

**¿Un sistema de salud para todos?
Un balance del sector Salud**

Leda M. Pérez

Introducción

En 2011, según cifras del Banco Mundial, el gasto en salud como porcentaje del Producto Bruto Interno (PBI) en el Perú solo llegó a 4.8%¹. Esto representa una de las cifras más bajas no solo en América Latina, sino también en comparación a diferentes países del mundo (por ejemplo: Etiopía, 4.9%; Japón, 9.5%; Irak, 8.4%; Honduras, 6.8%; Francia, 11.9%; y Estados Unidos, 17.9%)².

¿Por qué se asignan tan pocos recursos al sector Salud en el Perú? Es cierto que los buenos servicios y el acceso no dependen exclusivamente de un gasto alto en el sector³, pero tampoco se puede esperar mucho de ellos asignando una cantidad de recursos tan baja, sobre todo en un país del tamaño del Perú. Esa es la situación actual en el país, en el que la economía ha crecido sostenidamente durante la última década, pero donde por lo menos 10% de la población no tiene acceso a ningún tipo de servicio de salud⁴.

¹ Ver datos en: <http://goo.gl/E1dMX>

² Ver datos en: <http://goo.gl/E1dMX>

³ Estados Unidos, por ejemplo, gasta casi 18% de su Producto Bruto Interno (PBI) en salud y tiene entre los peores índices de ese sector de los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE).

⁴ Alcalde-Rabanal, Jacqueline Elizabeth; Lazo-González, Oswaldo; y Nigenda, Gustavo. «Sistema de salud de Perú». *Salud Pública de México*, vol. 53. Cuernavaca: Instituto Nacional de Salud Pública, 2011, pp. 243 - 254. Ver en: <http://goo.gl/2d7be>

Para hacer un balance del sector Salud peruano, entonces, es clave tomar en cuenta este gasto y analizarlo junto con los discursos que se vienen desarrollando en el país en los últimos años. ¿Cómo encaja esta retórica con la realidad presupuestal?, ¿cuáles son los desafíos?, ¿qué oferta de servicios existen?, ¿cuál es la posibilidad de que todos los peruanos y peruanas puedan acceder a ellos?

La victoria electoral del presidente Ollanta Humala Tasso abrió un nuevo capítulo en la preocupación por los desafíos sociales y, dentro de ellos, la salud. A través de la Gran Transformación, el plan de gobierno anunciado durante su campaña electoral, se expresó el compromiso por transformar el sistema de salud. Luego, con el giro hacia la Hoja de Ruta y en los últimos meses el anuncio del Ministerio de Salud de esfuerzos hacia una nueva reforma en el sector Salud, muchas de las mismas preguntas siguen siendo relevantes: ¿por qué tipo de sistema apunta el Perú?, ¿qué se ha logrado hasta ahora?, ¿qué se está avanzando? Después de todo, finalmente, la pregunta más básica a responder será, ¿para qué y para quién está organizado el sistema de salud? Y si es que el objetivo de este gobierno es asegurar el acceso equitativo y universal a servicios de salud de calidad a todos y todas las peruanos, ¿qué es lo que hay que hacer al respecto?

Este ensayo recorrerá las políticas propuestas sobre el sector Salud mencionadas desde la Gran Transformación hasta la Hoja de Ruta, examinando las mejoras que se han logrado en dicho sector en los últimos años y lo que aún falta por hacer, analizando los programas y las líneas de intervención. El artículo concluirá con algunas recomendaciones por una visión de un sistema universal e integrado de salud.

De la Gran Transformación a la Hoja de Ruta

La Gran Transformación se dio a conocer como el plan político del Partido Nacionalista Peruano (PNP) en diciembre del 2010. Tan explícito fue en su rechazo del modelo neoliberal como economía regidora para el Perú, que en la página 15 del documento describe el modelo como uno que «se basa en el cholo barato»⁵. El uso de ese lenguaje en todo el texto revela una clara indignación frente a un sistema económico que prolifera a costa de una mano de obra económicamente vulnerable, es decir, una fuerza laboral mal pagada y con ningún o escasos beneficios. El documento, por tanto, señala que: «Se debe subrayar el carácter de derechos sociales y servicios públicos gratuitos de la educación y la salud, quitándoles el carácter de mercancías libradas a los vaivenes del mercado»⁶.

Aunque dicho plan de gobierno no es más explícito en los detalles del sistema de salud que desea para el país, deja bien sentada la idea de que el acceso a los servicios de salud para los ciudadanos y ciudadanas debe estar concebido y ejercido como un derecho fundamental que, por tanto, es gratuito, y por el cual vela el Estado.

En mayo del 2011, poco antes de ir a la segunda vuelta en los comicios que resultarían en la victoria electoral del presidente Humala, el entonces candidato a la presidencia dio a conocer un documento breve sobre los lineamientos que tomaría su gobierno si ganara las elecciones. Conocido como la Hoja de Ruta y presentado en una conferencia de prensa, el candidato Humala buscaba con este nuevo documento aplacar las dudas acerca de una «transformación» que podría «desestabilizar» el país, indicando su deseo

⁵ Comisión de Plan de Gobierno 2011 - 2016 de Gana Perú. *La Gran Transformación. Plan de gobierno 2011 - 2016*. Lima: Gana Perú, 2010. Ver en: <http://goo.gl/cgTsi>

⁶ Comisión de Plan de Gobierno 2011 - 2016 de Gana Perú. *La Gran Transformación. Plan de gobierno 2011 - 2016*. Lima: Gana Perú, 2010. Ver en: <http://goo.gl/cgTsi>

por lograr un gobierno de «concertación nacional», enfatizando el «refuerzo de la estabilidad macroeconómica»⁷. A diferencia de las ideas expuestas en la Gran Transformación, donde se elabora detalladamente la idea de un gobierno progresista, la Hoja de Ruta por comparación es más breve y señala una preocupación por una «transformación» que sea «gradual y persistente»⁸.

En la sección A de la Hoja de Ruta se hace referencia a las «políticas sociales», dentro de las cuales se mencionan varios temas asociados a la salud poblacional, aunque no se categoriza como un «plan» específico para mejorar los sistemas y la calidad de ofrecimiento de los servicios de salud. En particular, en esa primera sección del documento, se prioriza la expansión de tres programas destinados a combatir la pobreza: el Programa Nacional de Apoyo Directo a los Más Pobres (JUNTOS), el Programa Nacional Cuna Más y Desnutrición Cero. En cuanto a infraestructura y saneamiento básico, el plan menciona la «Dotación de agua potable, desagüe y electricidad para las escuelas públicas. Servicios básicos que se harán extensivos progresivamente, comenzando en las zonas de mayor déficit»⁹. Se reconoce también la necesidad de incrementar el salario mínimo y asegurar medicamentos de calidad, incluyendo genéricos. La única mención de servicio directo en salud aparece con el Sistema de Atención Móvil de Urgencia (SAMU), ofreciendo un sistema de asistencia de emergencia que no puede reemplazar una adecuada atención de servicios de salud primaria y preventiva, así como los servicios de segundo y tercer nivel

Si se comparan las reformas comentadas en ambos documentos, la Gran Transformación menciona de manera muy general el compromiso con el derecho a la salud que debe ser garantizado

⁷ «Humala presentó su 'Hoja de Ruta' y prometió justicia e igualdad». *La República*, Lima, 13 de mayo del 2011. Ver en: <http://goo.gl/oN22b>

⁸ Gana Perú. *Lineamientos centrales de política económica y social para un gobierno de concertación nacional*. Lima: Gana Perú, 2011. Ver en: <http://goo.gl/eyDEH>

⁹ Gana Perú. *Lineamientos centrales de política económica y social para un gobierno de concertación nacional*. Lima: Gana Perú, 2011. Ver en: <http://goo.gl/eyDEH>

por el Estado, sin dar a conocer mayores detalles sobre cómo esto sucedería. Por su parte, la Hoja de Ruta, aunque más breve y puntual, da a conocer más detalles, aunque lo que presenta no sugiere ningún cambio estructural, enfatizando más bien la continuación de un enfoque en salud diseñado para atender a solo partes de un sistema que no funciona, o sea «islas» dentro de un «no-sistema». En ninguna parte de la Hoja de Ruta se ve un compromiso por reorganizar un sistema descompuesto. La única mención de algún servicio en este documento enfatiza auxilios para condiciones de urgencia con un servicio más parecido a ambulancias que a un sistema integrado de salud (los ya mencionados SAMU).

También cabe mencionar que, pese a la importancia de seguir trabajando en torno a la erradicación de la pobreza –donde existe data positiva¹⁰, sobre todo del programa JUNTOS–, estos esfuerzos son insuficientes sin un similar compromiso con la construcción de un sistema de salud que cuente con los servicios de calidad indispensables y oportunos para atender las epidemiologías particulares de la población en diferentes partes del país. Por tanto, las propuestas en la Hoja de Ruta, así como en su precursor, la Gran Transformación, siguen siendo insuficientes en cuanto a una visión que pueda ser traducida en un sistema nacional de salud que sea accesible por todos y todas.

¿Una reforma de salud?

En enero del 2013, el Ministerio de Salud anunció una nueva iniciativa de reforma en salud en el país, encomendándole al Consejo Nacional de Salud (CNS) la tarea de esbozar un plan nacional. En la primera semana de junio del 2013 el CNS dio a

¹⁰ Francke, Pedro. *Peru's Comprehensive Health Insurance and New Challenges for Universal Coverage*. Washington D.C.: The World Bank, 2013. Ver en: <http://goo.gl/qk6Tc>

conocer un «documento preliminar»¹¹ que describe lineamientos y medidas de reforma. Entre otras cosas, el documento pone énfasis en incrementar el financiamiento para la salud. También se recomendó especialmente una «cartera de servicios en salud» que estaría vinculada al Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) y basada en evidencias de las epidemiologías poblacionales, con un financiamiento basado en una regla explícita. Si esto se implementase, podría implicar un cambio importante para atender las necesidades reales en diferentes partes del país. Una modificación propuesta es que la conducción de este proceso sería concertado entre el Ministerio de Salud (MINSA) y los gobiernos regionales y locales, a diferencia de la histórica conducción del MINSA con el Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) en base a presupuestos históricos. Sin embargo, al mismo tiempo que el documento pareciera tomar una postura en la que prima un compromiso del MINSA por un sistema universal, equitativo y solidario, no es claro si es que la intención de la «reforma» es de crear un sistema público único para todos, o si es que la idea es solo expandir un modelo de aseguramiento (privado y público), concentrándose menos en una reestructuración que apunte a un sistema único, público e integrado. De no ser así, el peligro sigue siendo que continúen existiendo al menos dos sistemas: uno para los que pueden pagar por una mejor calidad de servicios y otro –tal vez mejorado, dado los cambios propuestos– para los «pobres».

En el momento que se comenzaba a reunir el CNS, los debates que surgían entre algunos miembros de la sociedad civil manifestaban una preocupación acerca de qué tipo de reforma se produciría. ¿Sería un plan que rescataría el principio básico enunciado en la Gran Transformación, comprometiendo el Estado peruano en garantizar a los servicios de salud como un derecho universal

¹¹ Consejo Nacional de Salud. *El Perú saluda la vida: Lineamientos y medidas de reforma del sector salud* (documento de política, versión preliminar). Lima: Consejo Nacional de Salud, 2013. Ver en: <http://goo.gl/Hoq20>

para su pueblo, o sería un plan regido por el mercado en el cual los seguros médicos privados determinarían la ruta? Basados en lo que se conoce del plan, hasta ahora no es claro que se logre la integralidad de un sistema para todos, como es de esperar de una reforma sistémica. Una preocupación a tomar en cuenta es que si bien el plan preliminar busca un incremento de fondos para financiar los servicios de salud, parecería que se seguirá estando dentro del marco de la continuación de muchos de los mismos componentes de un sistema que está fraccionado.

Los retos del sistema público

Las preocupaciones por «qué tipo» de sistema se impulsará son válidas, ya que el sistema peruano de salud pública está altamente fragmentado y, hasta ahora, mal financiado. En el 2002, año en el cual se comenzó la última ronda de descentralización en el país, se lanzó el Seguro Integral de Salud (SIS) concebido como una fuente de financiamiento para las poblaciones más pobres. Eventualmente el SIS ha ido abriéndose a personas en diferentes categorías de pobreza, incluyendo aquellos en el sector informal y aquellos designados en estatus semicontributivo¹². En 2009 se lanzó el Aseguramiento Universal de Salud (AUS), con el plan de expandir el SIS a más usuarios a través del PEAS. Entre el 2009 y el 2011 el AUS tuvo su mayor éxito en incrementar el número de asegurados en zonas rurales del país, pese a que el financiamiento que era necesario para ello nunca acompañó a este proceso¹³.

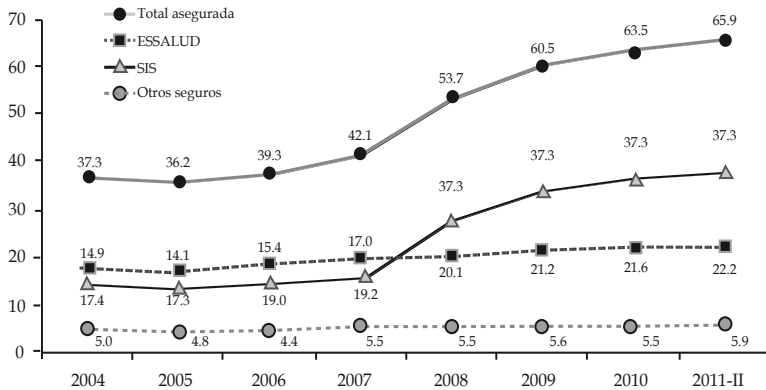
Si analizamos el gráfico N° 1 podemos apreciar dos tendencias. En primer lugar, se puede ver como entre el 2008 y el 2011

¹² Es decir, aquellos que por sus bajos ingresos podrán tener algún apoyo del Estado, pero que también aportan con algo de su capital.

¹³ El actual plan preliminar del Consejo Nacional de Salud (CNS) también tiene contemplado seguir expandiendo el Aseguramiento Universal de Salud (AUS), a través de un mayor número de asegurados.

comienza a haber notables incrementos en el número de personas aseguradas a nivel de país. En segundo lugar, se puede apreciar que esta tendencia es más grande en los asegurados por el SIS. En los gráficos N° 2 y N° 3 se puede ver como la mayor parte de los nuevos asegurados en este mismo periodo crece en zonas rurales bajo el SIS, como resultado de la estrategia inicial del AUS. Finalmente, tal como se nota en el gráfico N° 4, pese a los incrementos en personas aseguradas por el SIS, el gasto total en salud que tuviera que acompañarlos se ha incrementado mínimamente. En resumen, si bien hubo grandes incrementos en asegurados, el gasto total para acompañar adecuadamente a la proporción de personas con seguro médico fue mínimo.

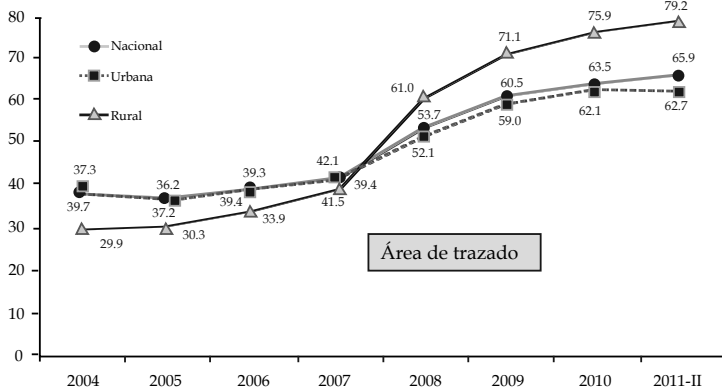
Gráfico N° 1
Evolución de la población asegurada¹⁴



Fuente: Encuesta Nacional de Hogares (ENAH0).

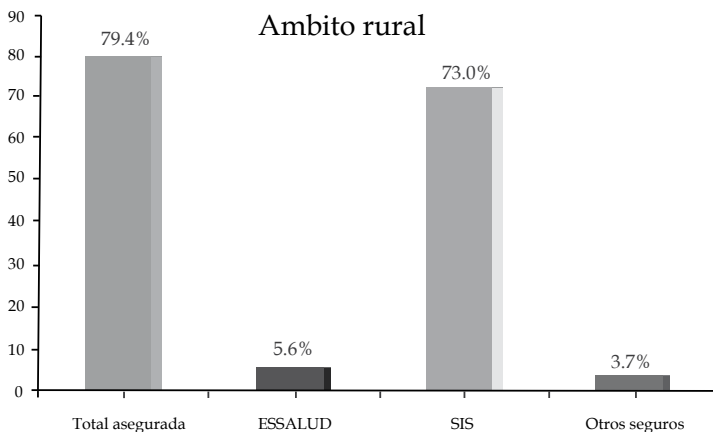
¹⁴ Adaptación de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH0) realizada por Armando Mendoza en marzo del 2012.

Gráfico N° 2
Evolución de la población asegurada por zonas rurales y urbanas¹⁵



Fuente: Encuesta Nacional de Hogares (ENAH).

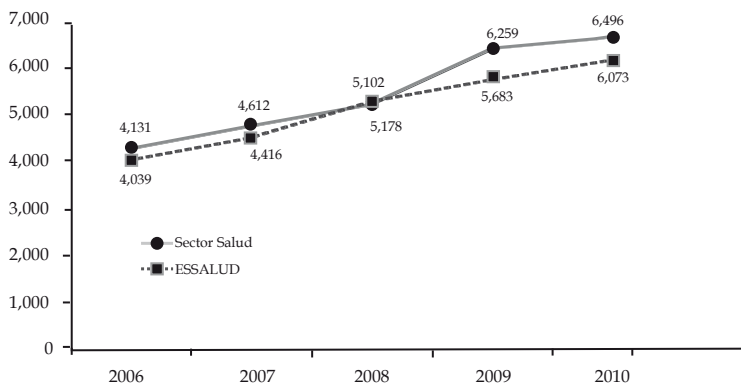
Gráfico N° 3
Distribución de la población asegurada 2011¹⁶



¹⁵ Adaptación de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) realizada por Armando Mendoza en marzo del 2012.

¹⁶ Adaptación de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) realizada por Armando Mendoza en marzo del 2012.

Gráfico N° 4
Evolución del gasto público en salud¹⁷



Finalmente, el presidente Humala anunció en su discurso presidencial del 28 de julio del 2012 el Plan Esperanza para la atención integral del cáncer. Pese a que se entiende la preocupación por el cáncer, razón principal de mortalidad en el país, no es claro por qué habría la necesidad de un «plan» especial aparte, dada la existencia del Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN). Este «plan» anunciado parecería contribuir a la fragmentación del sistema que ya de por sí es poco coordinado¹⁸. Pese a que existen planes de legislación que contemplan mejorar el financiamiento en cuidados de salud, no es claro aún cuán expansivos serán y/o si se efectuará cambio alguno¹⁹.

¹⁷ Adaptación de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) realizada por Armando Mendoza en marzo del 2012.

¹⁸ Francke, Pedro. *Peru's Comprehensive Health Insurance and New Challenges for Universal Coverage*. Washington D.C.: The World Bank, 2013. Ver en: <http://goo.gl/qk6Tc>

¹⁹ Ver la resolución ministerial N° 194 publicada el 11 de abril del 2013. Dicha resolución pide consulta pública respecto al reglamento de la ley N° 29761, Ley de Financiamiento Público de los Regímenes Subsidiado y Semicolaborativo del Aseguramiento en Salud. Ver en: <http://goo.gl/ZBWtX>

Otros sistemas

Más allá del ofrecimiento público a través del MINSA, SIS y el PEAS, existe el Seguro Social de Salud (EsSalud). Este sistema está financiado por una combinación de 9% de los ingresos de los empleados formales, incluyendo contribuciones de sus empleadores. La Policía Nacional y las Fuerzas Armadas cuentan con sus propios sistemas de salud. Finalmente, también existe un mercado de seguros privados para los que desean comprar cobertura aparte (esto incluye menos del 5% de la población).

Financiamiento inadecuado

Por un lado, si bien es clave contar desde el Estado con el financiamiento apropiado para asegurar los servicios de salud necesarios para los ciudadanos que cuentan ya con cobertura del SIS, parte del problema hasta ahora ha sido que pese a los planes establecidos y puestos en marcha entre el 2009 y el 2011, ni el SIS ni el PEAS han tenido el financiamiento adecuado para garantizar el nivel de servicios ofrecidos a través de estos «seguros». Por tanto, poder asegurar el financiamiento necesario dentro del sistema establecido sería un paso crítico. Por otra parte, lo que aún resalta es que el «sistema» de cobertura, si bien en la retórica implica ser un plan «universal», en verdad solo se enfoca en cubrir a los más pobres a través de sistemas ineficientes y mal financiados, producto de la extraordinaria fragmentación en el sistema actual.

Un cambio importante en los últimos dos años es que el SIS ahora compra servicios fuera del sistema del MINSA, por ejemplo, en el contexto de los Hospitales de Solidaridad. Esto podría crear competencia entre los proveedores de servicios por esos fondos y a su vez ayudar en aumentar la necesidad de financiar esa fuente adecuadamente²⁰.

²⁰ Francke, Pedro. *Peru's Comprehensive Health Insurance and New Challenges for Universal Coverage*. Washington D.C.: The World Bank, 2013. Ver en: <http://goo.gl/qk6Tc>

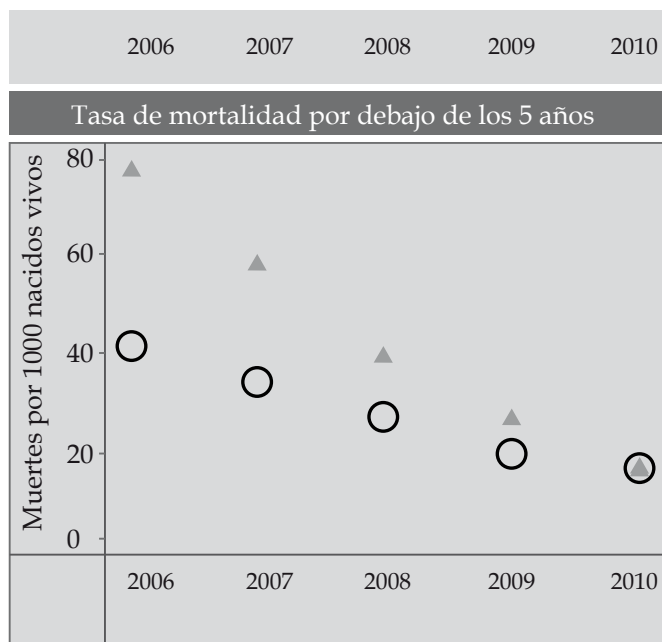
Un balance de la situación de salud actual

La data

La diversa geografía, multiculturalismo y plurilinguismo del Perú presentan grandes desafíos para asegurar servicios de salud de calidad en diferentes partes del país. Por ello, la data obtenida revela resultados en salud muy desiguales en diferentes partes del territorio nacional. Por ejemplo, pese a los logros en disminuir la mortalidad materna e infantil en los últimos años, el Perú aún tiene camino por andar, especialmente en lo que concierne a la morbilidad y mortalidad materna y desnutrición crónica infantil en zonas rurales. Si bien en estas zonas hay todavía serios desafíos en cuanto a enfermedades comunicables, tanto por la falta de acceso a cuidados apropiados como por la falta de personal médico, en las zonas urbanas, en cambio, los desafíos son cada vez más asociados a enfermedades no-comunicables (como por ejemplo el cáncer, la diabetes y enfermedades cardiovasculares), las que requieren de un sólido y coordinado sistema preventivo y primario de salud.

Un análisis de la data de la Organización Mundial para la Salud (OMS) revela algunos datos interesantes sobre el Perú. La información obtenida nos muestra, por ejemplo, que la expectativa de vida es mayor que el promedio regional, aunque las mujeres en el Perú suelen vivir dos años menos que sus contrapartes de la región. Así mismo, se revela que la mortalidad a raíz de enfermedades comunicables sigue siendo mayor que en otras partes de la región Latinoamericana (data del 2008) y que el Perú está a la par con la región en cuanto a mortalidad de niños y niñas por debajo de cinco años de edad (data del 2010), un logro importante que implica el cierre de una brecha substancial en el espacio de una década (ver gráfico N° 5).

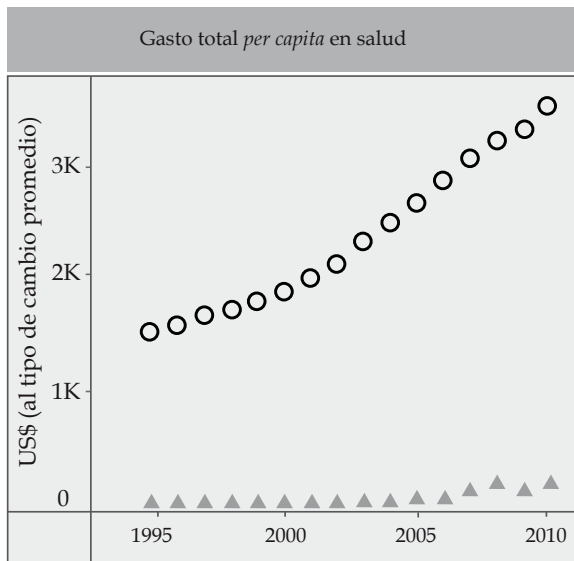
Gráfico N° 5
Mortalidad por debajo de 5 años en el Perú²¹



Sin embargo, la data también nos muestra que el Perú continúa significativamente por debajo del promedio regional en lo que respecta al gasto en salud, como se puede ver a continuación en el gráfico N° 6, donde el Perú es representado por los triángulos.

²¹ Peru: health profile. World Health Organization. Ver en: <http://goo.gl/qbYtK>

Gráfico N° 6
Gasto per cápita en salud en el Perú comparado con la región²²



En cuanto a años perdidos a raíz de enfermedades comunicables, no-comunicables y lesiones, el Perú está por debajo del porcentaje regional en cuanto a enfermedades no-comunicables y lesiones, pero por encima del promedio regional en cuanto a enfermedades comunicables, con un 37% de casos de vidas perdidas a raíz de alguna enfermedad de este tipo, comparado con el 20% del promedio de la región (data del 2008)²³. A nivel nacional, la primera causa de muerte en el 2010 fue el cáncer (siendo las mujeres las más afectadas), seguido por la influenza y otras enfermedades a causa de bacterias²⁴.

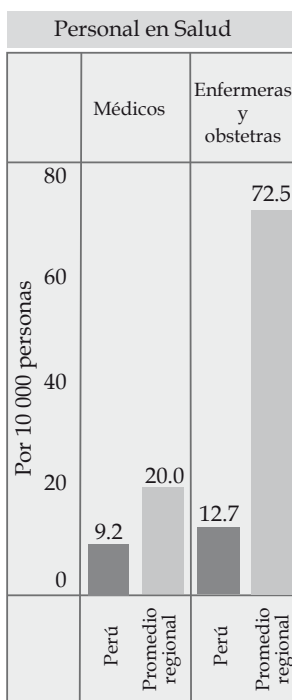
²² Peru: health profile. World Health Organization. Ver en: <http://goo.gl/qbYtK>

²³ Peru: health profile. World Health Organization. Ver en: <http://goo.gl/qbYtK>.

²⁴ Ver en: <http://goo.gl/LGFOA>

Esto no nos puede sorprender pues al comparar esta información con la notable escasez de personal capacitado, es evidente que en este rubro el Perú está notablemente por debajo del promedio de la región (ver gráfico N° 7).

Gráfico N° 7
Personal de salud en el Perú
(médicos, enfermeras y obstetras) 2005²⁵



Fuente: Ministerio de Salud - Dirección General de Gestión de Desarrollo de Recursos Humanos.

El gráfico N° 7 muestra que el Perú está más de 50% por debajo del promedio regional de 20 médicos por 10 000 personas y casi seis

²⁵ Ver en: <http://goo.gl/Uqp9R>

veces por debajo del promedio regional en cuanto a enfermeras y obstetras. Cabe señalar que las brechas de equidad entre zonas urbanas y rurales en el país son enormes, con casi el doble de diferencia en porcentaje de atención en partos por profesionales: 94% en zonas urbanas y 54% en zonas rurales²⁶.

Lo que esta información nos muestra es un país notablemente desigual en el acceso a servicios, especialmente en las zonas rurales, donde suelen estar las poblaciones más pobres compuestas principalmente por indígenas.

Esfuerzos actuales

El Ministerio de Salud (MINSA) cuenta con varias líneas estratégicas (o las llamadas «estrategias en salud») que representan esfuerzos verticales para incidir a nivel nacional en temas claves de salud poblacional. Por tanto, existen estrategias en cuanto a poblaciones indígenas, salud sexual y reproductiva, inmunizaciones, alimentación y nutrición, salud mental, ocular, bucal y en tuberculosis. También existen estrategias para la protección contra los accidentes de tránsito y para evitar la contaminación de metales pesados, entre otros. Estos lineamientos están fiscalmente vinculados al presupuesto por resultados, estrategia financiera que asigna recursos a medida que los objetivos en la programación se vayan cumpliendo²⁷.

Lo que más se asemeja a un proyecto con la intención de reorganizar el sistema de salud se puede ver en la propuesta del AUS y ahora en los lineamientos propuestos recientemente por el CNS en su reforma del sector Salud. Pero, pese a que la intención de esta nueva ronda de «reforma» pareciera tener planes de continuar con

²⁶ Ver en: <http://goo.gl/Uqp9R>

²⁷ Francke, Pedro. *Peru's Comprehensive Health Insurance and New Challenges for Universal Coverage*. Washington D.C.: The World Bank, 2013. Ver en: <http://goo.gl/qk6Tc>

el AUS, no parece ser realmente un cambio sistémico universal. Más bien, el presente enfoque se basa en financiar las diferentes partes de varios sistemas conjuntamente.

Por tanto, no es claro a qué se refiere la «universalización de la cobertura poblacional» por la que apuesta el actual proceso de «reforma». El continuar con el actual panorama de diferentes sistemas para diferentes poblaciones no pareciera representar un cambio sustancial de lo que se ha hecho en el pasado. Si la idea es asegurar a más personas, ¿quién será el asegurador principal?, ¿el Estado o una creciente gama de compañías privadas?, ¿quién pagará?, ¿son estos los cambios que se necesitan?

Discusión sobre la situación actual

Los temas de fondo

Las páginas previas señalan al menos tres problemas de fondo que persisten en el sector Salud peruano: la insuficiencia de los presupuestos asignados al mismo, la escasez del personal apropiado para cumplir con los requisitos de salud de la población y la ausencia de una visión por un sistema de salud universal, integrado y coordinado. A continuación veremos cada uno de estos temas en mayor detalle.

La insuficiencia de recursos capitales y humanos

Uno de los desafíos del Perú, pese a los estándares internacionales que ahora categorizan al país como uno de ingresos medios altos, es el combate de la pobreza. Si bien el país ha experimentado un crecimiento económico sostenido durante más de una década, los incrementos que se esperarían en el gasto en salud no han acompañado a este *boom*. Esta insuficiencia de gasto –o visto de otra manera, la falta de inversión–, tanto en los servicios como en

los recursos humanos, terminan teniendo un impacto negativo en la salud de la población. Y pese a que los temas de los recursos financieros y humanos son distintos, estos están estrechamente vinculados. Analizando las causas de mortalidad en el país, por ejemplo, podemos ver la conexión entre la falta de acceso oportuno y de calidad a cuidados de salud, por un lado, y la falta de personal capacitado, por el otro, ambos afectando la posibilidad de un cuidado de salud necesario. La oferta de servicios en el país, particularmente en zonas rurales, sigue siendo desigual en cuanto a la capacidad de satisfacer las necesidades epidemiológicas de las poblaciones que tendrían que atender. Las «casas de espera», por ejemplo, si bien son una buena práctica para asegurar un sitio seguro donde una gestante y su familia puedan estar cerca a un centro de salud apropiado en los días antes del alumbramiento, también muestran la falta de cuidados adecuados cerca a los domicilios de los consumidores de salud en diferentes partes del país.

Pese a los esfuerzos de los arquitectos del AUS y su éxito en incrementar la tasa de personas con aseguramiento, especialmente en las zonas rurales y en las más pobres, esto de por sí no constituye el acceso a los servicios de calidad necesarios, particularmente si el incremento en personas aseguradas no es acompañado por una oferta de servicios y de personal para proveer los mismos.

Por tanto, cualquier proyecto en salud que apunte a mejorar y/o fortalecer el sector tiene que estar acompañado por un plan de ejecución para incrementar el gasto y asegurar personal capacitado. Si bien esto no puede ocurrir de un día para otro, hay primeros pasos que se pueden dar. Un posible cambio, por ejemplo, sería establecer un pliego nacional para el gasto en salud. Salvo tres instancias, no hay ninguna fórmula donde el Estado esté sujeto para distribuir sus ingresos²⁸. Si se entiende que el desarrollo definitivo del país está asociado a una buena

²⁸ La ley de regalías (destinado directamente a las regiones), la ley del canon, y el Impuesto de Promoción Municipal (IPM).

salud poblacional, entonces tendría que haber fondos dedicados para este sector que permitieran planificar y proyectar más precisamente en las necesidades epidemiológicas del país, y junto con eso, visionar la fuerza laboral que lo tuviera que acompañar. En otras palabras, sin una visión clara de las necesidades de salud en diferentes partes del país y la proyección presupuestal asociada, es imposible planificar e implementar sistemas que sean capaces de responder a las demandas de los consumidores de servicios de salud. Pese a la existencia e importancia que cobra el presupuesto por resultados como herramienta, permitiendo así desarrollar presupuestos para líneas de acción en salud contra objetivos claros y concretos, aún falta una visión integradora que vaya más allá de «programas» e «intervenciones». Lo que se necesita es la concepción e implementación de un sistema integral de salud que requiere de un presupuesto adecuado y personal competente.

La ausencia de una visión por un sistema de salud universal e integral

Pese a los discursos frente a la oferta de cuidados de salud en el país y las maneras en que dicho sector podría mejorar, del presente análisis se pueden rescatar dos ejes que impiden desarrollar una visión de un sistema de salud universal e integrado.

En primer lugar, si bien existen una serie de estrategias en salud, estas no parecieran estar vinculadas a la idea de un solo sistema. Lo que más se asemeja a esta idea es la creación del AUS, donde solo se consideró en su primera instancia a los más pobres como aquellos que podrían recibir cobertura gratuita a través de su inscripción en el PEAS. Ya sabemos que pese a estos esfuerzos las brechas de cuidados aún siguen abiertas, sin el financiamiento ni el personal requerido en muchas partes del país. Además, si bien el PEAS considera un sistema semicontributivo donde aquellos con mayores ingresos puedan contribuir con copagos,

el peligro es que dentro de este marco no se logre la cantidad de semicontribuyentes necesarios para hacer del sistema uno que sea competitivo. Por este motivo, puede que bajo esa visión el PEAS o un SIS expandido, por ejemplo, corra el riesgo de solo ser un seguro para los más pobres.

Sin disminuir la importancia de atender a este sector de la población, el reto, eventualmente, será pensar en un sistema único, universal e integrado para todos y todas, con los incentivos apropiados para que el personal de calidad quiera y pueda trabajar para ese sistema y, a su vez, ayude a incrementar el número de usuarios de medianos y altos ingresos.

En segundo lugar, parte del continuo problema del «sistema» de salud peruano es que no es un solo sistema, sino muchos, donde el acceso y calidad del servicio de cada cual está condicionado por su estatus laboral y/o nivel de ingreso. Esta condicionalidad ha resultado problemática en un país como el Perú donde gran parte de la Población Económicamente Activa (PEA) se encuentra dentro del sector informal. De seguir en este camino, habría que garantizar que todos y todas tengan un trabajo que ofreciera seguro médico como un beneficio, o aceptar que se mantendrá un sistema con diferentes escalafones; siendo la segunda opción una apuesta que al final puede resultar más costosa en términos socioeconómicos²⁹.

Por esa razón, cualquier proyecto del Estado sobre el sistema de salud tendrá que considerar cuidadosamente dos opciones: un sistema unificado en el cual todos los ciudadanos puedan y quieran

²⁹ Habría que recordar la historia de Estados Unidos (EE.UU.) donde se creó un sistema en base a seguros privados atados al empleo. Con los cambios demográficos y económicos que acompañan a cualquier país, EE.UU. ha terminado con más de 50 millones de personas sin seguro médico después de cierres de empresas y factorías (y esto sin contar a los que históricamente no tuvieron seguro ni cuidado por no estar empleados o porque no eran «empleables»), junto con compañías privadas de seguro que han seguido incrementando sus precios. Cabe recalcar que una de las causas más frecuentes de bancarrota en EE.UU. ha sido la incapacidad de pagar cuentas médicas.

participar, versus uno cuya calidad de atención este prescrita en torno al «tipo» de seguro disponible para la persona.

Los desafíos

El hogar peruano sigue siendo el que más contribuye al gasto de salud en el país, tanto en visitas médicas como, especialmente, en la compra de medicamentos. De hecho, el gasto de los hogares financian más del 50% del gasto nacional en salud³⁰. ¿Qué implicancias, tanto de salud como socioeconómicas, tiene esto en un país donde casi 30% sigue viviendo en condiciones de pobreza?, ¿qué implicancia tiene para el crecimiento económico del país que este nivel de gasto de hogares se haga solo en salud en vez de en otros productos nacionales?

Se sabe que los pagos de bolsillo para servicios de salud son regresivos, además que implican un sistema con poca protección contra el riesgo financiero para su población³¹. Por ese motivo, las decisiones que tome el gobierno en esta materia serán tanto económicas como políticas, pues el diseño del sistema de salud no se trata solo de una política aislada con la capacidad de afectar únicamente a algunos, sino que cobra importancia para el desarrollo del país entero. En efecto, el poder asegurar que la población no tenga que recurrir a sus propios recursos para atender regularmente sus necesidades de salud, implica una población menos pobre y más saludable.

Al igual que otros países de la región, el Perú se encuentra en una encrucijada respecto a qué forma debe tomar su sistema de salud después de diferentes experimentos en lo público y lo

³⁰ Lavilla Ruiz, Hans. *Empobrecimiento por Gasto de Bolsillo en Salud. Incidencia del Gasto de Bolsillo en Salud en el Perú, 2006 - 2009*. Lima: Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES), 2012. Ver en: <http://goo.gl/kb2j5>

³¹ Roberts, Marc J.; Hsiao, William; Berman, Peter; y Reich, Michael. *Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity*. New York: Oxford University Press, 2008.

privado. Con conocimiento de los éxitos y desafíos del pasado, se tendrá que volver a preguntar: ¿qué tipo de sistema se desea?, ¿se desea un solo sistema o diferentes sistemas, dependiendo de la capacidad económica de cada cual?

Al final, la decisión sobre qué tipo de sistema, será construida sobre los valores éticos del país³². En una coyuntura nacional en la cual algunos continúan cuestionado el rol del Estado, un reto sería demostrar adecuadamente por qué debe ser precisamente este el que, singularmente o mayormente, pueda asegurar el nivel necesario de cuidados de salud de calidad para toda la población. Dada la actual realidad política en la cual el mercado ocupa un rol primordial en la Constitución peruana³³ y dado el creciente interés por privatizar diferentes partes de la esfera pública, incluyendo a la salud, será clave para esta discusión un claro entendimiento de las necesidades epidemiológicas y los costos de atender a estas apropiadamente, comparado con los costos de proseguir en el camino actual. En otras palabras, más allá de valores éticos, esta discusión también requerirá de data y evidencia donde una consideración de ambas corrientes de pensamiento tendrá que examinar los costos en salud y desarrollo, si es que se continúa en el mismo camino.

Al mismo tiempo se tendrá que ver claramente por que «otro» tipo de sistema valdría la pena apostar y trabajar. Un debate sobre este tema es de gran importancia para el bienestar futuro del país, pues habrá que decidir entre un modelo en que prima el Estado como garante de los servicios de salud, o un diseño liderado por un sistema privado con distintas ofertas de seguro a diferentes

³² Pérez, Leda M. «La constitución, la política pública y la salud en el Perú». *otramirada.pe*, Lima, 15 de marzo del 2013. Ver también: Roberts, Marc J.; Hsiao, William; Berman, Peter; y Reich, Michael. *Getting Health Reform Right: A Guide to Improving Performance and Equity*. New York: Oxford University Press, 2008.

³³ Olivos Celis, Milagros K. *Fundamentos constitucionales de la economía social de mercado en la economía peruana*. San José de Costa Rica: IUS Doctrina, 2011. Ver en: <http://goo.gl/KWdre>

niveles³⁴. Aunque habría que reconocer que ambos tienen pros y contras, el serio peligro de la última opción es encargar los servicios de salud a entes cuya razón de ser es cobrar ganancias. Será por esto que Kenneth Arrow nos recordaba que la salud no puede ser vista –ni tratada– como un *commodity*.³⁵, pues es un bien social, interdependiente con y entre todas y todos los miembros de una sociedad. Será también por esto que la Constitución peruana reconoce el derecho a la salud. El desafío clave aquí es determinar cómo se construye un sistema para todos.

Hasta la fecha, el proceso de reforma del sector salud ha tenido una participación limitada de parte de la sociedad civil y/o de pensadores que puedan aportar otra visión –los pros y los contras– sobre un sistema único. Preocupa, por tanto, que el resultado de ese proceso se encuentre sesgado en una dirección que no cambie el modelo actual y termine reforzando el mismo sistema que hasta ahora no ha funcionado para todos y todas.

Conclusiones

Este ensayo ha revisado la retórica política junto con la situación actual del sector Salud en el país, así como las intervenciones, estrategias y políticas vigentes.

Resumiendo lo anterior, pese a importantes logros en algunos índices de la salud poblacional –y tal vez a raíz de ello–, el reto más importante que enfrenta este gobierno y futuros gobiernos

³⁴ En este último caso, asegurando cumplir con el compromiso constitucional de la «protección» en salud de las y los ciudadanos (ver artículos 7 y 11 en: <http://goo.gl/CxIJC>). El uso de la palabra «protección» no deja claro si es que el compromiso es que el Estado asegure la provisión de servicios de calidad accesibles y gratuitos para todos y todas o si a lo que se compromete el Estado es a la «oferta» de una «protección» por la disponibilidad de seguros médicos privados y una diversidad de proveedores privados competitivos.

³⁵ Arrow, Kenneth J. «Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care». *The American Economic Review*, vol. 3, n.º 5. Pittsburgh: American Economic Association, 1963, pp. 941 - 973. Ver en: <http://goo.gl/A5rqn>

del Perú es sobre cómo encaminar su sistema de salud. Para esto se tendrán que resolver las preguntas clave hechas al inicio de este artículo: ¿para qué y para quién sirve el sistema? Si la respuesta es que un sistema de servicios de salud es un bien que debe ofrecer el Estado a todas y todos sus ciudadanos, entonces, realmente será necesaria una «gran transformación» que busque alinear prioridades, objetivos y programas en un solo sistema, cuyo objetivo es asegurar el acceso a servicios de salud de calidad para todos y todas.

De lo contrario, se podrá seguir en la misma «ruta» hasta ahora recorrida, pero es de sospechar que los problemas de fondo no se resolverán y más bien aumentarán en el tiempo, continuando un camino donde algunos reciben servicios y otros simplemente no pueden pagarlos. Además, habrá que añadir los nuevos desafíos que acompañan a un país de ingresos medios altos, incluyendo la necesidad de tratar cada vez más enfermedades crónicas en una población que vive más tiempo.

Es un momento clave para decidir bien, considerando los costos que se pueden pagar ahora o que se van a pagar después, a tasas elevadas por no haber atendido los problemas epidemiológicos de antaño y los problemas demográficos que se vienen. Una decisión iluminada espera.