



Treinta días en la calle. La huelga médica siempre despierta controversias: profesionales mal pagados y una reforma que no cuaja. (Foto: ojo.pe)

Reforma de la salud: ¿otra oportunidad perdida?

ALEXANDRO SACO*

Una real reforma de la salud implica reconocer que todos los peruanos tendrán la misma posibilidad de ejercer su derecho a atenciones de salud.¹ Esto se sustenta en tres principios insustituibles en un sistema de salud: universalidad, integralidad, solidaridad.

- **Universalidad:** los alcances del sistema deben ser para todos, independientemente de cualquier consideración.
- **Integralidad:** se debe acceder a todas las atenciones necesarias que se requieran para restablecer o mantener la salud.
- **Solidaridad:** cada quien aporta en la medida de su capacidad y recibe en la medida de su necesidad, sea en la seguridad social mediante el aporte desde la planilla laboral, o en el Seguro Integral de Salud (SIS) mediante los impuestos generales.

¿La reforma propuesta por el gobierno cumple con estos tres principios? No, pues se funda en la continuidad del Aseguramiento Universal en Salud (AUS), que luego de cuatro años de aplicación no ha logrado consolidar las bases necesarias

* Activista de la salud de Foro Salud, miembro de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social - ALAMES y del Movimiento por la Salud de los Pueblos. Analista en salud pública. Comunicador y periodista. Abogado de profesión.

1 Para los fines de este artículo, la salud se refiere a la protección que el sistema debe brindar frente a la enfermedad; dejamos de lado la complejidad relacionada a los determinantes sociales de la salud, que son los que explican la situación de salud de una colectividad.

2 Estimación elaborada con los datos disponibles en la consulta amigable de la web del Ministerio de Economía y Finanzas (MEF) y otras fuentes.

para proteger adecuadamente la salud de la población.

CONTINUIDAD QUE NO FUNCIONA

El principal argumento a favor de la promulgación (9 de abril de 2009) de la Ley 29344 de AUS fue: impulsar el aseguramiento (que la gente cuente con un seguro de salud) implicará que más personas estén protegidas financieramente frente a sus necesidades de salud porque el aporte público o privado a fondos de aseguramiento permitirá que la gente no gaste de su bolsillo. Siguiendo esa afirmación, a más asegurados tendríamos mayor protección financiera y, en consecuencia, menos gasto directo del bolsillo familiar. Las razones contrarias a la promulgación de la ley de AUS como el fortalecimiento de la fragmentación del sistema, la diferenciación de planes de seguros, la continuidad de la discriminación por condición de pobreza, fueron obviadas frente a la posibilidad de que la gente de toda condición social gaste menos en salud ya que los seguros asumirían el riesgo.

La realidad en estos cuatro años de AUS demuestra lo contrario. Si en 2009 las familias gastaban directamente de su bolsillo para acceder a atenciones de salud unos 8 580 millones de soles, en el 2013 se estima que gastarán alrededor de 11 320 millones de soles (31 millones de soles diarios).² Es decir, pasar del 40% de población afiliada a algún tipo de seguro a más del 70% en cuatro años no ha significado una efectiva protección financiera frente a las necesidades de salud. Si la ley

de AUS hubiera cumplido su objetivo el gasto de las familias se habría reducido o, en el peor de los casos, mantenido; el hecho es que gastamos casi 3 000 millones de soles más al año.

Debido a esta constatación, diversos sectores involucrados en las políticas de salud demandan la necesaria evaluación de los alcances del AUS como paso previo a una reforma, pedido que el Ministerio de Salud (MINSA) y el gobierno no quieren aceptar.

En este contexto, es clave entender la diferencia entre el aseguramiento en salud y la seguridad social en salud (que implica un real acceso para el ejercicio del derecho); ambos conceptos suenan parecido pero son muy distintos.

ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD

El AUS se basa en que la gente cuente con un seguro de salud público o privado. Al AUS no le interesa que ese seguro brinde una cobertura integral, ya que su indicador de efectividad es el porcentaje de población asegurada. Por eso el énfasis que los gobiernos colocan al señalar que cada vez más peruanos cuentan con un

seguro; llegar al 100% de la población asegurada significaría “universalizar la cobertura”.

El problema es que las diferencias entre seguros de salud son evidentes. Los asegurados en EsSalud cuentan con una atención (a pesar de las enormes dificultades para lograrla) que cubre desde un dolor de cabeza hasta un trasplante de médula ósea: atención integral según su necesidad. Mientras, los afiliados al SIS solo tienen acceso a las atenciones establecidas en los planes de atención que se encuentran desfinanciados. Y por el lado de los seguros privados vemos que ninguno, a pesar de sus costos, brinda atención integral y los asegurados tienen que disponer de dinero fresco para solucionar sus problemas de salud.

Al equiparar aseguramiento con cobertura (que es el eje de la reforma propuesta por el MINSA), el AUS consagra la diferenciación entre peruanos en relación a su derecho a la salud, manteniendo una salud para trabajadores formales, otra para pobres, otra para aquellos que pueden pagar por un seguro privado y otra para los que no cuentan con ningún tipo de seguro.

Gasto en salud de las familias directamente de su bolsillo 2009-2013

(Estimación aproximada elaborada con datos de la consulta amigable del MEF y cruce con otras fuentes)

	2009	2010	2011	2012	2013
Gasto de las familias (miles de millones de soles)	8 580	8 660	9 740	10 520	11 320



¡Hay, Midori de Habich, muchísimo que hacer! Pero no se hace. La educación y la salud van a la saga del presupuesto. (Foto: lamula.pe)

Además, el AUS contribuye a la discriminación porque para acceder al SIS la persona tiene que demostrar su pobreza o el Estado categorizarla como tal, lo que en cierta medida la estigmatiza frente a los servicios de salud (como se sabe, muchos establecimientos atienden primero a la gente que paga y luego a los del SIS, pues estos “no pagan” sus atenciones).

A propósito del SIS, es oportuno señalar que sus obligaciones legales frente a sus más de diez millones de asegurados son: Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), Plan Complementario Regular (R.J. 133-2010), Listado de Enfermedades de Alto Costo de Atención (R.M. 325-2012 MINSA), Cobertura Extraordinaria (R.J. 134-2010), siendo su presupuesto para el

2013 de 1 100 millones de soles. Si tenemos en consideración que solo el financiamiento del PEAS se estimó en alrededor de 3 500 millones de soles, y a eso le añadimos las demás obligaciones prestacionales, resulta que el SIS requiere al menos multiplicar por ocho sus recursos.

SEGURIDAD SOCIAL EN SALUD

Este concepto difiere del AUS. La seguridad social en salud tiene dos vertientes financieras no contrapuestas: el aporte relacionado al trabajo (lo que se conoce como la planilla laboral), y el aporte indirecto mediante los impuestos generales, sean directos como la renta o indirectos como el IGV. En ambos casos, la seguridad social

en salud establece la no diferenciación por el aporte. Esto se ve claramente en EsSalud, en donde aporta más quien gana más pero tanto este como el que aporta desde el sueldo mínimo reciben la misma atención en relación a su necesidad. En los sistemas de financiamiento con impuestos generales se aplica el mismo principio de solidaridad, ya que la gente tiene acceso a salud independientemente del monto de impuestos pagado.

La seguridad social en salud supera cualitativamente al AUS porque establece uniformidad en el acceso, englobando idóneamente los tres principios para la garantía del derecho: universalidad, procurando un sistema de acceso para todos; integralidad, brindando atenciones a todas las necesidades; y solidaridad, a través de fondos únicos o mancomunados de salud.

La aplicación de la seguridad social en salud en el Perú no pasa por optar por una de las dos formas de financiamiento, sino por asumir que lo viable es contar con un financiamiento mixto desde el aporte salarial y desde la recaudación tributaria. Aclarar este asunto permitirá superar el temor que lleva a pensar que el Estado planea atender a los usuarios del SIS con los recursos de EsSalud. Al contrario, reconocer el financiamiento mixto permitiría establecer plazos para cerrar la brecha de financiamiento per cápita que al 2012 fue de 90 soles en el SIS frente a 580 en EsSalud (mientras en los seguros privados sin atención integral se llega a unos 1 500 soles per cápita anuales).

SINCERANDO EL ACCESO A LA SALUD

La precariedad de nuestros dos sistemas de protección en salud, uno funcionando desde la lógica de seguridad social y otro desde el AUS, debe ser superada con una apuesta sistémica, inexistente en la propuesta de reforma del gobierno. Los pasos para ello deben discutirse. Acá una propuesta:

- Establecer la real necesidad financiera para que EsSalud brinde las atenciones integrales a las que sus asegurados tienen derecho. Si consideramos que las últimas Cuentas Nacionales de Salud elaboradas el 2005 señalan que menos del 40% de asegurados accede a EsSalud cuando lo requiere, es necesario sincerar la necesidad de financiamiento y la adecuada gestión de este sistema; si bien el aporte por planilla es del 9%, con los sucesivos recortes sufridos el aporte efectivo bordea el 6,5%. Aunque EsSalud goza de autonomía constitucional, es preciso que establezca una adecuada relación en pro del sistema.
- Desmontar los planes diferenciados en el SIS, para reconocer el derecho de todos sus asegurados a la atención integral tal y como en principio la tienen los asegurados en EsSalud; luego de reconocer ese derecho será indispensable determinar el monto financiero, que puede resultar siendo menor que en EsSalud pues los servicios del MINSA son menos onerosos por una serie de razones. Esto implica una igualación



Castañeda se quiere ganar populistamente con el hospital que lleva el nombre de su partido. (Foto: justomedio.pe)

hacia arriba de las atenciones a los afiliados al SIS.

- Una vez determinados los per cápita reales en EsSalud y en el SIS, el paso siguiente es establecer la necesidad financiera para la atención de toda la población nacional (unos ocho millones de peruanos no cuentan con ninguna protección) como una meta. Así haya siempre un porcentaje de gente que cuente con un seguro privado, la igualdad de derechos implica que todos tengan acceso a atenciones si así lo requieren o si estas no son cubiertas por un plan de seguro privado. Esto que podría percibirse como el

financiamiento de quienes pueden pagar, es el principio de igualdad que se aplica en los países con sistemas universales de salud, dado que todos de una forma u otra pagamos impuestos.

- Tras establecer los montos reales requeridos para brindar las adecuadas atenciones integrales de salud, será necesario afinar las fuentes de financiamiento. Una que se incrementará si la economía permanece en crecimiento será el aporte desde la planilla; la otra fuente tiene que ver con el aporte de la caja fiscal que recauda recursos mediante los impuestos generales, para al menos llegar al promedio latinoamericano

—3,8% del PBI— de inversión estatal en salud, que en el Perú solo llega al 2%, alrededor de 11 000 millones de soles anuales. Para saldar esa deuda histórica, el Estado debe llegar en un plazo de tiempo razonable a casi doblar su aporte con relación al PBI.

- Pero también es momento de idear formas alternativas de recaudación de recursos que se dirijan al fortalecimiento de los fondos públicos para salud. Hace poco en el país se aprobó una ley que obliga a todos los menores de cuarenta años a aportar el 10% de su sueldo a una AFP o el 13% a la ONP; algo análogo se podría implementar en salud luego de un adecuado debate y sensibilización de la población. Otras propuestas van en el sentido de establecer impuestos mínimos determinados tipo ITF, que pueden ser el 1% del consumo de combustible o del consumo de teléfonos celulares; o lograr acuerdos con grupos organizados para establecer formas de aporte (las organizaciones cafetaleras han avanzado en esto con EsSalud pero la barrera burocrática impide un acuerdo).

RELACIÓN PÚBLICO PRIVADA

La otra gran discusión para cerrar las brechas de oferta de salud pasa por establecer una apropiada relación entre lo público y lo privado. En principio esta relación es neutra, pero depende del contexto político económico procurar que se dé en beneficio de la colectividad. La lógica

pura de mercado no es aplicable a la salud porque esta es un derecho humano y un bien público. Si habláramos de celulares, lapiceros, relojes, televisores o casacas, el mercado tendría toda la libertad de establecer sus criterios; pero cuando nos referimos a la salud nos relacionamos con la vida misma, por lo que el Estado debe anteponer el derecho al lucro. Así de simple.

La experiencia de la relación público privada en salud en el país no es la mejor. Dos casos: las asociaciones público privadas (APP) en EsSalud para la construcción y gestión de los hospitales de Villa María del Triunfo y el Callao, y el Sistema de la Solidaridad de la Municipalidad de Lima.

APP EN SALUD

Es atendible el caso de las APP en España, teniendo en cuenta además que las empresas que han contratado con EsSalud son de ese país. El modelo de Valencia establece un tope a los beneficios generados por la empresa que gestiona la APP que llega al 7,5% del ingreso, con la obligación de reinvertir en el sistema los recursos que sobrepasen ese techo.³ El caso es que EsSalud, a más de tres años de haber suscrito los contratos de APP, no ha trasparenciado el estimado de beneficios empresariales o utilidad promedio. Algunos entendidos afirman que estaría entre el 25 y 30%, lo que sin duda es lesivo para la institución

3 Véase <<http://www.who.int/bulletin/volumes/87/12/09-031209/es/index.html>>.

dado que pagará alrededor de 60 millones de dólares anuales por veinticinco años a la empresa por cada hospital en APP.

Además, en las APP de EsSalud se ha hecho algo que la evidencia demuestra inadecuado: entregar la gestión de toda la labor hospitalaria, incluyendo atenciones y políticas laborales. En relación con lo primero, el problema es que la empresa privada no tiene la obligación de brindar la atención integral sino un paquete determinado de atenciones establecido en el contrato de APP, lo que puede distorsionar el principio de integralidad. En relación con las políticas laborales, la empresa podrá establecer condiciones con los profesionales de la salud distintas a las que la institución establece con sus trabajadores de planta, introduciendo así una cuña de desigualdad laboral justo en el momento en que se busca igualar las condiciones de los trabajadores de la salud.

SISTEMA DE SOLIDARIDAD DE LA MUNICIPALIDAD DE LIMA (SISOL)

La expansión y percepción de adecuada atención que presenta el SISOL se basa en las limitaciones del sistema público. Si tenemos en cuenta que alrededor del 37% de usuarios del SISOL son asegurados de EsSalud que prefieren lograr una atención oportuna en lugar de esperar meses por una cita, con el agravante de pagar dos veces por un mismo derecho (el aporte de la planilla y el pago de bolsillo al SISOL), se entiende que se haya alcanzado un acuerdo de reembolso de EsSalud a las atenciones producidas en SISOL a los

asegurados. En ese contexto, también resultaría razonable que los afiliados al SIS puedan acceder al SISOL y que luego se produzca el reembolso. Una vez más, el asunto son las condiciones que no se quieren discutir.

El problema es algo más complejo ya que el SISOL nació desde una lógica mercantil en salud que aún persiste, en la que la puerta de entrada es un costo de consulta que bordea los ocho soles, pero como la rentabilidad del negocio no estriba en la consulta sino en los procedimientos que emanan de esta, se crea un incentivo perverso que puede llevar a que una persona que paga poco por una consulta termine su recorrido por el SISOL desembolsando sumas mucho mayores con la sensación de haber resuelto su problema. Sensación, porque si estamos frente a un cuadro complejo el usuario terminará por acudir a un sistema que cuente con la capacidad resolutive para atender su necesidad.

Si bien la actual gestión de la Municipalidad de Lima ha introducido al SISOL al Sistema Nacional de Salud y establecido el cumplimiento de patrones de salud pública a sus empresas contratantes, que antes simplemente las rechazaban, esta voluntad que va en la línea adecuada no ha logrado revertir el principal rasgo que hace que el SISOL contribuya al aumento del gasto de bolsillo: la distribución del ingreso, que significa 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 en el



En 1963 era un hospital recontra bacán. En el Perú hay buenos médicos, pero ahora hay que pedirles su carné universitario: dime en qué universidad estudiaste y te diré quién eres. (Foto: ojo.pe)

municipio (hacia 2010 se estimó en 160 millones de soles la facturación; hoy debe superar los 200 millones⁴).

Lo que requiere la relación público privada en salud es una adecuada discusión para lograr establecer orientaciones en lógica pública, como por ejemplo se hace en el Brasil, donde el sistema de salud garantiza las atenciones integrales a todos los ciudadanos con una prestación de alrededor del 60% brindada por servicios privados pero con las condiciones muy bien establecidas por el Estado, que favorece la atención no lucrativa en salud. Lamentablemente, hasta la fecha el MINSA se niega a discutir este asunto vital para el destino del sistema en el país.

SISTEMA UNIVERSAL DE SALUD FRENTE A LA LÓGICA MINSA-MEF

La reforma que propone el gobierno es reduccionista, coloca el énfasis en el aseguramiento que, como hemos visto, no procura el adecuado acceso a salud, no tiene lógica de sistema y al mantener la diferenciación aceptando planes de atenciones no integrales, fortalece el mercado de la salud. Entre 2007 y 2011 este mercado ha duplicado sus ingresos: llegó a 3500 millones de dólares,⁵ generando más

4 Véase <http://www.diariolaprimeraperu.com/online/entrevista/hospitales-de-la-solidaridad-con-nuevo-enfoque_78125.html>.

5 Apoyo Consultoría, Situación actual y perspectivas del mercado de la salud. Agosto 2012.

inequidad por su aun mayor crecimiento en estos años.

Está demostrado que a más gasto directo del bolsillo de las familias, a más mercado de la salud y a más seguros privados, las sociedades generan mayor inequidad en salud. Mientras que a mayor financiamiento público (la prestación puede ser privada, pública o mixta), el Estado está en mayor capacidad de orientar y regular el acceso a la salud.⁶ Esto se explica porque el uso de recursos públicos no incorpora el ánimo de lucro, que en el caso de la salud afecta la integralidad de las atenciones.

La construcción de un sistema universal de salud en el que todos los peruanos y peruanas seamos considerados como iguales, y en el que aquellos que así lo decidan puedan acceder a servicios o seguros privados, pasa por contar con el financiamiento adecuado, e ir haciéndonos la idea de que en salud se requiere mucha mayor inversión pública para las atenciones y para cerrar las brechas de personal, infraestructura, equipamiento, medicamentos. Pero todo ello sobre la base de una apuesta por fortalecer los sistemas públicos y de una adecuada relación con los privados.

El sistema universal de salud que Ollanta Humala ofreció cuando candidato es urgente y necesario, pero no pasa por la

lógica economicista del MINSA y el MEF sino por una definición que involucre a todos los actores sociales, gremiales, académicos y tecnocráticos relacionados con la salud. Puedo afirmar que esa voluntad de discutir el sistema de salud que requerimos no está en la mente de la gestión actual del MINSA ni de los que conducen y definen la salud en el país,⁷ y que los lineamientos presentados por el MINSA como una construcción colectiva son producto del criterio de un reducido grupo de funcionarios que desde hace una década influyen en las políticas de salud del país y que hoy buscan profundizar su lógica. Lógica que no goza de consenso y difiere del derecho humano a la salud al no reconocer la igualdad y fortalecer la diferenciación entre peruanos.

Hoy que el Poder Ejecutivo tiene facultades para reformar la salud, es oportuno saber que en ningún país latinoamericano se ha delegado facultades legislativas en esta materia porque no hay campo más participativo que este aspecto del desarrollo social. Todo proceso de reforma serio y legítimo pasa por incorporar a los usuarios y a los gremios en una construcción colectiva, cosa que el MINSA ha impedido. La trascendencia de la salud en cualquier país es un tema de debate nacional al que el gobierno sigue dando la espalda. Señores del MINSA y del gobierno, atrévanse a debatir y defender su reforma con la comunidad de salud del país. La negativa al debate es una forma de reconocer su debilidad conceptual; pero qué importa, hoy tienen la oportunidad de hacer su "reforma". ■

6 Véase <http://www.who.int/whosis/whostat/ES_WHS09_Table7.pdf>.

7 El autor es actualmente representante elegido de la sociedad civil en el Consejo Nacional de Salud y como tal ha participado en el limitado proceso de consultas de los lineamientos de reforma.