

Foro: Balance y perspectivas de la modernización del sector salud

INTERVENCIÓN DE:

Max Cárdenas Díaz

DIRECTOR GENERAL DEL HOSPITAL ARZOBISPO LOAYZA

Agradezco la oportunidad de participar en este intercambio de ideas sobre un tema con el cual, creo, todos los presentes, la mesa de consultores y el selecto auditorio, estamos comprometidos: la salud, un sector cuya misión implica un compromiso con toda la población.

Estamos en vísperas de que el país tenga un nuevo gobierno, lo que no es sino una nueva oportunidad para recuperar el tiempo, para corregir errores, para hacer las cosas mejor. Toca, pues, profundizar en lo realizado la década pasada para determinar en qué hemos perdido tiempo, qué errores cometimos y qué de lo hecho puede ser perfectible, mejorable.

Esta ha sido una década intensa y en la que los presentes hemos sido actores; quiero, por eso, presentar no un acercamiento académico al tema, sino un punto de vista como actor del proceso.

A inicios de los años 90, casi nadie

podía mostrar satisfacción con el estado de cosas en el campo de la salud. Antes bien, había consenso en lo absolutamente insatisfactorio de la situación del sistema de salud; tanto el analista político como el técnico del campo de la salud constataban enormes insatisfacciones, retrasos y brechas. Ningún ciudadano estaba del todo conforme, ni siquiera aquellos que tenían la doble cobertura de un seguro público y de un seguro privado, ya que reclamaban estar pagando doble; mientras tanto, la gran mayoría, por supuesto, no tenía –no tiene hasta hoy– una cobertura que le permitiera atenderse, ni siquiera la oportunidad de acceder a una consulta. Como sabemos, hay mucha gente excluida de la posibilidad de atención médica cuando la necesita.

En 1990, siendo esas las circunstancias que vivía el país, se abrió el debate acerca del tipo de reforma que el Perú requería, debate que ha continuado a lo largo de la década y, a mi juicio, persiste. Primó, entonces, a impulso de la coyuntura inter-

nacional la propuesta que configuró lo que hoy día se conoce como la reforma neoliberal en salud, propuesta que condujo las decisiones y orientó las acciones de gobierno. Pero no era la única propuesta, eso hay que resaltarlo; hubo esquemas y diseños que planteaban que los problemas de insatisfacción, las inequidades, las duplicaciones en el gasto de recursos podían tener otra solución: en torno a una reforma social.

En consecuencia, lo que resulta necesario hoy es efectuar el balance de la aplicación en el Perú de la reforma neoliberal. Cuando comparamos resultados, ¿podemos decir si la reforma neoliberal que se planteó en el país logró éxitos?, ¿ha resuelto los problemas centrales?, ¿nos ha abierto caminos mejores para el país?, ¿o ha fracasado, ha creado más problemas y ha vuelto más complicado el panorama?

Nosotros hemos trabajado el enfoque de la reforma social, aunque subordinadamente, porque el que predominó fue el enfoque neoliberal. Hemos buscado, reiteradamente, debatir con quienes propugnan la reforma neoliberal. Un momento muy intenso de discusión sucedió en el país cuando la reforma neoliberal se hizo explícita a través de dos normas legales que empezaron a definir con claridad su fisonomía y orientaciones: la Ley General de Salud y la Ley de Modernización de la Seguridad Social.

La Ley General de Salud, por ejemplo, señaló que a lo más que el Estado podía comprometerse –y esto no solo se aprecia en la parte literal de la Ley, sino en todo su espíritu– era a otorgar a los peruanos más pobres un paquete de atención básica de la salud. Mucho tiempo se ha perdido

en el Ministerio de Salud tratando de diseñar este paquete, en buscar formas de focalización o en determinar formas de identificar correctamente al individuo al que realmente debía llegar al subsidio.

En el caso de la Ley de Modernización de la Seguridad Social, la propuesta era una forma más atenuada de lo que otro instrumento legal de inicios de la década planteaba y que el gobierno no pudo aplicar. Este pretendía la instauración de dos tipos de sistemas previsionales, uno público y otro alternativo, privado, de tal manera que se pudiera elegir entre uno y otro. Este agresivo esquema no pudo ser aplicado y quedó en el simple enunciado legislativo, por lo que más adelante se ensayó una estrategia progresiva a través de la Ley de Modernización de la Seguridad Social y se inició un proceso que los presentes conocen y no necesito describir en detalle: el Sistema de Empresas Prestadoras de Salud, EPS, que se financia con parte de los aportes a la seguridad social.

Al hacerse explícito el modelo, la Ley General de Salud ha generado una serie de procesos que son los que hay que evaluar. Hoy en día no está reglamentada, pero ha inspirado, por ejemplo, el proceso de autonomía de los hospitales públicos, como consecuencia del cual la mayor parte de los hospitales públicos se ha vuelto dependiente de los recursos propios que recaudan por los servicios que prestan. Las tarifas que cobran los hospitales han subido, en muchos casos, en 200 y 300% a lo largo de la década y, de acuerdo con algunos estudios, son fuente de problemas de equidad en el sector. Por su parte, las EPS, que hoy no son más que tres, no están en un buen momento, se debaten en problemas económicos que para algu-

nos significa estar muy cerca de la quiebra. La reforma no parece tener la menor vitalidad, pues no ha incrementado la cobertura en un solo asegurado. Este es el balance en materia de seguridad social: el número de asegurados que había a mediados de la década del 80 o en la segunda mitad de la década del 90 ha disminuido en el país, no se ha incrementado la cobertura.

Entonces, pues, durante el intenso debate en medio del cual se promulgaron estas leyes, buscamos un primer consenso en el sector. Como resultado de este elaboramos un documento –que no se ha difundido con la suficiente amplitud– en el que tratábamos de señalar algunas orientaciones básicas para sostener que había otro camino. Esas orientaciones, que se señalaron en 1997, fueron producto de una búsqueda plural de consensos muy amplios. Creo que estas orientaciones están más vigentes que nunca y sobre ellas hay que volver a tratar; incluso muchos de sus elementos han sido mencionados esta noche. Rápidamente pasaré revista a lo que me parece central.

El primer elemento para la búsqueda de un consenso es que tenemos que ponernos de acuerdo en una política de salud que tenga el carácter de una política de Estado de continuidad garantizada, de lo contrario no vamos a avanzar. Un esquema aplicado con continuidad puede ser bueno, mucho más aun si es fruto de un consenso social, si responde a los intereses del conjunto de la población y se basa en la noción del derecho a la salud. Hoy día, si de algo se está autocriticando el grupo que generó las ideas que luego el Banco Mundial generalizó en el mundo es el tema de sobrevalorar el rol del mercado en la salud, el haber considerado a

la salud un bien de transacción comercial. Ha quedado claro que el denominado mercado de la salud no es como cualquier otro mercado, tiene peculiaridades, no puede funcionar como funciona el mercado de los automóviles o los de otros bienes; la salud es un bien principal estrechamente vinculado con los derechos de las personas. Este es el tema sobre el cual tenemos que ponernos de acuerdo y que debe ser el fundamento de una política de Estado. Además, hay que tener en cuenta que para que sea política de Estado, no debe ser una política encabezada solo por el Ministro de Salud, sino que debe ser liderada al más alto nivel, por el Presidente de la República. En el Perú lo central de las políticas de Estado debe residir en los temas de educación, salud y en un modelo económico que genere empleo.

Hoy día, lamentablemente, el tema de salud está notoriamente ausente del debate electoral, lo que muestra que tenemos una gran tarea por realizar para ponernos de acuerdo en una política de Estado cuyos objetivos se consideren metas nacionales y que sean convenientes para todos los peruanos; por ejemplo, abatir la mortalidad infantil, disminuir la mortalidad materna, luchar contra la tuberculosis. Cuando se mira hacia atrás en el tiempo se percibe la magnitud del tiempo perdido. Durante la época en que fue ministro el doctor David Tejada, por ejemplo, se innovó la gestión con una perspectiva intersectorial sobre la cual, en su momento, todos estuvimos de acuerdo, pero que hoy se ha perdido. En los diez años pasados nunca el Ministerio ha sido más intra-sectorial; no ha desarrollado los nexos para articular a todo el aparato estatal en torno a la salud. Hasta las campañas de vacunaciones, las VAN, perdieron ese

carácter movilizador del conjunto de la sociedad. Luego ese esfuerzo, esa energía social, no ha sido canalizado.

Otro tema fundamental sobre el cual es indispensable debatir es el de la universalización de la seguridad social, en el cual deben reflejarse la política de Estado y las metas nacionales, y que constituye el norte, el eje de la reforma en salud en el país –y me alegro que varios expositores lo estén tocando–.

La lección suprema de la época, no solo en el Perú sino en toda América Latina, es que la seguridad social ha resultado, aun con sus problemas, mejor que las experiencias privatistas que se han ensayado en América Latina.

Ahora todos los analistas reconocen que sin solidaridad en el financiamiento no habrá cobertura universal, y esto es lo fundamental. La perspectiva es la del desarrollo de una seguridad social basada no solo en quienes trabajan en forma dependiente, sino en el conjunto de la población, y con posibilidades de que haya prestadores directos de salud; es decir, por ejemplo, los hospitales de la seguridad social, y también apertura para la prestación pública y para la privada, que en el país está colapsando. Hoy día la mayoría de los consultorios y las clínicas enfrentan una disminución de la demanda, la gente no acude en busca de atención debido a la recesión económica; mientras tanto, la seguridad social construye infraestructura costosa –diez hospitales en Lima en el último año– en lugar de contratar la oferta privada de servicios. A nuestro juicio, la forma más económica para la seguridad social sería aprovechar la infraestructura pública y privada que está disponible y a la cual se puede acceder

sobre la base de arreglos o acuerdos adecuados sobre los cuales debe trabajarse. El modelo que planteamos es el de una universalización de la seguridad social que dé al asegurado la posibilidad de poder elegir entre la atención directa en los hospitales de la seguridad social o la atención en el sector público y privado. Es posible, con un plan de trabajo realmente adecuado, duplicar la actual población de la seguridad social en un horizonte de cinco años; por ejemplo, haciendo que toda forma de contratación de trabajadores aporte a la seguridad social. Esto ampliaría el universo de asegurados de manera que la capacidad pública y privada pueda ser utilizada eficientemente. Resumiendo, es fundamental tratar el tema de la seguridad social y, como señalé anteriormente, algunos lineamientos están contenidos en el documento que el grupo denominado Propuesta Médica presentó hace algunos años al país.

Paso ahora a referirme a otro tema capital: el funcionamiento del Sistema Nacional de Salud. Al cabo de diez años, como ha sido señalado, el sistema sigue profundamente desorganizado, disgregado, sin capacidades ni nexos de concertación entre el ministerio, el seguro social y el sector privado. Se solicitó infructuosamente la instalación de una instancia coordinadora, como el Consejo Nacional de Salud, que hubiera permitido tratar mejor los problemas del sector público y los del sector privado. Se prefirió la búsqueda de generar entes intermediarios que lo que han hecho es encarecer el proceso, sin beneficio global para los sectores, sino solamente para el sector más financiero. Por lo tanto, un lineamiento sobre el que tenemos que ponernos de acuerdo es que exista un Sistema Nacional de Salud que, con fuerza coordinadora, con voluntad

política, empiece a producir mejoras. Por ejemplo, hacia mediados de la década se dio una ley para desintegrar lo de Essalud, los hospitales que se integraron forzosamente al seguro social en la década anterior. Me refiero al caso de alrededor de ocho hospitales en el país; uno de ellos, el Hospital Cayetano Heredia de Piura. La ley se promulgó, pero no se ha podido ejecutar en aspecto alguno; todo sigue igual a como estaba a inicios de la década. Esto pone de manifiesto la profunda ineficacia que hay en el sector, por la ausencia de nexos de coordinación que permitan conjugar planes y desarrollar situaciones.

Finalmente, y aunque queden pendientes temas como la calidad de la atención y la mejora de la asignación de recursos, quisiera referirme al tema de los recursos humanos. El saldo de la década en este aspecto ha sido lamentable. En los servicios del Ministerio de Salud hay miles de trabajadores contratados por el sistema de “servicios no personales”, algunos de ellos con una antigüedad aproximada de ocho años en esa condición: no cuentan con estabilidad alguna, sus contratos se renuevan mes a mes y no tienen derecho

a vacaciones ni a seguro social. Este hecho ha sido provocado por una idea que llegó a calar profundamente en el sector, la idea de que el contratado trabaja adecuadamente y el nombrado no lo hace así. Si se quiere que un médico o una enfermera trabaje bien, es mejor mantenerlo contratado, renovar el contrato cada dos meses, porque de esta manera trabajará bien, mientras que si es nombrado, dejará de trabajar. Esta idea errónea, a mi juicio, ha plasmado una política de recursos humanos que ya no sólo es ineficaz e ineficiente –lo que se refleja en la insatisfacción de las personas sometidas a un régimen que no comprende ni vacaciones ni seguridad social–, sino que es insostenible como modelo a largo plazo. Creo que la reflexión sobre este aspecto debe propiciar una política de recursos humanos que, realmente, valore a la persona como el eje de la propia revaloración de la atención que se preste a quienes solicitan salud.

Estos son algunos de los elementos que, creo, pueden llevarnos, si los discutimos y recogemos aportes generales, a un consenso y a una reforma de salud como la que el país requiere.