

**Seminario internacional**

# **Por el acceso universal, integral y con dignidad a salud- Desafíos en América Latina**

**Lima 26 de febrero de 2010**

**Acceso universal a salud en América Latina**

**Mario Rovere - ALAMES**

**El aseguramiento en salud en Colombia y sus limitaciones**

**Mario Hernández - Universidad Nacional de Colombia**

**Acceso universal, integral y digno a salud**

**Mario Ríos - ForoSalud**

**Retos de la ampliación del acceso a salud**

**Oscar Ugarte - Ministro de Salud**



Foro de la  
Sociedad Civil  
en Salud

[www.forosalud.org.pe](http://www.forosalud.org.pe)



---

**Seminario internacional**  
**Por el acceso universal, integral y con dignidad a salud**

Lima 26 de febrero de 2010

Foro de la Sociedad Civil en Salud

---

[www.forosalud.org.pe](http://www.forosalud.org.pe)



## Sobre el acceso universal a salud en Latinoamérica

Mario Rovere

Coordinador General Adjunto de ALAMES - Universidad del Rosario

El concepto de derecho a la salud es para nosotros un elemento organizador que, sin embargo, debe ser comprendido fundamentalmente dentro de lo que podríamos llamar la integralidad de los derechos. Es decir, no estamos propiciando la idea de que la mayoría del presupuesto nacional se dedique a salud, sino de trabajar en el sentido de que la salud se construye con una serie de factores que se articulan y que al mismo tiempo producen salud.

La Asociación Latinoamericana de Medicina Social - ALAMES piensa el derecho a la salud dentro de la integralidad de derechos; en consecuencia es para nosotros una necesidad sistemática colocar sobre la mesa aspectos que nos parecen relevantes, fundamentalmente tratar de modificar la sensación de que la salud podrá lograrse sólo con esfuerzos del sector salud. Esa limitación se constata en los últimos años, sobre todo en la década de los noventa, en la que se presentan una serie de indicadores positivos de salud, pero en el mismo periodo aumenta la pobreza o la población con desnutrición, sin vivienda o sin agua potable en números absolutos en relación a la población general.

Esto tiene que ver con una concepción de la salud; esa concepción no sólo señala que los indicadores de la salud no pueden mejorar en forma independiente de los otros indicadores para medir la pobreza, sino que hay que definir incluso cuáles son los indicadores de salud. En una población donde aumenta la indigencia o la pobreza, ello es per se un indicador de salud aun incluso cuando mejorara el acceso a la salud.

El derecho a la salud, para decirlo gráficamente, es bastante más amplio que el derecho a la atención de la salud. Vale la pena señalar que cuando aparece constitucionalmente la idea del derecho a la atención de la salud, eso ya es una reducción al derecho a la salud, porque el derecho a la salud puede ser vulnerado incluso antes de que uno tenga oportunidad de entrar en contacto con un servicio de salud. Ello significa comprender que el concepto de equidad no solamente es la equidad en la atención, sino que tiene que ver con la equidad en la protección frente a riesgos evitables, y también con la equidad que corresponde a la distribución del saber y del poder que de alguna manera supone democratizar el conocimiento, democratizar la capacidad de decisión que es intrínseca al derecho a la salud y no una externalidad favorable al derecho a la salud.

En ese marco ALAMES tiene una opinión y una preocupación constante por los caminos a partir de los cuales los países declaran que están avanzando; ello porque es necesario determinar qué están buscando y procurando en el sentido del derecho a la salud. Eso resulta importante, ya que si bien no nos colocamos en una posición dogmática expresando que el derecho a la salud solo se podrá lograr a través de un único camino, también tenemos suficiente evidencia sobre las consecuencias que han dejado los caminos tomados en los últimos años en América Latina, que conducen a una vía muerta en la que a partir de determinado punto todos los enunciados de lo que iba a lograrse, no se lograron.

La materia prima que nos permite acercarnos a esos caminos, son las rutas que han seguido en los últimos veinte años Brasil y Colombia, optando por direcciones bastante diferentes que resulta importante comprender para observar sus consecuencias prácticas, sin idealizar ni santanizar lo que estos dos países han hecho. Esta idea para nosotros es fundamental porque el debate es antiguo, y tiene que ver con la discusión de a partir de qué camino se logra lo que podemos llamar la universalidad, el acceso universal, el derecho a la salud.



*En ese contexto es necesario señalar que los sistemas de seguros no han mostrado en la experiencia que sean capaces y tengan interés en el desarrollo de las dimensiones preventivo promocionales; es decir, hemos visto poca experiencia práctica en relación la comprensión de la esencia de los fenómenos de salud pública o de la salud colectiva, ya que los seguros generalmente producen un efecto reduccionista en la salud.*

### Medicina social

La medicina social ha sido generada y reconocida como tal desde mitad del siglo XIX, siendo un concepto organizador. Desde el interior mismo de la medicina se comprendió precozmente que la salud no podía ser entendida como un fenómeno que comenzaba y terminaba en la salud. Es decir, fue un grupo de médicos los primeros con capacidad de plantearse la relación existente entre salud y las condiciones sociales, particularmente en la época de la revolución industrial, de la urbanización acelerada, en la que claramente se podían establecer las relaciones causales de determinado tipo de modificaciones sociales y los impactos directos sobre la salud de la población.

En esos momentos algunos médicos, militantes y personas, plantearon seriamente de que los problemas de salud no podían resolverse buscando la tecnología adecuada para evitar los aspectos más desagradables sobre la calidad de vida de las poblaciones. Este elemento resulta significativo y nos obliga a decir que en ALAMES estamos desde hace veinticinco años hablando de determinantes del proceso salud enfermedad atención. En consecuencia, hemos tenido una especie de predica sistemática en el sentido de revisar los elementos que van determinando que la salud sea lo que es para cada uno de los grupos poblacionales, para cada una de las regiones geográficas, para cada una de las culturas, y que ello tiene una estrecha relación con la ubicación social, con el sistema económico, con, cómo se organizan en relación al Estado y al mercado.

## Límites de la lógica de seguros

En la discusión alrededor de los seguros quisiéramos señalar que éstos son fundamentalmente una concepción, una perspectiva, una idea de dispositivos armonizadores en los espacios de conflicto. La seguridad social nació como una especie de antídoto contra el conflicto de clases en medio de la revolución industrial, cuando se estuvo dando el máximo conflicto entre empleadores y obreros. En ese contexto específico surge la seguridad social como una especie de dispositivo de neutralización, para tratar de garantizar una serie de prestaciones y consolidar cierto pacto político social.

Este contexto hay que pensarlo en nuestros países, que no tienen una mayoría de trabajadores formales, incluidos en una lógica de seguridad social, que es un concepto europeo que vamos trasladando a nuestra realidad. Esta concepción de seguridad social además, no toma en cuenta en buena medida otra lógica de pactos que debe ser analizada, en el sentido en que detrás del escenario existen ciertos pactos de hecho. En consecuencia, cada vez que uno escucha de seguros, debe preguntarse qué pacto está detrás, sobre qué base se piensa este seguro, ya que ello será la base de financiamiento a partir de la cual el seguro se va a sostener.

En esta lógica pretendemos fortalecer la idea de que existe más de una alternativa, y que si bien el concepto de seguro aparece como la primera expresión masiva del Estado en protección de la salud en Alemania el siglo XIX, también es cierto que hay otras posibilidades que intencionadamente son aisladas de las alternativas para garantizar el derecho a la salud. Una de estas alternativas es el desarrollo y fortalecimiento de una red extensa de servicios públicos, en una lógica de sistema único de salud, que aunque tenga un carácter mixto o concurso de otros actores no estatales, coloca en el centro de la escena el funcionamiento del sector público como el prin-

cipal garante del acceso al derecho a la salud de toda la población.

En el contexto actual, ideológicamente se presenta el modelo de sistema único como anacrónico, pero países como Brasil o Gran Bretaña muestran que está vigente. Ello lleva a la pregunta, ¿qué es lo público, el financiamiento o la prestación de servicios? Si lo público se limita al financiamiento, el problema va a tener que ver la transferencia neta de recursos públicos al sector privado. El tema es que el sector privado no tiene necesariamente que ver con una lógica de lo público. En nuestros países el sector privado hace mucho tiempo ha dejado de ser un sector vinculado al ahorro médico, al ahorro profesional, a iniciativas para MYPES; al contrario cada vez tenemos más capital flotante internacional en nuestros países trabajando por detrás, viendo que el aseguramiento universal es una gran oportunidad de mercado.

El tema puede y debe ser visto desde distintos ángulos: del ciudadano, del Estado, de los prestadores, de los proveedores. Es relevante entender que el comportamiento de los actores es un juego de simulaciones; una cosa son los costos de la línea de base y otra los mecanismos concretos de asignación de recursos, que indican que hay dinero atado a la estructura de precios; ese cambio de estructura de precios significa, como hemos visto en la experiencia en los seguros públicos, ir a la crisis del financiamiento.



*Que en los Estados Unidos el Presidente Obama esté tratando de lograr una reforma que ya está recortada en relación a la propuesta inicial, evidencia que salud esta volviendo a la escena política, no a la escena de salud sino a la escena política general; ello porque los presidentes pueden quedar desestabilizados por errores políticos en salud. En ese contexto es oportuno señalar que cuando estamos aquí pensado, argumentando, discutiendo una reforma de salud, en sentido estricto no estamos discutiendo sobre salud sino sobre el futuro del Perú.*

Cuando el presidente Lula dice que el Sistema Único de Salud es un patrimonio del pueblo brasilero, está diciendo que ya no es más una política pública. El Sistema Único de Salud forma parte de la cultura del pueblo brasilero, de la identidad, dando acceso a millones y millones de brasileros que nunca habían tenido nada vinculado a los servicios de salud. Los presidentes están hablando de salud por derecha y por izquierda, y cada vez más. El mismo UNASUR ha definido comisiones de articulación, y sólo dos de éstas están articuladas: Defensa y Salud. El hecho de que los presidentes tengan como eje de agenda discusiones de salud, nos dice que el tema está dejando de ser un problema sanitario y de acuerdos internos, para pasar a ser una discusión de proyecto nacional.

En ese contexto en ALAMES las interpretaciones son varias. Reconocemos como una situación interesante la experiencia que está desarrollando Uruguay, o diferentes países que no habían tenido hasta hace poco un protagonismo en el campo de la salud. Existe también cierta sensación de que ha habido un desalineamiento en relación a los conceptos de Washington. Incluso los países menos contestatarios se están beneficiando de que haya países contestatarios en la discusión con EE UU en el tema financiero, lo cual nos ofrece más grados de libertad. También es cierto que los países que están haciendo el gasto en las respuestas más contestatarias no necesariamente han encontrado una propuesta sólida en salud; en consecuencia, hay varios países con gobiernos interesantes, pero que al mismo tiempo son gobiernos que están buscando la fórmula en relación a cómo moverse en el campo de la salud, entre ellos Uruguay, que ha decidido ir a la universalización de la salud por la vía de un seguro.

Existen motivos más que suficientes para asumir que es por el camino de los sistemas únicos de salud, por donde se logra efectivamente mayores garantías para el derecho a la salud, mayor estabilidad y mayor protección en términos de acumulación de capacidad de respuesta frente a la población, con mayor protección frente a los vaivenes políticos en democracia.

Desde esa perspectiva hemos preguntado fraternalmente a la gente de Uruguay por el camino del seguro que ellos están planteando, cuáles serían los reaseguros para que el seguro de salud que se está instalando no funcione para transferir los recursos públicos al sector privado. Lo planteo así porque a menos de dos años de implementarse el seguro de salud uruguayo, ya las líneas de base indican que las transferencias al sector privado son expansivas, y que las transferencias al sector público cada vez son menores en proporción al total de transferencias realizadas.

Es necesario mencionar esto porque tal vez para muchos estos elementos sean abstractos. Ocurre que muchas veces en la construcción de criterios, nos enredamos en las palabras, en fenómenos que ya se han conocido en la década de los noventa; se extraen palabras de su contexto para devolverlas con un sentido inverso, de tal manera que con mucha frecuencia escuchamos o apoyamos reformas que han dejado fuera a la población, pero se asocian a palabras como derechos. Así, se dice que la Ley 100 de Colombia ha sido pensada para llegar al año 2000 con salud para todos; cosas de este tipo sirven para darnos una idea de que ya no basta preguntarnos qué se dice, sino que estamos obligados a analizar qué se hace, ya que lo que se hace puede nombrarse con una palabra que alude a su opuesto.

## Reforma progresiva y regresiva: Hood Robin

En ese contexto, es necesario analizar el empuje que ha tenido la reforma propiciada por el Banco Mundial. En la práctica en América Latina existe un combinado; lo que podríamos llamar reformas sectoriales y lo que podríamos llamar reformas sanitarias. El problema es que la palabra reforma, que se apropió el Banco Mundial en su documento *Invertir en Salud* de 1993, fue presentada como la única reforma posible. Si no se estaba del lado de la reforma se era un anacrónico, un retrogrado. Entonces, frente a esta lógica se dio la dualidad resistencia-reforma, que coloca a uno en una situación complicada, porque la palabra reforma tiene una connotación positiva.

En ese marco en una reunión en Perú empezamos a utilizar la idea de reforma progresiva y reforma regresiva; la diferencia tiene mucho que ver con la lógica de los impuestos. Los impuestos pueden tener una lógica en que se cobra más al que más tiene, se le da más al que más necesita como Robin Hood; pero en los noventa hemos tenido un sistema Hood Robin, con un Estado que impulsó un sistema que le quitaba a los pobres para financiar a los ricos encarnados en las empresas prestadoras o aseguradoras. De tal manera que sabemos que regresivo significa dejar más gente afuera, distribuir peor.

¿Cuál ha sido el comportamiento de los seguros en sentido territorial? En términos generales se ha concentrado el acceso en las grandes ciudades, porque la capacidad de presión de los ciudadanos y de los prestadores es más alta que en el resto del país. Probablemente ninguna reforma sea pura; existen juegos a partir de los cuales una reforma tiene la capacidad de apropiarse de un rasgo o de otro; a final sabremos si es regresiva o progresiva según predominen ciertos rasgos.

- › Introducir competencia dentro de los servicios públicos genera un factor extra, que lleva a que finalmente deje de importar la salud del paciente y se dé más importancia a las prestaciones, al sistema de remuneración, etcétera.
- › Otro aspecto relevante es la población organizada. Una cosa es tener una población encuestada y otra tener una población participante, activa, movilizadora, organizada, que tenga interlocución y control del desarrollo en los sistemas de salud.

En la propuesta incorporada en los documentos del Banco Mundial, nunca se encuentra nada que tenga que ver con los modelos de la salud, sólo se refieren a prestaciones, debido a que se piensa que los elementos de mercado están en manos del sector público y esa reserva se podría abrir al mercado. Se propicia así un mercado de prestaciones; la salud en sí misma no entra en juego, sino el mercado de compra venta de servicios de salud, que en realidad son servicios de enfermedad.

Desde esa lógica el problema es cien por ciento asistencialista; si mejora o empeora la salud de la población ese no es un problema de la reforma, ya que lo único que se está haciendo es incorporar una transferencia neta, transfiriendo responsabilidades al sector privado. Surge así una pregunta frecuente de las reformas neoliberales, ¿por qué el sector público se mete a hacer cosas que no sabe hacer? En ese marco vale la pena señalar que se trata de un asunto de eficiencia. Por ejemplo hay hospitales en Argentina que hacen transplantes y tienen menos infecciones hospitalarias y mortalidad que la mejor clínica privada; no es un patrón que el sector público no tenga capacidad para hacer ciertas cosas o que las haga peor que el sector privado.

Por eso se necesita una sociedad empoderada, no un gobierno prestador para el que la población sea pasiva frente a los servicios de salud, sino un modelo prestador que transfiera conocimientos, saber y capacidad resolutoria a las propias poblaciones. Necesitamos sistemas de salud que tengan la capacidad de accionar para que la población necesite menos de los servicios de salud, y no a la inversa.

## Calidad y adecuación

En el modelo neoliberal se necesita crear adicción a los servicios de salud, porque lo que está en venta son los servicios de salud; entonces se necesitan más consultas y egresos hospitalarios. Al mismo tiempo es claro que eso lleva a preguntarnos por la calidad en las atenciones. El problema fundamental de la calidad no es la complejidad, no es la incorporación tecnológica, no es el problema de confort; el problema es la adecuación. Si se hace medicina en donde la población tiene un idioma y el profesional no lo conoce, eso es mala calidad de atención, que no se resuelve desde la reforma regresiva.

Adecuación es penetrar, entender y comprender cuales son las necesidades de la población; eso se está intentando hacer en el caso de Bolivia, que exige habilidades interculturales; pero no se ve ninguna clínica privada en Bolivia que esté exigiendo habilidades interculturales; si no exige ello en un país donde del 60% se reconoce como pueblo originario, la calidad es baja.

En paralelo a ello venimos escuchado la necesidad de la descentralización en salud, pero es necesario preguntarnos descentralización para qué. Entonces lo que se hace evidente es que la descentralización es un camino para disminuir la resistencia y facilitar los procesos de privatización; es bastante más fácil privatizar descentralizadamente que privatizar centralizadamente, ya que los actores sociales están más preparados y organizados en el segundo caso. La descentralización puede ser también utilizada por una reforma progresiva, pero desde la ló-

gica de acercar las decisiones al ámbito local para aumentar la capacidad de control social, de participación activa de la población en una lógica de cogestión.

## Tecnología

Emerge también en la reforma la discusión sobre la tecnología. Cuando el sector público incorpora tal o cual tecnología, hay algunos que se asustan o lo ven como si fuera una malversación de fondos, como diciendo para qué llevar un equipo de este tipo a este lugar donde resulta que sólo vive una población de indigentes. Esto supone discutir el problema ya que la tecnología regulada en un mercado tan imperfecto como el de la salud, encierra la dramática situación que tenemos en algunos de nuestros países, con un sobre equipamiento de sub sectores o de ámbitos geográficos que tienen tres o cinco veces la tecnología que necesitan, lo que deriva en producir servicios innecesarios. En Argentina tenemos ciudades de doscientos mil habitantes que tienen nueve tomógrafos computarizados, cuya única forma de mantenerlos es hacer tomografías a todas las cefaleas que se presentan. Es fundamental que una reforma aborde justamente este factor que se conecta con lo internacional, porque esta tecnología no la producimos.

La configuración de una reforma regresiva lleva siempre a un archipiélago, porque en el fondo lo que se busca es la fragmentación, no por un error del sistema, sino para dividir a los prestadores, a los usuarios, para crear más competencia a partir de la división y de la puja por el mercado. Mientras que en una reforma progresiva la configuración que se busca es una en redes, en complementariedad de servicios, complementariedad de territorios, complementariedad de esfuerzos; rompiendo los compartimientos estancos y articulando más los sectores entre sí.

## Financiamiento

El financiamiento es en buena medida un núcleo clave de las reformas. Desde Invertir en Salud, se presenta la idea de que el financiamiento básico es a través del subsidio de la demanda, siendo uno de los inventos insólitos de este modelo; en realidad es la pieza fundamental porque lo que se afirma es: la única forma de expandir el mercado en salud, si la gente no tiene plata en el bolsillo, es poniéndole plata en el bolsillo; para poner plata en el bolsillo ésta debe obtenerse de la que usan los servicios públicos; entonces financiamos menos los servicios públicos para contar con dinero y ponerlo en el bolsillo de la gente y así pueda optar y que el sector público compita con el privado; como al mismo tiempo no se crean las condiciones de competitividad adecuadas, el sector público tiende a quebrar, y esa quiebra prueba que su ineficacia; esto último puede ser mostrado por las reformas regresivas incluso como un éxito.

El subsidio de la oferta desde un punto de vista personal, es el mejor sistema de asignación de recursos, con menos intermediaciones y con mayor capacidad de que el dinero sanitario termine en prestaciones efectivas para la población. La comparación entre Inglaterra y los Estados Unidos es la evidencia más grande que se pueda tener sobre este hecho.

En relación a la legislación, las reformas regresivas sólo legislan la protección al inversor, de tal manera de garantizar que esté cubierto, no vaya a ser que arriesgue sus dólares y después no obtenga la suficiente rentabilidad. En contraste lo que se debe buscar es una legislación que garantice los derechos ciudadanos. Si la legislación no señala taxativamente cuáles son los derechos en salud, esto lleva a que como en Colombia se tenga que apelar a la justicia para lograr atenciones garantizadas de salud. Lo que lleva a que el único factor distributivo que tiene el sistema de salud de Colombia es la justicia. Ello es lo que las reformas regresivas generan, la judicialización de la salud. El país que menos juicios y problemas médicos tiene se llama Inglaterra y tiene servicio nacional de salud.

## Consecuencias de las reformas

Las consecuencias de las reformas progresivas y regresivas se ven luego de periodos razonables de tiempo. Tomando los casos de Brasil y Colombia, podemos decir que en una reforma regresiva produce mayor exclusión y que una reforma progresiva produce mayor inclusión; son los resultados finales, cuánta gente efectivamente a largo plazo queda incluida o excluida. En el caso de Colombia aparecen rasgos vinculados a la reforma regresiva. No es casual que en la década de los noventa se haya sugerido abandonar la salud pública y concentrarnos en la economía de la salud, con reformas dirigidas por economistas, con una lógica que define la reforma desde de la economía de la salud. En contraste, existen alternativas, rasgos de la reforma sanitaria de Brasil que resultan interesantes. No se trata de una reforma económica, sino de una reforma política que tiene como factores dinamizadores la participación activa de la población en los consejos de salud.

Estos consejos funcionan activamente, se auto convocan, se dan conferencias nacionales de salud en las que participa todo el país y permiten entender lo que es el proceso de participación. Después Brasil probablemente Perú sea uno de los países que tiene una movilización más fuerte en salud en América Latina, por lo cual este factor es relevante: población activa y participante, ligada a la participación de los recursos humanos. No es casualidad que Brasil tenga un vice ministerio que se ocupa de la gestión del trabajo y formación en salud; ese vice ministerio es clave para garantizar que los trabajadores de Brasil sean hoy los principales defensores del modelo de salud junto con la población.

En cualquier lugar de Brasil, el último auxiliar de enfermería puede explicar lo que es el Sistema Único de Salud. La mayor parte de trabajadores de Argentina no tiene la menor idea de en qué sistema de salud vivimos, en consecuencia, no cabe duda de que cuando Lula dice que el Sistema Único de Salud en Brasil es un patrimonio del pueblo brasileiro, lo está diciendo por lo que representa para los trabajadores de salud de Brasil y por lo que significa para la población. Es cierto que no existen modelos puros, y cada cual sabrá en qué lugar ubicarse, pero es necesario elegir bien la lógica por el derecho a la salud a la población.

# La experiencia del aseguramiento en salud en Colombia y sus limitaciones

Mario Hernández  
Universidad Nacional de Colombia

El sistema de salud colombiano es curioso, está apoyado en un modelo extraño con una serie de palabras clave: aseguramiento universal con competencia regulada y subsidio a la demanda. Para entenderlo es útil señalar de manera sintética las diferencias entre seguridad social de carácter público, sistema único de salud público como el SUS de Brasil o el sistema inglés, y aseguramiento de competencia regulada, que es lo que vemos en el caso de Colombia.

Argumentaremos por qué es inconveniente el actual modelo de aseguramiento universal, aunque tenga la palabra universal con competencia regulada y subsidio en la demanda; y sugeriremos alguna alternativa por donde podría fluir algo que nos ayude a garantizar un acceso universal, integral, digno, más cercano al derecho a la salud. Esta posición no la comparte la mayoría de los colombianos, de los técnicos incluso de salud pública y de la economía de salud; es una posición minoritaria, que sin embargo es importante plantearla con profundidad.

Existen una serie de trabajos que buscan entender cómo se construyeron los Estados de Bienestar en Europa y en otros países del mundo. Ahí podemos observar una correlación de fuerzas que lleva a configuraciones específicas de sistemas, según un conflicto que no solamente era de capital trabajo, sino que incluía las diferencias entre los regímenes más autoritarios o más liberales. Porque también es un problema de cultura política, la lucha por una ampliación de la ciudadanía más allá de los derechos políticos de votación y elección.

Ello fue instalándose progresivamente en la cultura ciudadana de nuestros países y tiene que ver con la forma de universalizar derechos; pero también con una cuestión económica, que es la forma de construcción de las relaciones en economías en las que el salario constituye estatuto de derechos. Pero también se dan procesos en la relación Estado - mercado muy distintos a los que tenemos hoy, que evidencian un problema de estructura de mediaciones entre la esfera de lo político, de lo económico y de lo doméstico, y van mostrándonos distintas tipologías de la organización de servicios de seguridad social de salud. Esta interacción no es un problema solamente económico; no podemos quedarnos pensando que los economistas de la salud son los que tienen la última palabra porque saben administrar recursos escasos.

En nuestra región hemos tenido una experiencia frustrante, en cierta forma porque nunca hemos logrado las características de una industrialización, ni salarización con ciudadanía ampliada, ni Estado de Bienestar. Hemos tenido

largos periodos buscando consolidar alternativas que han sido segmentadas. Durante mucho tiempo del siglo XX tuvimos asistencia pública para pobres, prestada por la república o por la beneficencia caritativa; seguro social para trabajadores formales con una proporción muy baja de cobertura; seguros privados con gastos de bolsillo y el sector privado no controlado. Hemos tenido salud para pobres, salud para medios, salud para ricos, y eso se ha quedado grabado en la cultura política de manera profunda. Tanto así que hasta parece que fuera natural, que al pobre se le da un regalo o una caridad con subsidio, pero no se puede hablar de derechos integrales porque no alcanza la plata.

Desde los ochenta y sobre todo en los noventa, se da un intento de integración por la vía del mercado. Hubo un cambio de las relaciones entre Estado y mercado, eso nos da otro tipo de salida a la organización de servicios, de sistemas de salud y de seguridad social, muy distinto a lo que venía ocurriendo en los países europeos entonces. Si se tuviera que sintetizar las características de seguridad social colectiva europea, esa que venía desde inicios del siglo XX, se podría señalar que:

- › Surge como intento para resolver los conflictos obrero patronales
- › Se universaliza a través de una financiación tripartita inicialmente de empleadores, trabajadores y Estado
- › Se administra con recursos de instituciones públicas con pagadores únicos
- › Predominan los pagadores únicos en estos sistemas de seguridad social, pero también se conforman organizaciones diversas de pago
- › Se liga a la salarización del pleno empleo, lo que lo debilita cuando se busca la universalización
- › Los beneficios no dependen estrictamente de la capacidad de pago, pero tiende a asociarse a los aportes y a consolidar una cultura de derechos individuales.

## Pluralismo estructurado

Es necesario contrastar el pluralismo estructurado, ese modelo perfecto que diseñaron en los finales noventa con mecanismos bastantes irregulares en Colombia. En ese marco de competencia regulada y subsidio a la demanda, lo que se puede observar es en sí la utilización de una serie de teorías, que en economía que se llaman teorías neoclásicas, que pretendían superar el viejo debate entre

la teoría clásica de la defensa de las leyes de mercado a ultranza: toda oferta crea su propia demanda. Mientras la economía del bienestar keynesiano decía: la demanda es el motor de la economía, demanda agregada sostenida con servicios y con seguridad social e intervención del estado. Entre esos dos modelos surge lo que se llama teoría neoclásica, que tiene una serie de combinaciones.

## Elección racional

La primera es la teoría de la elección racional, que se sostiene en que los seres humanos somos naturalmente egoístas y siempre queremos tener más por menos, produciendo más utilidad por menos costo, consumiendo más calidad a menor precio; eso supuestamente es natural por lo que se debe explorar cómo se comportan los actores económicos racionales, diferenciando bienes privados de bienes públicos, donde el bien privado sería aquel que cumple tres funciones:

- › Surge de un deseo individual
- › Al consumirse se agota en el consumo
- › La gente esta dispuesta a pagar por ese servicio

Esos bienes privados puros deben dejarse al mercado, para que haya libre competencia, libre elección, obtener más calidad y menor precio. En cambio existen otros bienes públicos que tienen altas externalidades, es decir que afectan a muchos al mismo tiempo, no se agotan en el consumo y la gente no esta dispuesta a pagar por ellos. Eso hay que dejárselo al Estado, eso no es negocio.

Esa separación entre lo que es negocio y lo que no es negocio empieza a aplicarse a distintos sectores. En 1987 el Banco Mundial presenta su aplicación para servicios de atención de enfermedades, sosteniendo que esos son bienes privados que podrían verse desde la lógica de mercado. Mientras que los bienes públicos en salud serían lo que podríamos llamar salud pública: epidemias, desastres, campañas masivas de información, etcétera. Separamos así entonces responsabilidades. Pero obviamente eso no es tan sencillo, porque sostener que la enfermedad se trate en el mercado y las epidemias desde el Estado, produciría eso que se llama injusticia e inequidades intolerables.

Pero los mercados de atención de enfermos son asimétricos. Resulta que una persona no va al mercado sanitario diciendo: deseo que me atiendan, deseo tal servicio y tal medicamento; no, las personas llegan con una pregunta que llena de contenido el prestador, el médico o profesional que atiende. De manera que hay una asimetría tal de información, que de ese otro depende todo mi gasto; entonces ahí se produce un efecto perverso de acumulación.

## Aseguradoras: retórica y prácticas

Poco a poco la retórica sobre las aseguradoras fue variando. Se dijo que no se trataba de aseguradores, sino empresas promotoras de la salud, a las que les preocupa la salud del paciente. Se dijo que si se el asegurador competía por eficiencia y calidad, entonces se generaría más igualdad para los usuarios, por lo que tiene que existir un plan obligatorio de salud o paquete de servicios. Así se produciría una regulación desde el mercado, ya que los aseguradores buscan tener más afiliados, ser más eficientes para generar rentabilidad. Pero resulta que como la salud tiene altas externalidades, entonces se optó por colocar obstáculos de entrada para que no usen los servicios, implantándose una serie de trabas, mecanismos de auditoria y de control para que no se gaste; por otro lado al prestador se le impone tarifas cada vez más bajas con incentivos para ahorrar en el gasto. Como resultado de ello derivamos en una forma perversa de control de gastos, control de uso de la póliza por parte de los aseguradores.

Los hospitales para competir tuvieron que transformarse en agentes del mercado. Para brindar atenciones de salud a los pobres, el Estado con impuestos y algo de las cotizaciones incorpora a los pobres a ese mercado subsidiando la póliza, que resulta diferente a las otras pólizas para otros tipos de seguros; y así tenemos otra vez salud para pobres, salud para medios y salud para ricos. Ante ello se dijo que se puede comprar seguros privados de salud, medicinas prepagadas, etcétera.

*También se dijo que las externalidades de la salud pública las asuman los municipios y que se encarguen de detectar a los pobres aplicando una encuesta llamada SISBE (Sistema de Identificación de Beneficiarios del Estado) para saber quién es pobre y quién no es pobre. Así cuando el pobre adquiere su título que lo acredita como tal, adquiere también el beneficio o subsidio, que es lo mismo que el SIS en el Perú, que empezó por los escolares, después con las mamás, con la idea de que en alguna oportunidad en paquete llegará al 100%.*

Entonces tenemos un sistema dual: régimen contributivo para los que pagan, régimen subsidiado para los que no pagan pero con una serie de restricciones y regulaciones, que hacen que el Estado se desprenda completamente de la administración de recursos, las instituciones se transforman en agentes del mercado y el Estado se ubica como gran regulador o modulador.

## Acceso a salud en Colombia

Antes de la crisis sanitaria que se presentó en diciembre de 2009, Colombia mantiene planes de beneficios diferentes de acuerdo a la capacidad de pago.

- › El régimen subsidiado ya ha alcanzado 21 millones de personas con un paquete mínimo de atenciones.
- › El régimen contributivo que esta por encima de los 17.2 millones de personas, pero no va a superar esa cantidad, se estancó porque la flexibilización laboral llegó al extremo y el sistema no incorpora trabajadores con derechos sociales.
- › La medicina prepagada la tienen unas 700 mil personas que consumen un per cápita de unos 1000 dólares, mientras que en el régimen subsidiado llega a lo mucho a 100 dólares.
- › Existen casi 1.2 millones de personas en regímenes especiales que vienen de atrás y que conservaron sus derechos.

Seguimos segmentados en poblaciones según su capacidad de pago o ingreso aunque se presente ello como universalización del aseguramiento. Ya casi los 43 millones de colombianos cuentan con un seguro de salud, pero lo que tenemos es desigualdades internas estructurales, debido a la falta de regulación, bajas coberturas, lo que lleva a que los ciudadanos acudan al sistema judicial para hacer valer su derecho.

## Manejo social del riesgo y subsidios

El manejo social del riesgo se volvió una moda en Colombia; consiste en una ampliación de la visión neoclásica a toda la protección social. Se parte de la idea de que todos los seres humanos estamos sometidos a una serie de contingencias, pero esas contingencias se expresan en el ingreso; así hay quienes tienen y quienes no tienen ingresos para resistir a esas contingencias.

Todo el problema se reduce a lo financiero, entonces frente a un riesgo económico, frente a la adversidad es la lógica de los seguros. Se dice: vamos a hacer que el mercado funcione, claro que existen crisis y en esas crisis los pobres son los más afectados, pero finalmente los mercados garantizan protección del riesgo. Entonces se identifican las distintas maneras de asumir los riesgos económicos, lográndose que el sector público reduzca claramente su acción, limitándose a subsidiar, a entender la protección social como intervenciones públicas para asistir a personas, hogares, comunidades para mejorar su manejo del riesgo. Como se supone que somos individuos libres e iguales, cada cual con su propia iniciativa puede ingresar a través del mercado y lograr apoyo para quienes se encuentren en extrema pobreza, vía subsidios a la demanda en todos los sectores.



*Eso es lo que estamos viviendo en nuestros países. Subsidios de salud, subsidios de educación, subsidios de viviendas, subsidios en efectivo condicionado a madres para que lleven a los niños al centro de salud, subsidios para que los pobres con esa platita en el bolsillo entren al mercado, ahorren e inviertan en su capital humano.*

Pero resulta que todo este modelo está produciendo una serie de efectos que no son buenos. Frente a las críticas que señalan que no es un buen sistema, se dice que antes teníamos sólo asegurados al 21% y ahora tenemos casi en el 100% de la población, y el aseguramiento sí protege económicamente a las familias porque les permite acceder cuando lo necesitan. Pero eso es parcialmente cierto.

Existen una serie de indicadores que demuestran que eso es relativo cuando se observa desde otra perspectiva. Sí, han aumentado los recursos, se cuenta con un per cápita de más o menos de 300 dólares, pero resulta que hay una serie de barreras que han venido aplicando los aseguradores, que afectan más a los pobres. Se dan una serie de mecanismos de contratación que generan barreras geográficas o administrativas demostrables, y acciones temerarias de la burocracia del sector privado para evitar que se use la póliza y así obtener más ganancias.

En ese contexto se han dado una serie de procesos de tutela acudiendo a la justicia, porque la Constitución colombiana sí dice que la salud es un derecho, lo que ratifica la Corte Constitucional; mientras el mercado sólo llega hasta un determinado punto de atenciones en salud. En Bogotá un trabajador del régimen contributivo que vive en la zona pobre, su primer nivel de atención está a gran distancia, lo que significa tiempo, dinero, transporte, dejar de trabajar un día y una serie de inconvenientes; entonces simplemente no va al establecimiento de salud. El 70 % de los prestadores están en el norte esa ciudad, lo que limita el acceso de los que viven en el sur que es la zona en la que hay más pobreza.



*Entre los afiliados al régimen subsidiado se da poca o nula información, muchas mujeres no saben a qué régimen pertenecen, por eso tienen la mitad de oportunidades de lograr cuatro o más controles prenatales que las mujeres en el régimen contributivo; esto se traduce en mortalidad materna, que entre el 2002 y 2004 significó casi el doble de riesgo para las afiliadas del subsidiado frente a las del contributivo.*

El hecho que este modelo ha aumentado la cobertura, supondría que la gente tiene más conciencia de derechos; pues no es así, ya que la gente tiene derecho de acuerdo a su propiedad o a su no propiedad de bienes que la hacen pobre o no pobre. Ello se refleja en que son diez

veces más las demandas de tutela de los afiliados al régimen contributivo que las del régimen subsidiado, porque están pagando y exigiendo, mientras que en el régimen subsidiado tengo derecho si demuestro ser pobre, y además cuando lo demuestro debo evitar dejar de ser pobre para no perder el derecho.

## Consecuencias del modelo colombiano

La responsabilidad del Estado se reduce a la modulación, contratos entre agentes, subsidio a la demanda, mientras la participación social en salud se resquebraja. La precariedad del empleo está haciendo crecer lo subsidiado, siendo ello más proclive a la corrupción y al clientelismo. En la para-política, los gamonales regionales entregan los carnés de afiliación. La salud pública se ha comprimido y ello lleva a que tengamos aumento de malaria, dengue, tuberculosis, problemas que estaban mejor controlados antes.

La situación de los hospitales públicos es impresionante, la mayoría ha quebrado, o simplemente cerrado. Para bajar los costos en los hospitales se tercerizan servicios y se paga de una manera miserable a médicos, enfermeras, odontólogos. Ello lleva a que los recursos en salud se concentren en los aseguradores. Existe el caso de una aseguradora que supuestamente es cooperativa y su patrimonio paso de 2500 millones de pesos en el año 1994 a 429,000 millones de pesos en el año 2009. Si en quince años se tiene una expansión de casi 200 veces, es claro que se trata de un súper negocio, que ha crecido con el sufrimiento y exclusión de la gente.

## Corte Constitucional y Declaratoria de Emergencia Sanitaria

La Corte Constitucional en Colombia, a partir de una revisión de las tutelas en el año 2008, emitió una sentencia en el sentido siguiente: no es soportable la inequidad estructural, el Estado tiene que regular y desmontar las barreras de acceso, evitar la incertidumbre en el contenido de los planes, igualar los planes de régimen contributivo y subsidiado, generar mecanismos financieros para que el Estado asuma incluso los servicios que no están dentro del plan para garantizar universalidad y que efectivamente se produzca una ampliación ahora sí universal del aseguramiento.

La presión para que el régimen subsidiado tenga más inversión para lograr la misma cobertura implica muchos más recursos. Esto generó la declaración de emergencia social por parte del gobierno, que se concentra en dos estrategias: buscar más recursos a través de nuevos impuestos y castigar supuestamente a los distintos agentes que están generando altos costos con los pacientes especialmente crónicos, con medidas que son

transitorias en un sistema que ya está llegando a su tope financiero.

Lo real es que existe es un proceso de transformación que está ligado a cosas mucho más profundas que definitivamente está mostrando los límites de la propuesta de aseguramiento. Por tanto deberíamos pasar a una situación distinta, con otros valores y discutir esos valores públicamente. No es un problema de técnicos, no es un problema de economistas, es político e implica cosas tan simples como una nueva manera de entender la justicia social y llevarla al derecho, a la dignidad humana, a la solidaridad.



*Hay que conectar los derechos a la ciudadanía y no a la capacidad de pago, esa es la clave para reordenar la situación, sino defenderemos sólo los derechos de propiedad y no los derechos de ciudadanos.*

- › En términos de organización es necesario lograr una reorganización completa del financiamiento, de las articulaciones entre los distintos agentes, de la forma de descentralizar.
- › En relación al financiamiento se puede ir hacia un fondo público único constituido por los aportes de los que cotizan y los demás fondos dedicados a salud; esto a través de una central única de recaudos. Desde ese fondo se asignan los recursos con criterios de equidad, calidad, integralidad.
- › La participación y control social, permitirían generar una serie de articulaciones donde sí cabe la atención primaria de salud; se puede dar articulaciones entre los distintos sectores garantizando derechos en territorios y políticas públicas de atención primaria como un elemento de vinculación intersectorial, de participación social y de redes de atención.
- › Generar mecanismos de regulación de carácter público y una administración territorial.

Finalmente considero necesario una forma de articulación desde la ciudadanía, no desde la propiedad o no, ya que ello lleva a competir por una serie de migajas que da el Estado. Vale la pena trabajar una visión de acceso universal integral y con dignidad a la salud como lo esta proponiendo ForoSalud, y no desde el subsidio a los pobres.

# Posicionamiento del ForoSalud frente al acceso universal en salud y los retos ciudadanos

Mario Ríos Barrientos  
Coordinador Nacional de ForoSalud

Nuestro marco de referencia, explicado tan atinadamente por Mario Rovere y Mario Hernández, sirve para impulsar que ForoSalud desarrolle una campaña más intensa. ForoSalud como movimiento político sanitario busca expresar la voluntad ciudadana, el derecho y deber de exigir propuestas de políticas públicas, que deberán tener un sesgo técnico basado en evidencias, en conocimientos fundados. Ello es parte del esfuerzo por la construcción de un pensamiento crítico desde la medicina social y desde la salud pública, por lo que nos interesa desarrollar la construcción de los marcos de referencia, para ir más allá del pensamiento hegemónico que tenemos en estos momentos en el campo de la salud pública, y en la academia muchas veces. Ese marco de alguna manera debe colocarse como un instrumento alternativo.

ForoSalud tiene que cumplir una respuesta social, tener la capacidad de representar y movilizar a la ciudadanía, la posibilidad de coincidir con los ciudadanos en la gestación del desarrollo de las políticas públicas del país; no sólo ser solo un movimiento revulsivo si no ser además un movimiento propositivo, con capacidad de generar la fuerza suficiente que construya una voluntad política en el país por el cambio y la transformación del sistema de salud.

Estas orientaciones nos llevaron a plantearnos al interior de ForoSalud cómo debemos desarrollar la campaña. Por ello lo primero que debemos hacer es determinar en nuestro marco conceptual los problemas en el sistema salud. Se han hecho análisis desde distintos campos; por ello nos planteamos desarrollar una propuesta integral para lograr una salud universal, en la que todos los ciudadanos podamos acceder a servicios de salud sin ninguna restricción, no distribuyendo solamente carnés de afiliación, sino un acceso integral, ya que ahora la condición de asegurado no garantiza la atención.

Eso lo vivimos cotidianamente en EsSalud, el prestador de la seguridad social en el país, que no garantiza el acceso a los servicios en la oportunidad solicitada, ni con la calidad adecuada; lo mismo sucede con quienes tienen algún tipo de afiliación al SIS. El aseguramiento universal en salud (AUS) en teoría afilia a toda la población de las regiones piloto, pero cuanto esta población realmente requiere el acceso a los servicios éste no se da o se da con una serie de limitaciones.

No solo es un problema relacionado con el AUS. Lo que se demanda es una reforma profunda del sistema salud

que permita y garantice el acceso. Si desde nuestro punto de vista el aseguramiento es una forma recortada de acceso, entonces vamos a elaborar y presentar un proyecto de ley para captar e interpretar las aspiraciones que movilizan a los ciudadanos. Porque creemos que necesitamos establecer una ruta hacia la universalidad. Son elementos clave para ello la capacidad de movilización, los pactos y los convenios internacionales suscritos con el Estado peruano. No estamos pidiendo que el Estado haga cosas a las cuales no está comprometido, sino que cumpla lo que lo vincula en los compromisos de carácter internacional, ya que el Sistema de Naciones Unidas obliga al cumplimiento de esos compromisos y tratados de derechos humanos.

Es necesario evitar que haya personas que por no tener dinero estén excluidas del sistema de salud, que mueran por no atenderse a tiempo, porque no pudieron acceder al Seguro Integral de Salud. No podemos seguir pasivos frente a una situación de esta naturaleza, por eso nos parece importante basar lo universal en compromisos ya establecidos de derechos humanos. Pero teniendo también en cuenta todos los factores que contribuyen a la posibilidad de la enfermedad, la respuesta del sistema de salud, la atención al daño o la proyección de los daños.

El otro campo importante de la campaña se refiere al concepto de dignidad, al trato adecuado, a la respuesta como parte del sistema de salud, que se dirija a las personas con la dignidad intrínseca que les corresponde, no como mercancías, objetos de mercado o clientes. Ese elemento es relevante para la propuesta del acceso integral y con dignidad.

## Acciones y propuesta legislativa

ForoSalud ha aprobado en su Consejo Directivo Nacional convocar en este esfuerzo a todas las organizaciones aliadas, a todas las instituciones que trabajan en el campo del desarrollo social. Desarrollaremos una campaña en paralelo a los procesos electorales que se avecinan, por el derecho a la salud. Así como los candidatos van a solicitar que votemos por ellos, nosotros vamos a promover el voto por el derecho a la salud, utilizando los mecanismos que nos da la propia legislación que permite la participación de los ciudadanos levantando iniciativas legislativas.

Haremos por ello una propuesta de reforma de la res-

ponsabilidad del Estado frente a la salud, para lo cual debemos conformar un Sistema Nacional de Salud. Recolectaremos a nivel nacional firmas para todos expresar a través de esta campaña la conciencia del ciudadano frente a la salud. No debemos seguir brindando cheques en blanco a los candidatos, para que cuando estén en

el gobierno hagan lo que mejor les perezca. Lo que estamos expresando desde ForoSalud es la voluntad ciudadana que permita a todos igualarnos frente al derecho a la salud.

## Retos de la ampliación del acceso a salud en el Perú

Oscar Ugarte  
Ministro de Salud del Perú

Se ha planteado aseguramiento versus acceso, pero la verdad no estoy tan seguro de que habría de colocarlo en esos términos. La ley de AUS ha sido discutida en diversos foros y tiene acuerdo de numerosos partidos políticos. El aseguramiento está planteado como una modalidad para garantizar el acceso, ya que lo que se espera en el caso peruano y se señala expresamente en la ley 29344, es colocar por delante el derecho que tienen todos los peruanos y peruanas y residentes en el país a acceder al servicio de salud en forma oportuna y de calidad.

Ese objetivo nos plantea todos los temas que aquí se están debatiendo; cómo garantizamos ese acceso al servicio de salud, que además no pueden ser pensados sólo como servicios reparativos, sino como políticas más integrales de promoción, prevención y también de atención y recuperación de la salud.

La ley 29344 al reconocer este derecho define algunas características que desde mi punto de vista es indispensable tenerlas en cuenta, ya que no sólo está planteado el derecho a acceder al servicio de salud, sino las condiciones para que ese acceso sea efectivo en reconocer el derecho de los ciudadanos. Por ello se han incorporado las garantías explícitas en relación a oportunidad de acceso y a la calidad de la atención. Se trata de un tema fundamental que nunca existió en el Perú; por ello podemos ver que los asegurados a EsSalud en la teoría tienen el derecho de acceder al servicio de salud, pero no hay nada que indique que eso tiene que ser en determinado tiempo y en determinadas condiciones. Es la primera vez que se norman estándares de calidad obligatorios en los servicios de salud que la ley de aseguramiento universal incorpora como garantías en el sistema de salud, para todos los servicios sean públicos o privados y sea cualquiera la forma de acceso; debe garantizarse oportunidad y estándares de calidad en la atención.

Es en el marco de esta ley que se ha iniciado, luego de un periodo de preparación, el proceso de aplicación del aseguramiento en tres regiones del país: Ayacucho, Huancavelica y Apurímac a partir de septiembre de 2009. Se dará una expansión del acceso a servicios de atención en salud permitiendo incorporar a más población; hemos llegado ya casi al cien por ciento de la población que debería ser incorporada en cada una de estas regiones, pero además con un plan de beneficios que está definido como Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS), que define cuál es el derecho garantizado en oportunidad y en calidad. Podríamos decir que el derecho es el cien por ciento, pero eso es la teoría, ya

que la atención va a depender de muchos factores que no necesariamente existen en el país. Es decir, el proceso tiene que ser firmemente conquistado a través de políticas concretas y eso nos plantea retos muy claros.

### Inversión en infraestructura

Arrastramos un enorme déficit de inversión en infraestructura y equipamiento en salud. En los últimos veinticinco años en el Perú no ha habido inversión en infraestructura y equipamiento; los últimos hospitales públicos construidos datan de mediados de los ochenta: María Auxiliadora en el cono sur de Lima y el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Luego se han construido determinados establecimientos de primer nivel. Si evaluamos y analizamos cuál es la capacidad de oferta de servicios públicos en el Perú para atender a la demanda que es un derecho ciudadano, vamos a encontrar una brecha gigantesca; contamos con un estimado de la brecha de inversión en infraestructura y equipamiento que es del orden de los nueve mil millones de soles, es decir, más de tres mil millones de dólares, que es lo que se ha dejado de invertir en las últimas décadas.

No es posible garantizar plenamente el derecho de todos los ciudadanos de acceder a todos los servicios al cien por ciento con la actual infraestructura y equipamiento existente, sin embargo, eso no anula el derecho. Por ello requerimos una política realista que venga acompañada de una firme inversión en infraestructura y equipamiento; y eso es algo que no se consigue de la noche a la mañana. Se trata de un proceso de inversión que toma años. El 2009 se ha dedicado 1300 millones de soles para inversión en infraestructura y equipamiento público, además de alrededor de 800 a 1000 millones en EsSalud. En el presupuesto 2010 están aprobados 1700 millones de inversión adicional en infraestructura y equipamiento; eso nos está dando una magnitud de alrededor de 3000 millones de soles en el sector público para el presente bienio.

Es todavía la tercera parte de lo que se necesita cubrir como brecha de inversión, por ello para garantizar el acceso real y efectivo, y poner en práctica el derecho de los ciudadanos de acceder a servicios, se necesita un proceso de varios años. Tenemos entonces la obligación de plantear cuál es claramente el derecho de ciudadanía que la ley reconoce, pero a su vez cuál es el recorrido que tenemos que recorrer firmemente como obligación política, como necesidad pública para alcanzar esos niveles de inversión que garanticen la atención que nuestra población necesita.

## Recursos humanos en salud

Además existe otro gran reto, que desde ya merece un compromiso político de todas las fuerzas, el de los recursos humanos. Hemos evaluado esta situación y tenemos un gran déficit para cubrir las demandas de la población. Ese déficit probablemente no es tan grande en el primer nivel de atención, ya que lo podemos cubrir con los profesionales jóvenes que van formándose cada año a través del Servicio Rural y Urbano Marginal (SERUM). Con ello tenemos la posibilidad de incorporar entre siete y ocho mil profesionales cada año para cubrir las necesidades del primer nivel de atención. Este programa el 2006 sólo tenía 1500 plazas para unos 7000 establecimientos de salud, esto ha ido incrementándose con 2500 el año 2006, hasta lograr el 2009 cubrir 5700 plazas, incorporando a mayor cantidad de médicos, enfermeras, obstétricas, odontólogos, psicólogos, etcétera.

Pero tenemos un desafío adicional en el caso de los recursos humanos, los especialistas. En el Perú existen algo más de 40 mil médicos, de los cuales más o menos 14 mil son especialistas. De esos 10 mil trabajan entre el Ministerio de Salud y EsSalud; pero de esos 10 mil, 7 mil están en Lima y Callao, y 1200 en Arequipa y Trujillo; es decir, 8200, el 82%, está en Lima, Callao, Arequipa y Trujillo.

Nuestra gestión ha iniciado la expansión del aseguramiento y podríamos decir que en Ayacucho existe acceso universal, pero no resolvemos nada si no tenemos infraestructura, equipamiento, recursos humanos; por lo tanto tenemos que resolver a través de políticas concretas retos como los mencionados, para determinar cuánto tiempo nos tomará tener los especialistas necesarios para cubrir las necesidades del país. Necesitamos por lo tanto aplicar políticas racionales desde lo inmediato, que es lo que estamos haciendo; llevar brigadas de especialistas a cubrir las necesidades rotativamente para resolver situaciones urgentes en las zonas más necesitadas, hasta lograr generar las plazas; proponer incentivos, generar mecanismos que permitan una reorientación de las plazas.

Ello se resolverá en la medida en que haya un desarrollo mucho más homogéneo en el país, ya que los especialistas u otros profesionales se concentrarán en Lima, Trujillo o Arequipa en la medida en que la desigualdad del desarrollo y de oportunidades en el Perú subsista. En ese contexto la descentralización es una estrategia fundamental para las políticas sociales y sanitarias, porque a través de ésta incluye también la formación de profesionales especialistas, para dar oportunidades crecientes en las regiones.



*Para los retos señalados requerimos un proceso inversión creciente y sostenido, que debe ser el compromiso de todos los que estamos interesados en los grandes cambios de la salud pública.*

## Insumos estratégicos

El siguiente gran desafío es el de garantizar los insumos estratégicos para que podamos brindar acceso de calidad en forma oportuna para toda la población que lo necesita; eso significa medicamentos, vacunas, insumos de diversos tipos. En relación a ello se acaba de aprobar, en el marco de las políticas venimos impulsando desde el Ministerio de Salud para producir un gran cambio sanitario en el país, la ley 29459, nueva ley de medicamentos. Lo que plantea la norma es algo que en otros países es moneda corriente pero que aquí resulta novedad: la prioridad en la producción y distribución de medicamentos genéricos para garantizar un acceso mayor de la población.

Este mercado estaba absolutamente desregulado desde los años noventa; con la nueva ley se permite una presencia firme del Ministerio de Salud como ente regulador de la importación, regulación y distribución de medicamentos, sobre todo dando prioridad a los genéricos a través de medidas simples que ya estaban planteadas, como por ejemplo la prescripción de acuerdo a la denominación común internacional, que es por supuesto una obligación de todos los profesionales de la salud. Para ello las farmacias deben garantizar que se pueda expender de acuerdo a la prescripción de medicamento genérico, y no orientar el consumo hacia los medicamentos de marca que obviamente son los que dan mayor margen de ganancia a quienes producen, importan o venden medicamentos en el país.

El mercado de medicamentos en el Perú es de más o menos 1000 millones de dólares; de éstos, el Estado adquiere alrededor del 46% por ciento de las unidades de medicamentos y el mercado privado el otro 56%. Desde hace varios años el MINSA, EsSalud y las demás entidades públicas compramos de manera conjunta a través de la modalidad de subasta inversa. Todo aquel que quiera proveer al sector público medicamentos, tiene que entrar a una subasta y competir ofertando precios más bajos. Si garantizamos la calidad de lo adquirido estaremos impulsando la posibilidad de acceder a mayor cantidad de medicamentos, logrando ahorros que luego reinvertimos en compra de más medicamentos. El año pasado se ahorró unos 66 millones de soles; eso significa que los precios con los cuales los productores nacionales o los importadores van al mercado tienen un margen de ganancia tan alto que cuando se ponen a competir a los productores o proveedores, se puede bajar los precios y ahorrar montos relevantes.

## Financiamiento para la salud

Sin duda que lo que destina el país a salud es poco, no más del 4.5% del producto bruto interno (PBI), siendo uno de los gastos más bajos en América Latina donde el pro-

medio es 7%. Pero puedo decir que el presupuesto 2010 está produciendo un incremento en el sector público del 37 % respecto de 2009, lo que significa mayor inversión en infraestructura y equipamiento, en recursos humanos, en medicamentos, vacunas. Esto está haciendo que el porcentaje del financiamiento público de la salud se eleve del 6.4 al 7.8% del presupuesto, lo que incide también en el porcentaje del PBI. Por ello para el 2010 el Perú ya no tendrá el clásico 4.5% del PBI para salud; con toda seguridad vamos a estar por encima del 5%. Por ello se requiere de compromisos de política de incremento de financiamiento que garanticen que en los años venideros el crecimiento sea sustantivo para garantizar el derecho de todos los ciudadanos a acceder a los servicios.

Estos retos están siendo encarados con mayor inversión en infraestructura y equipamiento, con políticas para una mayor producción de recursos humanos, de insumos estratégicos como medicamentos o vacunas, que van acompañados de un mayor financiamiento.

## Sistema de Salud

En lo que se refiere al financiamiento público es demostrable que va de la mano con el impulso a un tema que está en el centro de la discusión de la reforma no sólo en el país sino en América Latina: cómo superamos un sistema fragmentado, en el cual multiplicidad de instituciones hace que se planifique cada quien de acuerdo a su propio criterio, lo que tiene como resultado un sistema sumamente ineficiente que muchas veces invierte y gasta duplicadamente, sin ton ni son. Requerimos pasar a un

sistema que sea eficiente y por lo tanto que responda a las necesidades del país.

Esa es la discusión, si se va hacia un sistema único o no, lo que implica una propuesta de reorganización del sistema. Lo que estamos proponiendo a través de las políticas es pasar de un sistema fragmentado a lograr un sistema nacional, que coordine entre las diversas instituciones hacia un sistema integrado. Esa discusión está abierta, y no necesariamente significa la desaparición de todas las instituciones y su fusión en una sola, que podría ser el extremo de una propuesta de un sistema único de salud. Pero si podemos lograr una articulación, una integración de los diferentes subsistemas dentro una lógica común de inversión en un marco legal que es común a todos y plantea objetivos estratégicos, con el reto de garantizar el derecho de todas las ciudadanas y ciudadanos de acceder a servicios de salud en forma oportuna y de calidad, con una conducción rectora, que no puede ser otra que la del Ministerio de Salud.

Sistemas de este tipo existen en América Latina como el de Uruguay, un caso claro de avance en esa lógica, que es una alternativa práctica y concreta que rompe con las ineficiencias y con la inequidades. Creo que el Perú está en ese camino, tenemos esa posibilidad, el marco legal está dado, sin perder los objetivos estratégicos finales que son de justicia social y por lo tanto garantizar derechos de los ciudadanos adaptando la estructura y organización del sistema, para con esta política resolver los desafíos planteados.



Con el apoyo de:



# Forosalud

[forosaludnacional@gmail.com](mailto:forosaludnacional@gmail.com)

Jirón 6 de agosto 763 Jesús María - Lima  
51 1 424 0350 / 332 4242

[www.forosalud.org.pe](http://www.forosalud.org.pe)