de vida continúan mejorando –igual que en la mayoría de naciones en razón del desarrollo mundial– el país muestra ahora un gran retraso en salud. El crecimiento económico, que con mejores precios internacionales generaron las exportaciones, debió impulsar hace doce años el desarrollo social, principalmente en educación y salud, pero esto no ocurrió. La insatisfactoria realidad de salud es en gran parte consecuencia de no existir una moderna política de Estado, lo que determina débiles y cambiantes políticas en cada gobierno e implica una diferencia enorme con los países que desarrollan.¹⁻³

La reforma de salud de diciembre del 2013, elaborada sin participación, fue aprobada con facultades legislativas por el Poder Ejecutivo mediante 23 decretos. El Ministerio de Salud sostiene que “...los retos de mejora de la reforma son incrementar la cobertura de salud a más peruanos, instaurar cultura de prevención y protección de la salud en la sociedad, mejorar los servicios para responder a las necesidades y expectativas de la población, y aliviar la carga financiera de los hogares, a fin de extender mejoras en el estado de salud a toda la población”.⁴

Medio año después de promulgada, la denominada reforma evidencia insuficientes avances, da más importancia al mercado que al derecho fundamental a la

salud y elude los problemas esenciales del sector, entre ellos la grave situación del sistema nacional de salud, el financiamiento y los recursos humanos.^{5,6}

En el sistema nacional de salud, la reforma no afronta los numerosos problemas que impiden su desempeño eficiente. Es conocido que el Consejo Nacional de Salud representa el sistema nervioso central y la columna vertebral del sistema nacional de salud; y, lo propio ocurre con los Consejos Regionales de Salud en los sistemas regionales y los Consejos Provinciales de Salud en los sistemas provinciales. Pero, existen graves deficiencias, comprobadas hace dos años,^{7,8} no se ha emitido norma alguna para mejorar su desempeño y evaluarlo, no obstante que desde el año 2000 la Organización Mundial de la Salud propicia y apoya la evaluación de todos los sistemas nacionales de salud.⁹ Además, se ha profundizado la rectoría involutiva sometida a la prioridad del mercado, la cual ahora está más debilitada en el Consejo Directivo de la Superintendencia Nacional de Salud (Decreto Legislativo N.º 1158).^{5,6}

En financiación, los decretos legislativos han perpetuado la inequidad y la exclusión al no resolver las carencias para el aseguramiento efectivo que determinó en 2009 la Ley N.º 29344. Más de 20 % de peruanos no está asegurado y el Seguro Integral de Salud tuvo apenas un gasto per cápita de 35 dólares en el año 2012 (para 42 % de la población). Mientras, en Essalud fue 196 dólares (para 30% de la población) y en las EPS fue 542 dólares (para 1,7 % de la población). La rectoría del sector omite informar al respecto y actuar, por lo que dos tercios de peruanos seguirán sin acceso a la atención integral de salud. En Chile, el gasto per cápita en salud fue 933 dólares en el 2010, en Venezuela 720 y en el Perú solo 258 dólares (de los cuales 88 fueron gasto ‘de bolsillo’),

1. Médico internista. Exdecano de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Expresidente de la Academia Peruana de Salud.



según el informe anual de la OMS. Es una diferencia abismal y una penosa realidad que no tiene motivo válido; y, que será aún mayor, pues en el seguro social han sido suspendidos los aportes por gratificaciones. Y, se ha propuesto hacerlo indefinidamente.^{2,3,5,6,10,11}

El diseño de las aportaciones debió ser modernizado hace dos o tres décadas porque excluye a la mayoritaria y creciente población con trabajo informal. Tal exclusión afecta el financiamiento, pues del total de trabajadores, muchos con ingresos de niveles medio y alto, solo 25,1 % cotizan al seguro social, cuando en América del Sur en promedio aporta 46 % y en los países de Europa cerca de 100 %. Es otra gran diferencia.^{3,10-12}

Como consecuencia del mal desempeño del sistema nacional de salud y de la escasa y desfasada financiación, en recursos humanos no hay equidad, las remuneraciones son bajísimas, hay conflictividad permanente, insuficiencia ostensible de profesionales en los hospitales y en todos los niveles de atención, múltiples deficiencias en la formación y gestión, un servicio médico rural (SERUMS) declinante sin articulación efectiva con el sistema y migración masiva y creciente de profesionales al extranjero sin retorno, jamás ocurrida. Por ejemplo, de médicos: 834 en 2011, 1 739 en 2012 y 2 532 de enero a junio de 2013; y, de enfermeros: 1 349 en 2011, 2 243 en 2012 y 2 357 de enero a junio de 2013.¹³ Cuando no se reconoce la importancia que corresponde al ser humano y a su formación, y no se valora debidamente su esfuerzo y aporte laboral, el desarrollo es afectado como se comprueba en salud.^{2,3,6,11}

Con los exiguos avances de la 'reforma de salud' se ha perdido otra oportunidad, de manera similar como sucedió con el Acuerdo Nacional de julio de 2002 en salud (el cual próximo a cumplir doce años no muestra resultados significativos). Sin embargo, el derecho fundamental a la salud continuará siendo un objetivo elemental a lograr en el Perú, por lo que concertar una política de Estado deviene indispensable. La política de Estado se construye por consenso a largo plazo y no es la que deciden uno o dos gobiernos por mayoría parlamentaria simple (por un solo voto el año 2013).^{1,2,5,6}

La política de Estado en salud debe lograr una verdadera Ley de Aseguramiento Social Universal en Salud: solidario, equitativo, inclusivo, ético, obligatorio, factible, moderno y progresivo, financiado con estrategias efectivas, recaudación con tecnología de última generación y una inversión mayor al promedio sudamericano. Es esencial la incorporación contributiva

de todos los trabajadores formales e informales, a fin de recaudar con equidad sus aportes a través de las ventas y servicios, inclusive el Banco Interamericano de Desarrollo propone hoy un nuevo esquema.¹⁴ Y, contar con la participación complementaria del sector privado, sin seguros alternativos al seguro social pues incrementan la inequidad y la exclusión.^{3,5,11}

Son ya más de cuatro décadas de injustificable subdesarrollo que podrían continuar indefinidamente si se sigue dejando de lado los modernos conocimientos mundiales en salud y no se actúa con decisión. El atraso es dramático y sus consecuencias generan graves problemas a muchísimos peruanos, que serán mayores en el futuro. Como desde hace doce años existen las condiciones económicas, sociales y técnicas para alcanzar un nivel muy superior de salud en el Perú, es imprescindible promover un amplio diálogo nacional a fin de concertar el desarrollo moderno, terminar con la elusión de los problemas fundamentales del sector y afrontarlos como corresponde.^{1,2,6,11}

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Academia Peruana de Salud. Historia de la Salud en el Perú. Sistema Nacional de Salud. Lima; 2008. v. 6:23-89.
2. Academia Peruana de Salud. Historia de la Salud en el Perú 2007-2011. Sistema Nacional de Salud. Aseguramiento social en salud. Lima; 2013. vol. 23:8245-90.
3. Sánchez-Moreno F. La inequidad en salud afecta el desarrollo en el Perú. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2013;30(4):676-82.
4. Ministerio de Salud; Consejo Nacional de Salud. Lineamientos para la reforma del sector salud. De Habich, ministra de Salud. Lima; jun.2013.
5. Academia Peruana de Salud. Opiniones técnicas. Salud: 23 Decretos Legislativos (Ley N° 30073). Rev Acad Peru Salud 2013;20(2):7-13.
6. Sánchez-Moreno F. Con la denominada "reforma de salud" del 2013 no hay desarrollo. Reforma de salud. Cuadernos de Debate en Salud. Colegio Médico del Perú. 2014;35-42.
7. Ministerio de Salud; Consejo Nacional de Salud. Of.N.° 255-2012-Seccor/CNS, 21.feb.2012 y exposición documentada del Secretario de Coordinación en la Comisión de Salud y Población, grupo de trabajo sobre reforma del sistema nacional de salud y seguridad social universal. Congreso de la República. Lima: 31.ene.2012.
8. Congreso de la República; Comisión de Salud y Población. Documentos solicitados y recibidos por el grupo de trabajo sobre reforma del sistema nacional de salud y seguridad social universal. Lima; feb.2012.
9. Organización Mundial de la Salud. Mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Informe sobre la salud en el mundo. Ginebra: OMS; 2000.
10. Sánchez-Moreno F. Aseguramiento universal: Los procesos en el Perú y EE.UU. Sesión Conjunta de la Academia Nacional de Medicina y la Academia Peruana de Salud. Rev Acad Peru Salud. 2010;17(2):26-34.
11. Academia Peruana de Salud. L Foro "Salud y Desarrollo": El futuro de la salud en el Perú. Rev Acad Peru Salud 2013;20(1):30-60.
12. Casali P. La iniciativa del piso de protección social. Contribuyendo al financiamiento sostenible de sistemas de salud de cobertura universal (OIT), p. 95. I Conferencia Internacional de Aseguramiento Universal en Salud, nov. 2010. Publicación de la Organización Panamericana de la Salud. Lima; 2011.
13. Ministerio del Interior; Superintendencia Nacional de Migraciones. Número de profesionales médicos, enfermeras, obstetras y odontólogos migrantes sin retorno 2004-2013. Of. N.° 198-2013-Migraciones-TICE. Lima; 23.jul.2013.
14. Levy S.A través de impuesto al consumo de trabajadores BID propone un nuevo esquema de contribución. Diario Gestión, p. 20. Lima; 16.may.2014.