

Foro: Balance y perspectivas de la modernización del sector salud

INTERVENCIÓN DE:

Jorge Ruiz Portal

DIRECTOR ADMINISTRATIVO
CLÍNICA RICARDO PALMA

El doctor Max Cárdenas se ha referido a los actores de la reforma en salud en el país. En lo que a mí respecta, me tocó acompañar muy cercanamente el proceso de reforma durante tres años, entre 1996 y 1999. Así, creo que es muy importante precisar que toda reforma comprende tres fases: una fase de diseño, una fase de implementación y una fase de consolidación. Considero que esta reforma tuvo una fase de diseño y se quedó en la fase de implementación, la que además, como vamos a ver más adelante, fue solamente parcial.

Recuerdo que hace algunos años, cuando asistí en Arequipa al primer evento nacional sobre acreditación de hospitales, cuando recién comenzaba a tratarse este tema en el país, y al que asistieron representantes del Ministerio de Salud, del IPSS –hoy Essalud–, las Fuerzas Armadas, las universidades, los colegios profesionales, el sector privado, me llamó mucho la atención el hecho de que se dijera que era

la primera vez en la historia del Ministerio de Salud y de la salud en el país que en un evento de esta naturaleza se llegaba a un punto de consenso general entre todos los agentes; situación a la que se llegó porque nadie podía cuestionar la importancia y la necesidad de llevar adelante el mencionado proceso.

Considero que en el marco del modelo que les voy a presentar, el modelo llamado neoliberal, hubo aciertos, que aquí han sido reconocidos, se cometieron errores que debemos admitir, pero también se avanzó; pues no se podía entonces –ni se puede hoy– cuestionar la necesidad de llevar adelante un proceso de reforma en el sector, y creo que ese avance es el que hoy nos ha convocado.

Situación del sector salud

Quienes me han precedido, grandes conocedores en materia de salud, han habla-

do ampliamente sobre la situación de la salud en el país; sin embargo, quisiera tratar brevemente sobre algunos aspectos de este tema.

Por todos es sabido que la situación de salud de un país está relacionada íntimamente con variables de tipo social, ambiental y económico. En las últimas décadas, los procesos sociales y económicos que le han tocado vivir al país repercutieron negativamente sobre la población, por lo que la situación de salud ha sufrido grandes variaciones y ha llegado a caracterizarse por la diversidad y por la desigualdad. La diversidad está relacionada con la existencia en el país de perfiles epidemiológicos marcadamente diferentes. La situación epidemiológica, más que una transición epidemiológica, es una “superposición epidemiológica”. La segunda característica, la desigualdad, se expresa en las brechas que existen entre grupos poblacionales y ámbitos geográficos.

Otro aspecto que tiene una particular influencia sobre la situación de salud es la evolución demográfica. La población del Perú se ha duplicado en los últimos 35 años, con lo cual se aproxima en la actualidad a 25 millones de habitantes y, además, padeció los graves efectos que produjo la guerra civil, causante del desplazamiento de grandes sectores de la población rural hacia las ciudades, lo que creó enormes conglomerados periurbanos con múltiples carencias, de las cuales una de las principales es la salud.

Por otro lado, la crisis económica, el descuido del medio ambiente y el deterioro de las políticas sociales han sido causa de la reaparición de patologías que parecían definitivamente superadas y del

agravamiento de otras ya existentes.

Siendo este el panorama, encontramos un sector de salud fragmentado, organizado funcionalmente en base a una estructura institucional de oferta de servicios, a la cual se asignaban los diferentes segmentos de población en función de su capacidad adquisitiva. Así encontramos el sector en 1990 y así terminó la década. Por un lado, está Essalud, antes Instituto Peruano de Seguridad Social, con una población adscrita formada por quienes tienen un trabajo en relación de dependencia y pueden realizar un aporte; por otro lado, está el sector privado, dirigido a quienes tienen capacidad adquisitiva; el sector comprende también a las sanidades de las Fuerzas Armadas y policiales, con su población adscrita por relación de dependencia; y finalmente, al Ministerio de Salud, que atiende a la población de menores recursos económicos. Entre estos diferentes segmentos no había ni hay tipo alguno de articulación, tampoco la hay, inclusive, al interior de los propios establecimientos de cada uno de estos segmentos.

Los sistemas de servicios de salud públicos y privados del país presentan fallas estructurales que tienen su raíz en monopolios, barreras de acceso, ineficiencia, falta de estímulos a la competitividad y a la calidad, que concurren a acentuar las inequidades del sistema.

Esta estructura funcional contribuye a generar una escasa presencia del gobierno, circunscrita básicamente al subsector público, lo cual aunado a vacíos importantes en la legislación y regulación y a la insuficiencia en la capacidad de fiscalización del Ministerio de Salud, genera la carencia de políticas sectoriales apli-

cables que se puedan convertir en políticas de estado en salud que garanticen servicios eficientes a la población.

No obstante lo anterior, se han dado avances en el campo sanitario y en cada uno de los distintos componentes que lo conforman, pero estos avances no son suficientes para resolver los problemas que aún enfrenta el país y la sociedad en el campo de la salud.

La reforma del sector salud y sus objetivos

Por estas consideraciones, en la década de los 90 se planteó la necesidad de realizar una reforma del sector salud, mediante el diseño y la concreción de un cuerpo de transformaciones en los principios y normas que rigen la dinámica del sector. Un proceso de reforma que tomó como principios rectores los de equidad, universalidad, solidaridad, calidad, eficacia y eficiencia e introdujo conceptos nuevos en el sector, tales como el de competencia, transparencia y reingeniería del proceso de producción de servicios de salud, así como comprensión integral del comportamiento de las variables que componen el sector, una nueva visión de este y una clara identificación de campos de innovación.

La reforma del sector salud, así entendida, tenía y tiene como finalidad garantizar el acceso universal progresivo a servicios para la atención de la salud a todos los ciudadanos del país, con lo que contribuirá a elevar el nivel de vida de la población.

Desde la perspectiva antes mencionada fueron objetivos de la reforma:

1.- *Propiciar un nuevo marco jurídico para el desarrollo de las acciones de salud*, que transformara la manera como la sociedad venía atendiendo sus necesidades de salud, que ordenara las variadas intervenciones que ello exige y que diera oportunidad a los individuos y a las instituciones de salud para la ejecución de acciones innovadoras. De este modo, se dieron una serie de leyes. Se promulgó la Ley General de Salud, que –como bien se ha mencionado aquí– se encuentra reglamentada solo parcialmente. Hay dos reglamentos, el de registro sanitario y el referido a alimentos, y hay uno tercero, prepublicado hace dos o tres años y que aparentemente va a ser aprobado: el referido a los establecimientos farmacéuticos; esperemos que sea así.

Pero aún falta reglamentar aproximadamente 10 aspectos, los que se quedaron en el tintero y han sido impedimento para que esta ley pudiera cumplir con sus objetivos. Se dictó también la Ley de Modernización de la Seguridad Social, que permitió, de alguna forma, el ingreso del sector privado al ámbito de la seguridad social. Respecto a este tema, queremos diferenciar lo que es la institución del seguro social de lo que es la seguridad social en salud. Una tercera norma legal fue la Ley de Creación de Essalud, que hoy está siendo muy discutida. Este grupo de leyes comprende, asimismo, la Ley de Acreditación de Facultades de Medicina –en lo cual Max participó directamente–, y una serie de reglamentos, aprobados por resoluciones ministeriales, viceministeriales, etc., relacionados con aspectos diversos.

2.- *Generar nuevas y mayores capacidades de gobierno*, lo que significaba que las instituciones del gobierno en los

ámbitos nacional y descentralizado debían fortalecer y desarrollar las capacidades de liderazgo y normatividad del sector, así como de formulación y conducción de políticas generales y específicas.

La experiencia más notoria provenía de años atrás, es el caso de los conocidos CLAS, Comités Locales de Administración Compartida, modelo descentralizado de gestión que con sus bondades y defectos ha demostrado ser un ejemplo que se debe desarrollar y mejorar.

Con relación a este tema de capacidades del gobierno también se llevaron a cabo proyectos pilotos en cinco subregiones del país para aplicar los denominados *acuerdos de gestión*. ¿En qué consistían estos? Para el mejor funcionamiento de los hospitales de referencia y las redes de establecimientos que brindan los primeros niveles de atención, se propuso que estos se organizaran bajo un régimen de autonomía regulada, el cual les otorgara mayor flexibilidad para su gestión, pero con sujeción al cumplimiento de metas de cobertura, producción y calidad de los servicios. Estas metas debían acordarse mediante arreglos contractuales denominados *acuerdos de gestión*, los cuales introducían incentivos para elevar la productividad, contemplaban la evaluación y el control por resultados y establecían penalidades por incumplimiento.

Por otro lado, debido a su mayor complejidad y a su carácter de establecimientos de referencia nacional, los grandes hospitales, los institutos especializados y los hospitales regionales no serían parte de las redes. Funcionarían en un régimen de autonomía regulada distinto y ofrecerían sus servicios a las redes y personas que lo requirieran. En este

caso, también se desarrollaron proyectos piloto en cinco grandes hospitales de Lima Metropolitana.

La autoridad regional/subregional de salud asumiría funciones específicas relativas a la regulación del funcionamiento de las redes en su ámbito, pero sin intervenir directamente en los aspectos operativos de los servicios. Tendría como responsabilidad supervisar el servicio que prestan los establecimientos y el cumplimiento de las metas de atenciones que contengan los acuerdos de gestión.

En este aspecto debe precisarse que las modificaciones legislativas necesarias para llevar adelante estos cambios quedaron en la fase de diseño, pendientes de aprobación.

3. *Implantar un nuevo sistema de cuidado de la salud individual*, es decir, la reforma en el sector salud debía establecer un marco regulatorio y de incentivos en general que promoviera y asegurara la organización de sistemas previsionales de salud y de nuevos sistemas de prestación. Efectivamente, la Ley General de Salud desvincula al Estado de la responsabilidad sobre la salud individual, se centra, principalmente, en la responsabilidad por la salud colectiva de la población. El modelo de salud individual, en sentido estricto, tiene por objetivo central garantizar el acceso universal progresivo a los servicios de atención de la salud a toda la población, combinando sistemas previsionales, tanto públicos como privados, y orientando los subsidios a cubrir, fundamentalmente, a los sectores de menores ingresos.

Estos sistemas debían organizarse en función de las necesidades y preferencias

de los usuarios y se articularían de la manera más eficiente para complementarse en el aprovechamiento de los recursos. Estas mismas condiciones debían promover la competencia entre los prestadores de los servicios, lo que originaría la mejora de la calidad y la disminución de los costos de los servicios. Quienes trabajamos en este campo sabemos que los recursos en salud son limitados, mientras las necesidades son ilimitadas. Esta es una verdad que nadie puede negar. Al respecto, creo que todos coincidimos en cuanto a que la atención de la salud tiene que pasar, necesariamente, por algún modelo de aseguramiento, sea este público, privado o mixto; el modelo dependerá de los consensos que se construyan.

Volviendo al modelo, en el cuidado de la salud individual se distinguen dos regímenes: el de subsidio y el contributivo. El régimen de subsidio es responsabilidad principal del Estado, a través del Ministerio de Salud, y está dirigido a los grupos de población que se encuentran en situación de extrema pobreza y en pobreza relativa y carecen de los medios económicos para afiliarse a sistemas de previsión para la salud en base a contribuciones propias. En esta población se debe focalizar directamente el subsidio público para lograr los resultados más positivos en términos de calidad de vida y situación y condiciones de salud.

El régimen contributivo, como su nombre claramente lo indica, se compone de todos aquellos sistemas de previsión para la salud que se sostienen y financian sobre la base de la contribución o aporte de sus afiliados.

El régimen de subsidio consistió en el desarrollo de dos modelos previsionales:

el seguro escolar y el seguro materno infantil. El régimen contributivo trabajó, básicamente, sobre lo que dispuso la Ley de Modernización de la Seguridad Social con la creación de las Entidades Prestadoras de Salud (EPS) como modelo complementario; inicialmente se pensó en un modelo alternativo, pero como resultado de la discusión política, de la negociación, se llegó a un modelo complementario. De esta manera, el régimen contributivo está constituido por Essalud y por las EPS y contempla dos modalidades de afiliación: la regular, para los trabajadores dependientes que obtienen un ingreso regular y para los jubilados y cesantes; y la afiliación potestativa, para los trabajadores que no obtienen un ingreso regular o no tienen un trabajo en relación de dependencia.

Hasta el momento se han creado solo tres EPS –particularmente, la institución donde trabajo está sufriendo las consecuencias de la reforma, porque brinda servicios principalmente a estas empresas–; no obstante, la reforma ha impulsado un cambio, ya que en los dos últimos años, con el nuevo modelo, ha cambiado, sustancialmente, la manera como los seguros privados de salud funcionaban en nuestro país.

4.- *Implantar un nuevo sistema de cuidado de la salud colectiva*, con el cual se buscaba asignar los recursos y la acción multisectorial del Estado hacia intervenciones orientadas a la solución de los problemas de salud prioritarios, hacia aquello que tenga carácter de bien público o de alto valor social. Se buscó aumentar la inversión y poner énfasis en las actividades preventivo promocionales, que originan, a la larga, una disminución significativa de los daños a la salud y,

consecuentemente, un ahorro en salud reparativa.

Se consideró que la cobertura universal de la población era una clara e ineludible responsabilidad del Estado, que debía ser financiada con recursos provenientes, mayoritariamente, del tesoro público y que para lograrla era indispensable modernizar la estructura y funciones del Ministerio de Salud. La finalidad era afirmar la condición de este como ente rector del sector, encargado, principalmente, de las actividades de determinación y supervisión de las políticas públicas en esta área, del planeamiento estratégico para el sector, de la regulación sectorial, de la supervisión del cumplimiento de las normas y políticas sanitarias, así como de informar y dar cuenta a la ciudadanía sobre los estados de salud en el país y de los servicios de salud disponibles.

Para el cumplimiento de estas funciones era necesario reconfigurar la organización del Ministerio de Salud. Con este propósito se planteó conformar una organización plana, de pocos órganos, que permitiera integrar mejor las políticas sectoriales, que fuera flexible para poder adecuarse rápidamente a nuevas situaciones y que permitiera recomponer equipos de acuerdo con los problemas que se busque resolver, sin recurrir a la creación de un número excesivo de órganos inferiores y de jerarquías administrativas –lo que consolidaría una forma tradicional de organización piramidal–.

Esta reforma, hasta donde tengo entendido, también se quedó en la etapa de diseño y no se llevó adelante. He tenido oportunidad de conversar con quienes están al frente de estos procesos actualmente y, al parecer, la ejecución es un

aspecto de decisión política y, como veremos al tratar sobre las perspectivas del sector, tal vez se deba reformular el proceso.

5. Implantar un nuevo sistema de financiamiento del cuidado de la salud. Se partía de la idea de que las transformaciones del sector salud deben promover una real equidad, garantizando el acceso a la población a formas de financiamiento de la salud en función de su capacidad de pago y focalizando los fondos públicos en los grupos poblacionales de menor capacidad adquisitiva. Este objetivo generó una gran discusión, pues el gran problema es la identificación de usuarios, cómo identificar a la población pobre, cómo darle una credencial de pobre a quien no puede pagar por su salud. Se trata de un tema que genera gran interés.

6. Generar nuevos sistemas de gestión de servicios de salud mediante cambios en la normatividad para la operación de las instituciones y servicios de salud, de modo que estas pudieran adoptar estructuras organizativas flexibles y orientadas a atender las demandas y preferencias de los usuarios. Este escenario llevaría a las instituciones de salud a asumir una misión de servicios que buscara obtener resultados, productos y metas antes que centrarse en procedimientos. Al respecto, en cinco hospitales del país se ejecutó un proyecto piloto cuya finalidad fue buscar la autonomía de las instituciones y el mejoramiento de los servicios.

Perspectivas de la reforma

¿Qué perspectivas puedo señalar en este momento para el tema de la reforma? En primer lugar, buscar y aunar esfuerzos pa-

ra generar un Estado que considere a la salud, definitivamente, como componente central del proceso de desarrollo nacional. Si esto se consigue, se impedirá que el modelo de reforma propuesto, cualquiera sea, se vea entrampado o desestructurado por razones meramente políticas. Creo que este es un punto de consenso y de compromiso de todos los que estamos aquí presentes, la mayoría actores directos en el campo de la salud: mientras el Estado no ubique a la salud como un aspecto fundamental, no vamos a poder avanzar; cualquier modelo que se plantee fracasará. Este debe ser nuestro norte como ciudadanos y profesionales de la salud.

Las reformas que han avanzado en otros países, sea cual fuere el modelo que hayan adoptado, han logrado generar cambios porque o ha habido liderazgo del Estado o porque ha habido presión de la población. Lamentablemente, en nuestro país los temas de salud generalmente ni aparecen en las encuestas y los sondeos de opinión. En estudios donde se pregunta ¿cuáles son los mayores problemas que enfrenta usted?, el tema de la salud está ausente o aparece en octavo, noveno o décimo lugar. Cuando se analiza el gasto de las familias, muchas veces se encuentra que el gasto en salud está por debajo del gasto en diversión; he visto estudios donde se muestra que las familias de estratos pobres gastan más en cerveza que en salud. Por esto es necesario que el Estado —y no me refiero al gobierno, sino al Estado— enfoque la salud como un aspecto preponderante; hemos visto que está ausente de la agenda política y que se le toca en forma muy tangencial.

En segundo lugar, para nadie es un secreto que la reforma se encuentra hoy muy lejos todavía de ingresar en un perio-

do de consolidación; creo que se quedó a la mitad del camino. Hemos presenciado en los últimos años un gran esfuerzo para llevar adelante el desarrollo de un proceso de reforma y hemos sido testigos de las tremendas dificultades para producir los cambios deseados, los mismos que se han producido muchas veces al margen de los esquemas propuestos. Debemos abrir espacios de debate, como el presente, para reevaluar los avances y fracasos de este proceso y a la luz de los resultados, replantear la reforma e impulsar su desarrollo y estabilización, para así poder superar las barreras que nos impone el modelo adoptado. Es otro compromiso que todos debemos asumir.

En tercer lugar, es preciso no perder de vista que la competencia por lograr mayores recursos nos llevará inexorablemente a superar todo margen de expansión, por lo que la necesidad de contener costos conducirá, obligatoriamente, a aspectos vinculados al financiamiento de la salud. Siempre, lamentablemente, llegamos a este punto, al punto de la escasez de los recursos, por lo que debemos estudiar la mejor forma de usarlos y de destinarlos. Es necesario —y creo que sobre esto también podría haber consenso— definir servicios de salud que deben ser garantizados a la población con los recursos disponibles, focalizar los subsidios públicos en la población más vulnerable. Normalmente, la población más vulnerable es aquella a la cual no llegan los subsidios, los subsidios perversos, llamados así porque quienes más deberían gozar de ellos no los reciben. Finalmente, este tema nos conducirá a que quienes tengan capacidad económica aporten al financiamiento de la atención de su salud y aporten también a un fondo de solidaridad, en un marco de pluralismo institu-

cional de los proveedores de servicios de salud.

Finalmente, tal como se expresó al inicio de esta ponencia, cerrar las brechas que hoy existen entre los peruanos deberá ser el imperativo político de los próximos años, y hacia ello deberían dirigirse quie-

nes conduzcan los destinos del país, ya que quizás el mayor desafío para la consolidación de las democracias sea superar las inequidades sociales y económicas y prevenir la exclusión de los sectores menos favorecidos de los beneficios del desarrollo de un país.