

Enfoques de la Reforma de la Salud en el Perú de 1998: Ecos de un Debate

OSCAR BUENO¹, JULIO CASTRO², FRANCISCO SÁNCHEZ MORENO³.

¹Miembro del Programa de Apoyo a los Acuerdos de Gestión del Ministerio de Salud.

²Presidente de la Comisión de Salud Pública - Colegio Médico del Perú.

³Presidente de la Academia Peruana de Salud.

RESUMEN

La Mesa Redonda organizada por el Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Facultad de Medicina de San Fernando, contó con la participación de connotados representantes del Estado y la sociedad peruanos ligados a la Salud Pública: el Dr. Oscar Bueno del Ministerio de Salud, el Dr. Julio Castro del Colegio Médico del Perú, y el Dr. Francisco Sánchez Moreno de la Academia Peruana de Salud. Ellos debatieron sobre la Reforma de la Salud en el Perú de hoy. Mientras para el representante del Ministerio de Salud la Reforma es una realidad que va transformando al sector y particularmente la antigua estructura sanitaria, de exclusiva responsabilidad estatal; para el representante de la Academia Peruana de Salud, ésta es la segunda reforma puesta en marcha por el mismo gobierno (1990-98) y ambas han fracasado, proponiendo los principios de una auténtica Reforma. Por último, el representante del Colegio Médico igualmente criticó los fundamentos de la Reforma, remarcando su carácter no democrático y centralista. Todos coincidieron en la necesaria participación de la Universidad para una adecuada Reforma de la Salud en el Perú. Finalmente, concuerdan en la necesidad de construir un consenso nacional para la Reforma de la Salud a mediano y largo plazo.

Palabras claves: Salud Pública; Atención Primaria de Salud; Reforma de la Salud.

APPROACHES TO THE PERUVIAN HEALTH CARE REFORM OF 1998: ABOUT A DISCUSSION

SUMMARY

Three distinguished and well-known members of the government and society related to the Public Health, participated at the Round Table organized by Preventive Medicine and Public Health Department, San Fernando School of Medicine. Oscar Bueno MD, from the Ministry of Health; Julio Castro MD, from the Peruvian Physician College (PPC); and Francisco Sanchez Moreno MD, from the Peruvian Academy of Health (PAH), argued concerning the present Peruvian Health Care Reform. Dr. Bueno considered this reform as a reality that is transforming the old-fashion sanitary schemes in which the state was the only responsible one, and where health market was not existent. The representative of the PAH regarded that it is the second reform attempted in this regimen, both of which have failed. At last, the PPC member stated that this reform is non-democratic and centralist, and made a severe criticism to their fundaments. There was an agreement regarding the need for the participation of the University, in order to achieve a good health care reform. Finally, all of them believed we need to build a national consensus to attempt the Health Care Reform, in the short- and long-time.

Key words: Public Health; Primary Health Care; Health Care Reform.

Correspondencia del Editor:

Dr. Jorge Alarcón Villaverde.
Facultad de Medicina UNMSM.
Av Grau 755. Lima I - Perú.
E-mail: joav@amauta.rcp.net.pe

INTRODUCCIÓN

El Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de la Facultad de Medicina de San Fernando, ante la necesidad de evaluar el estado de la Reforma de la Salud en el Perú de hoy, convocó a los representantes de importantes instituciones: el Ministerio de Salud, representado por el Dr. Oscar Bueno, el Colegio Médico del Perú, representado por el Dr. Julio Castro, y la Academia Peruana de Salud, representada por el Dr. Francisco Sánchez Moreno.

Sus apreciaciones contribuyeron notablemente a comprender el momento y las perspectivas de la Reforma de la Salud. Si bien fueron enfoques distintos y polémicos, la claridad y firme defensa de sus respectivos puntos de vista contribuyeron al cumplimiento del propósito de la Mesa Redonda: conocer los enfoques existentes sobre la Reforma de la Salud, para aportar desde la institución universitaria a la investigación y formulación de propuestas y planteamientos alternativos para la consecución de las grandes metas nacionales que en materia de salud requiere nuestro país.

La Mesa Redonda se llevó a cabo el día viernes 16 de octubre en la Sala de Sesiones del Decanato de la Facultad de Medicina, participando como moderadora la Dra. María del Rosario Jiménez Alva, docente del Departamento, quien junto con los profesores Julio Medina Verástegui y Hernán Sanabria Rojas fueron los responsables del evento, con el apoyo del Dr. Juan Manuel Sotelo Baselli.

Al término de la Mesa Redonda, el Dr. Sotelo agradeció a los participantes a nombre del Departamento de Medicina Preventiva; lo propio hizo el Dr. Juan Murillo Peña a nombre de la revista Anales de la Facultad de Medicina.

NECESIDAD DE LA REFORMA

¿Cuáles son las razones que justifican un proceso de reforma de la salud en el Perú?

Dr. Oscar Bueno: La Reforma de la Salud se inscribe dentro del proceso en el que está empeñado el país y el gobierno para reducir la extrema pobreza. Esto es central, justifica y da sentido a todo el proceso. La reducción de la pobreza la podemos considerar en términos de tres mejoras fundamentales: la equidad de la atención de salud en la prestación de servicios, la calidad y la eficiencia en el gasto público.

Dr. Sánchez Moreno: Se requiere un proceso de reforma por muchas razones. En primer lugar, el país tiene una elevada morbilidad, que lo coloca en un lugar nada privilegiado en América Latina. En segundo lugar, la cobertura de salud no alcanza con buena calidad a más allá de 30% de peruanos, y un 20% no tiene acceso a la atención de salud institucionalizada. La disparidad por tanto es enorme; pero además existe un grave centralismo, desorganización de los servicios de salud, desorganización con duplicidades por todas partes, y escasez de recursos, que tienen que ser necesariamente afrontados. Estos son sólo unos aspectos además de la pobreza ya mencionada.

Dr. Julio Castro: Casi nadie en el país está satisfecho con la actual situación sanitaria y organización de los servicios. Consideramos que es indispensable llevar adelante un auténtico proceso de Reforma Sanitaria como parte de un proceso de desarrollo integral de la sociedad peruana con una visión de desarrollo humano; por lo tanto la Reforma de Salud tiene que estar orientada a mejorar la calidad de vida y el bienestar de los peruanos. Es indispensable atacar algunos aspectos centrales de la problemática sanitaria en el país; el primero es garantizar el acceso a servicios permanentes de salud a casi cinco millones de habitantes de nuestro país que carecen de ellos; además es necesario atender la demanda de la sociedad por una mejora en la calidad de los servicios; y asimismo también es importante considerar que quienes laboran en el sector salud tampoco están satisfechos, porque su esfuerzo no se ve reconocido y no se desarrolla en condiciones adecuadas para contribuir a mejorar la calidad de vida de la población del país.

¿Podría haber una propuesta de reforma sin el marco de otra propuesta más global de cambios o transformaciones del Estado en el país?

Dr. Julio Castro: Una propuesta de Reforma Sanitaria tiene que estar inmersa en el contexto de una propuesta de desarrollo humano. Justamente esta orientación de desarrollo humano es la que busca señalar la mejora de la calidad de vida de la persona como sujeto y objeto del desarrollo, en el que sus habilidades y capacidades se vean reconocidas y se construya un ambiente propicio para que se ejerza los derechos humanos y el desarrollo de la ciudadanía. Consideramos que una Reforma de salud no debe ser parte de un ajuste estructural; ni ser entendida como una política de compensación social, sino justamente como una política que

busque crear las condiciones para el ejercicio del derecho a la salud de las personas. Dentro de este contexto, las políticas sociales forman parte de una propuesta global que no está en contradicción con las políticas económicas ni está diseñada para paliar los efectos de dichas políticas, sino que constituye un instrumento indispensable, promotor de la calidad de vida, en tanto es parte de las políticas de desarrollo social.

Dr. Sánchez Moreno: La pregunta permite explicar por qué esta Reforma no camina en el país. La respuesta es muy simple: porque su diseño obedece a una matriz importada, primero del modelo chileno y después del modelo colombiano, sin tomar en cuenta las necesidades reales del país ni lo que su población siente, y por eso fracasa.

La búsqueda del consenso es una condición *sine qua non* para el éxito de las reformas, las cuales tienen que darse necesariamente en el contexto universal y en el contexto de cada país, pero de ninguna manera copian modelos. Esto lo ha demostrado Inglaterra en Europa, Canadá en América del Norte y Costa Rica en Latinoamérica; cada uno con sus respectivos modelos, y eso evidentemente le falta al Perú.

Dr. Oscar Bueno: Es importante establecer la diferencia entre una propuesta de desarrollo, de lo que es su discurso. Pienso que se ha agotado el discurso y nos hallamos en un proceso muy dinámico de elaboración que se sustenta en un proceso social amplio. Creo, además, que la cuestión principal no está en términos de preciar las propuestas provenientes de otras realidades; el equipo técnico del Ministerio no suscribe posiciones de copia de un modelo extranjero, y más bien está en función del desarrollo de todo un proceso nacional que reconozca los éxitos de otras experiencias y por la propia dinámica de los agentes del sector le den vitalidad para ir construyendo el país desde abajo.

Dr. Sánchez Moreno: Es bueno hacer precisiones, porque esto clarifica la situación. El Perú no está en una primera reforma en este gobierno, está en una segunda reforma; porque la primera fue el D. Leg. 718 de 1991, cuando se crearon las AFP y las organizaciones de servicios de salud (OSS). Si se lee ese decreto, tiene por lo menos un 60% tomado del modelo de las ISAPRES chilenas. En la ley 26790 va encontrar no 60%, sino 80% de similitud con la Ley 100 de Colombia, que tiene inclusive el mismo nombre, "Ley de Modernización de la Seguridad Social en Salud", y que

tiene las mismas EPS, a las que simplemente se les ha cambiado de nombre a "Entidades Prestadoras en Salud". Entonces es evidente que ha habido un calco de dos modelos: el chileno primero y el colombiano después, y por eso fracasan las reformas, porque no se basan en las reales necesidades del país.

IMPACTO DE LA REFORMA

¿Cuáles son los impactos más trascendentes que ustedes consideran debieran lograrse con la implementación de un proceso de Reforma Sanitaria?

Dr. Julio Castro: En relación con los impactos del proceso de Reforma, es importante lograr como primer objetivo, dejar atrás las desigualdades que hoy caracterizan la situación sanitaria del país. Se debe hacer un esfuerzo sustantivo para este acuerdo básico por la equidad, lo que significa satisfacer la demanda de la población que no es atendida, que es alrededor del 60% (demanda insatisfecha). Cuando se analizan las causas de esta situación, encontramos que ellas tienen que ver con el problema de la barrera económica, como la más importante, que explica la falta de accesibilidad a los servicios de salud. También hay otro aspecto relacionado con la ampliación de la cobertura, y esto supone por lo tanto un mayor y mejor esfuerzo en el gasto en el sector salud; también tiene que ver con la mejora de la calidad de los servicios, aspecto muy importante porque el malestar y las quejas de la población con relación a la manera cómo es atendida en los servicios de salud es algo que tenemos que recoger y que debe constituirse en un elemento fundamental para lograr la transformación de los servicios y la forma cómo se brindan en el país. Equidad con el incremento de la cobertura y con la mejora de la calidad de la atención son objetivos indispensables a lograr en un auténtico proceso de reforma en salud.

Dr. Sánchez Moreno: Los impactos que se tienen que lograr son exactamente lo contrario de lo que habíamos en la primera pregunta. Entonces, si existe una elevada morbilidad, hay que reducirla drásticamente, tanto la general, como la infantil y la materna. Si existe baja cobertura, ésta deberá extenderse si es posible a toda la población, en un proceso donde la atención se va dando gradualmente. Si lo que se aprecia es falta de equidad, lo que hay que hacer es poner como objetivo la equidad; si existe centralismo,

el modelo debe ser descentralizador; si se aprecia desorganización, se deberá organizar los servicios de salud de todas las instituciones; eso se llama Sistema Nacional de Salud, que hoy día está totalmente desorganizado, y esa falta de coordinación produce duplicidades por todas partes, que se pueden ver en todo el país: hospitales del IPSS frente a los del Ministerio, y ambos están prácticamente subocupados, a menos del 50%. Finalmente, si no se dispone de recursos, hay que generarlos con una serie de posibilidades para un financiamiento multilateral en una primera etapa, buscando a la larga un financiamiento único.

Dr. Oscar Bueno: Creo que en la línea de las dos exposiciones anteriores, podemos enfocar los impactos más trascendentes en dos puntos: primero, garantizar el acceso universal a la atención de salud, en términos de lo que habíamos hablado de la inclusión social de los sectores marginales del país y aquellos a los que todavía no podemos llegar, un acceso universal que les permita ejercer el derecho de ciudadanía a todos los peruanos en estos aspectos de salud. Particularmente garantizando acceso a servicios eficientes y de calidad, con calidez, suficiencia técnica e inclusive un ambiente que permita los mejores términos de esa atención.

En segundo lugar, busca promover la gestión eficiente de los recursos que están alrededor de la atención de la salud como la infraestructura física, el desarrollo de los recursos humanos y el recurso financiero asignado a nuestro sector. Lograr el máximo de beneficios para los usuarios. Una eficiencia no en función de sí misma, sino en beneficio de los usuarios y de la población.

Dr. Julio Castro: La evaluación de un proceso de reforma se mide por el impacto que ésta produce en el estado de salud de la población, en el mejoramiento de indicadores del estado de salud. Hacemos mal cuando sobrevaloramos el descenso de la mortalidad infantil en el país, que si bien ha disminuido a 45 por 1.000 nacidos vivos (NV); aun, se encuentra un 25% por encima del promedio de Latinoamérica, que es 35 por 1.000 NV; entonces estamos con una tasa de mortalidad infantil alta para los niveles de América Latina y para el grado de desarrollo del país. Por lo tanto, el esfuerzo que hay que hacer en este terreno no debe ser menor al que se hacía antes. Otro indicador que debe llamar profundamente la atención, es la mortalidad materna que en el país no sólo no ha disminuido al ritmo de algunos otros indicadores en los últimos años, sino

que en el último lustro se ha incrementado. La ENDES de 1991 y 1992 detectó una mortalidad materna de 261 por 100.000 y la ENDES 1996 estableció que ésta se encontraba en 265 por 1.000 NV. Es importante considerar que un proceso auténtico de Reforma Sanitaria debe medirse en términos de impacto sobre la situación de salud, tanto en lo que se refiere a indicadores precisos de morbilidad, como en términos globales de mejora del bienestar y la calidad de vida de la población, y por eso es fundamental incorporar la mejora de las políticas económicas y sociales, que son determinantes del estado de salud de la población.

Dr. Sánchez Moreno: Se han planteado dos temas. Primero, no hay país en el mundo, en el siglo que está por terminar, que permanentemente no haya disminuido sus cifras de morbilidad. Si tan sólo viéramos el programa de vacunaciones a través de los gobiernos, los avances son enormes; sin embargo, si se observa la posición del Perú en el contexto Latinoamericano veremos diferencias enormes, por ejemplo frente a Cuba Colombia o Argentina. Pero allí no queda, la desigualdad dentro del Perú es terrible. Tenemos localidades en los departamentos de mayor atraso, que tienen cifras que los países desarrollados tenían el siglo pasado; y entonces, ¿qué se ha avanzado en esto? Absolutamente nada. Allí está entonces la gran fuerza que hay que dar en la descentralización.

El segundo tema que se ha tocado se refiere a la demanda. No confundir la educación de la demanda, con el subsidio o financiamiento de la demanda. El modelo del Banco Mundial se equivoca al plantear la Reforma sobre la base del subsidio de la demanda, lo cual va a producir un daño enorme al país si se aplica. Si se ha querido decir que vamos a un financiamiento de la demanda y no de la oferta, le voy a decir que esas cifras de inequidad de nuestros departamentos atrasados van a ser cada vez peores, porque allí no se podrá generar mayor demanda, entonces se impone un cambio del modelo que estamos viviendo.

Dr. Oscar Bueno: El énfasis no sólo debe notarse en términos de acciones para la reforma, alrededor de la oferta de servicios. Quiero hacer notar los términos de la doctrina de la Reforma, como ejercicio y desarrollo de la ciudadanía en términos de los derechos de salud. El empoderamiento del usuario que es fundamental. Pero tenemos un país en el cual estamos partiendo de muy atrás, de toda una cultura de beneficencia, de una cultura centralista, en la cual el paciente no se siente

ciudadano, no siente el ejercicio de sus derechos en función de la atención que deba requerir de parte del Estado. De alguna manera hay cambios importantes que se están planteando y podría mencionar, por ejemplo, la nueva Ley de Salud.

MODELOS DE PRESTACIÓN Y FINANCIAMIENTO

¿Qué modelo de relación plantearían ustedes entre la prestación y el financiamiento de los servicios de salud, y cómo articularían lo público con lo privado?

Dr. Sánchez Moreno: Digamos primero qué pensamos de los prestadores. Lo fundamental para nosotros es que los prestadores sean múltiples, tanto públicos como privados, donde la base de la prestación sea la libre elección, tanto en la prestación directa como en la indirecta; no sucede lo mismo en cuanto al financiamiento, pensamos que en el corto y mediano plazo el financiamiento tiene que ser múltiple, porque una sola fuente no es capaz de afrontar todas las prestaciones necesarias y reducir la inequidad. Sin embargo, tenemos que pensar que a largo plazo el país sí puede lograr una Seguridad Social universal, si hubiera políticas claras y una decisión clara en ese sentido. Si así fuera, al final se llegaría a un financiamiento único a través de la Seguridad Social, y tanto trabajadores dependientes como independientes deberían asegurarse con sus familiares. El financiamiento tiene que comenzar siendo múltiple para llegar a la larga a ser único, para articular lo público y lo privado. Lo fundamental es que no se considere un desarrollo privado a expensas de lo público, que es lo que sucede en la Ley 26790: se busca el desarrollo privado a expensas del IPSS y ese es un error cardinal; y cuál es la prueba: no se ha querido hacer un estudio matemático actuarial, que es lo único técnico que define la existencia a largo plazo de un Seguro Social equilibrado. Adrede no se ha querido hacer. Por tanto, se busca el desarrollo privado destruyendo lo público, y ése es el modelo del Banco Mundial.

La articulación pública y privada necesita de un sistema de salud organizado en el ámbito central, departamental y especialmente local; y necesariamente debe tener un mayor financiamiento que tampoco se busca. Con la Ley actual, lo que se persigue es entregar el financiamiento público de la Seguridad Social al financiamiento privado de las EPS. Lamentablemente,

esas son las limitaciones de este modelo, cuyo cambio tiene que ser absoluto.

Dr. Oscar Bueno: Respecto a la relación entre la prestación y el financiamiento se plantea una mayor focalización y manejo eficiente en la aplicación de los recursos públicos, dando preferencia a las poblaciones que habitan las zonas más pobres del país. En cuanto a poder hacer uso de los subsidios gubernamentales, también pensamos en la instauración de nuevas modalidades de financiamiento de los servicios de salud individual, modalidades que se orienten a financiar la producción, que no continúen con el financiamiento irracional de los factores de la oferta. Eventualmente estaríamos pensando, en la medida que se logre y pueda, en el financiamiento de la demanda con fórmulas de aseguramiento. Creo que bien se ha tocado el tema, es decir, estamos viendo términos de complementariedad en materia de financiamiento y, en función de ello, queremos pensar en la articulación de lo público y lo privado para la producción de servicios, alrededor de la conformación de redes de servicios. Una organización de redes que trascienda de lo institucional a un escenario sectorial, que configure fórmulas mixtas, con las cuales se potencien. En función de esto, podemos orientar lo que es el instrumento de financiamiento, es decir, hacia esa dirección de complementariedad.

Resulta muy claro que se está queriendo implantar en el país nuevas concepciones de Seguridad Social, hasta ahora solamente pensada y concebida por todos como una seguridad de quienes tenían un trabajo estable. Las formulas innovadoras, que incluso han sido planteadas por el propio Presidente de la República alrededor de la implementación del Seguro Escolar, y ahora del anuncio que hace el Señor Ministro de la implementación de un Seguro Materno Infantil, son fórmulas y señales claras de lo que es la Seguridad Social concebida en el marco de posibilitar y garantizar la atención a todos los peruanos, especialmente a los más pobres, con fórmulas en las cuales el Estado sea un promotor incansable.

Dr. Julio Castro: La orientación de la Reforma del gobierno busca básicamente reducir los gastos sociales. Este tema es impulsado por los organismos internacionales: Banco Mundial, Banco Interamericano de Desarrollo; y confunde realidades. Que en nuestro país la Reforma se oriente a la reducción del gasto y ponga el acento en la eficiencia nos parece totalmente equivocado.

Partiendo de nuestra realidad debe hacerse un mayor esfuerzo en el gasto social de salud. En los últimos años se ha producido una recuperación del gasto social en salud; pero tengamos presente que esa recuperación es en comparación a la reducción tan dramática que se produjo como consecuencia de la crisis de los fines de los '80 e inicios de los '90, cuando el gasto público en salud llegó a menos del 1% del Producto Bruto Interno. Se ha recuperado y hoy está algo por encima del 2%, pero no olvidemos que a comienzos de la década de los '80, el gasto estuvo en el país en el 4% del PBI. Veremos que éste es un esfuerzo que hay que seguir llevando adelante, y si bien hay que hacer un mejor uso de estos recursos, no debe olvidarse que precisamente para lograr el propósito de la equidad en salud, la universalización del derecho a la salud de los peruanos, tiene que hacerse un mayor esfuerzo nacional en el financiamiento público.

Teniendo en cuenta que casi el 50% de la población se encuentra en situación de pobreza, estamos en desacuerdo con la propuesta de que el financiamiento público deba circunscribirse a la salud colectiva, mientras que en lo que se refiere a la atención individual de las personas, ésta queda a responsabilidad de ellas y sus familiares. La protección de la salud y su financiamiento tienen que ser acciones integrales y no solamente actividades de promoción y de prevención; debe incorporar componentes relativos a la rehabilitación y a la atención cuando la salud se pierde. El esfuerzo mayor tiene que ser fundamentalmente público; el esfuerzo privado debe complementar el esfuerzo público y no al revés. Es importante que se ratifique el compromiso del Estado para garantizar el derecho a la salud a todos los peruanos.

Quiero insistir, además, que la formulación que hace el Ministerio respecto al subsidio total o parcial a los pobres no se cumple en el país; porque al mismo tiempo que hay esta orientación, existe otra, que es la recuperación de costos. En la medida en que se conjugan otras realidades, como la limitación de recursos presupuestales para gastos de bienes y servicios, y se mantienen las tremendas injusticias remunerativas con los trabajadores del MINSA, la recuperación de costos se ha convertido en instrumento para hacer funcionar los servicios y paliar las injusticias remunerativas en que viven los trabajadores; y todo esto lo terminan pagando los pobres, porque a todos se les está cobrando por la atención en salud.

ARTICULACIÓN ENTRE EQUIDAD Y EFICIENCIA

¿Cómo aprecian la articulación entre la equidad y la eficiencia en la inversión de recursos en un contexto de reforma y cómo hacer viable esta combinación?

Dr. Oscar Bueno: Creo estar de acuerdo con todos, en términos de que cuando la eficiencia encuentra un propósito que le da sentido y un contexto apropiado, realmente puede tener posibilidades para su desarrollo. Nosotros sustentamos que *la equidad es el criterio fundamental para esa eficiencia*, para esa aplicación de recursos, y por ello la eficacia social es el principal argumento que moviliza la mejoría de las organizaciones. Entonces yo podría sustentar que esta posibilidad de reducción de costos, esta posibilidad de mayor productividad, no está en el aire ni tampoco en función de fórmulas de financiamiento, sino de fórmulas de desarrollo y de eficacia sociales.

Dr. Sánchez Moreno: Lo primero es la equidad. No se puede poner la eficiencia y la equidad en el mismo plano. No hay equidad si la eficiencia es para pocos, como sucede por ejemplo en el modelo de la Seguridad Social en salud, según la Ley 26790. Definitivamente, ese modelo es para los asegurados de mayor poder adquisitivo, pues no va a poder llegar a la base de la pirámide donde están los más pobres, los pensionistas. Peor aún, no hay equidad ni eficiencia cuando el financiamiento es escaso, como se busca con el subsidio de la demanda de la Ley 26842 o en los planes mínimos de la Seguridad Social. En los estudios que publicó el Ministerio de Salud hace dos años, se decía que iban a asignar al subsidio de la demanda entre 35 y 40 dólares per cápita para la población pobre; con esa cantidad anual lo que se va a conseguir es una iniquidad terrible. Allí jamás podrá haber articulación de la equidad con la eficiencia de tal manera que el modelo tiene que reorientarse hablando primero de equidad y después de eficiencia.

Dr. Julio Castro: La equidad debe ser el objetivo más importante para la Reforma en Salud. La eficiencia debe estar al servicio de la equidad. La eficiencia no debe estar al servicio de una propuesta de reforma que busca disminuir los gastos en salud, que es la propuesta de los organismos internacionales. Para el logro de la equidad necesitamos ser eficientes para usar mejor los recursos, para dirigirlos justamente a universalizar la atención y cerrar las brechas que afectan a los más pobres; no necesitamos eficiencia orientada a

disminuir el gasto social, ni mucho menos para que se distorsione en prácticas «eficientistas», que atentan contra la calidad de atención y afectan sobre todo a los pobres, porque los criterios eficientistas (como por ejemplo, aumentar el mayor número de pacientes a ser atendidos por hora) deterioran la calidad. Estos criterios deben ser revisados porque están creando más problemas de los que pretenden solucionar. La identificación de subsidios cruzados, como por ejemplo que se atienda al 13% de la demanda del Seguro Social en servicios del MINSA, debe permitir que esos recursos reviertan al Ministerio de Salud para que los dirija al logro de sus objetivos de universalizar la atención y cerrar las brechas epidemiológicas que afectan a los más pobres.

PREVENCIÓN DE LA COBERTURA EXCLUYENTE

En el planteamiento de los mercados en salud ¿cómo prever o impedir una cobertura excluyente para los sectores de demanda potencial en la oferta de servicios?

Dr. Julio Castro: Hacer del desarrollo de los mercados en salud el eje para el logro de la eficiencia y la calidad en las atenciones en la situación de pobreza de la población, es uno de los elementos centrales que hace inviable una propuesta de reforma. No podemos olvidar que existe una débil demanda por servicios de salud y que esa debilidad estructural está directamente relacionada con los enormes niveles de pobreza de la población peruana. En consecuencia, abrir el mercado de salud acompañado por lo que denominan la "autonomización de los servicios", tanto de los hospitales como de las redes, para crear personas jurídicas no públicas que sean las nuevas propietarias de los servicios y de los establecimientos, va a llevar a un shock tarifario, en la medida que las administraciones autónomas van a gerenciar los servicios en función de sus costos y de tarifas que, dadas las condiciones económicas en las que se mueve la mayoría de la población, van a afectar a la población de menores recursos. Creo que es indispensable insistir en que no podemos dejar de lado el hecho que existe una demanda insatisfecha de servicios de salud en el país. Existe una gran proporción de personas que teniendo necesidad de acudir por atención de servicios de salud, no lo hacen en razón de no disponer de recursos económicos. En la encuesta nacional de hogares desde 1995 hasta 1997 se encontró alrededor

del 60% de demanda insatisfecha que se explica por la inaccesibilidad económica. En consecuencia, si nosotros abrimos simplemente el mercado a la oferta y la demanda, habrá por el lado de la oferta un shock tarifario para buscar equiparar sus costos, y este shock tarifario va a hacer más grave la desigualdad en el acceso a los servicios en razón de la barrera económica.

Dr. Sánchez Moreno: Hace cuatro semanas uno de los futurólogos más importantes del mundo, Alvin Toffler, dijo «Los Mercados no son teología»; y si vemos el artículo 58 de la Constitución, aquí en el Perú no debe haber una economía ultraliberal de mercado. La Constitución dice «Economía Social de Mercado». En esa economía el Estado interviene especialmente en áreas como empleo, salud, seguridad, servicios públicos, educación. Entonces, el Estado tiene que actuar. No como dice la Ley General de Salud, que hay libertad para todos, como si los pobres pudieran ejercer esa libertad. ¿Cómo evitar la exclusión? Es muy simple, con una reforma que se sustente en principios. La actual no se sustenta en principios y voy a mencionar sólo cuatro. El primero, que lo menciona la reforma pero no lo aplica, **la equidad**. Este modelo es fundamentalmente inequitativo e injusto porque privilegia a la gente de mayor poder adquisitivo en desmedro del que no tiene, en desmedro del que está más lejos, porque es un modelo centralizador. El mercado está en las ciudades que tienen la población de mayor poder adquisitivo.

En segundo lugar, **solidaridad**. El modelo que se ha dado no se fundamenta en la solidaridad. En las AFP es clarísimo que el fundamento es la libertad individual; entonces, en vez de solidaridad, esta Ley fomenta el egoísmo.

Tercero, **la universalidad**. El derecho a la salud es un principio y una meta establecidas en «Salud para todos», en la Constitución, y en la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Pero en esta Ley NO, aquí la salud es para los privilegiados económicamente, no se busca la universalidad.

- El último principio, **la Integralidad de la Atención**, que se debería traducir en la atención integral de la salud y no en paquetes de una cuantas acciones de salud, reducidos para aquel que tiene menos recursos.

Dr. Oscar Bueno: Cuando se propone el tema de mercados en salud, no estamos hablando de todo el país; definitivamente, estamos hablando de aquellas

áreas más desarrolladas, básicamente alrededor de las grandes ciudades, que pueden congregarse a distintos prestadores en posibilidades de competir. El evitar sesgos contrarios a las políticas de lucha contra la pobreza nos centra alrededor de un eje institucional fortalecido en sus capacidades de gobierno, es decir, de la posibilidad del Estado para cumplir su misión, a través de sus instituciones como el Ministerio de Salud. Nos referimos a un Ministerio de Salud que pueda ejercer sus funciones de regulación y control sanitario, de modular la dinámica de los mercados, de asignar de manera eficaz y eficiente los recursos financieros, de acreditar y velar por las auditorías de la calidad de los servicios. Nosotros pensamos que la necesidad de desarrollar estas competencias de gobierno para el sector, es fundamental. Hasta hoy concurríamos a un sector donde se ha estado trabajando en términos de compartimentos estancos: los denominados subsectores, el subsector MINSA, el subsector IPSS y el subsector privado. Garantizando el fortalecimiento de las capacidades del Gobierno en el sector, evitaremos con mejores posibilidades los efectos indeseables de una cobertura excluyente de sectores desfavorecidos. En aquellos lugares donde no hay mercado, es imprescindible y necesaria la participación protagonista de la atención pública para poder cubrir y satisfacer esas necesidades de atención.

Dr. Julio Castro: Sigo insistiendo en tener en cuenta la debilidad estructural de la demanda por salud en el país. El gasto total en salud está por encima de los 2.000 millones de dólares anuales, incluyendo el gasto público más el gasto directo de las personas. Esto hace que el gasto per cápita por salud sea muy reducido y para las actividades del sector privado no sea garantía de rentabilidad. Comparados con otros per cápita en salud en América Latina, estamos muy bajos. Por ejemplo, Argentina tiene \$ 665 per cápita y Perú \$ 80 per cápita. Esta es una consideración importante que hay que tomar en cuenta. La atención en salud no tiene el dinamismo ni la fuerza como para estimular la presencia de sectores privados lucrativos en este ámbito; esto es importante reconocerlo, y por eso es que estos sectores sólo tienen algún nivel de presencia en la capital de la República y en pocas ciudades de resto del país. Entonces, nos parece decisiva la presencia del Estado para garantizar el derecho a la salud a través de la oferta de los servicios y el financiamiento de los mismos para llevar adelante todas las acciones de atención integral de la salud.

MERCADO EN SALUD EN ZONAS NO DESARROLLADAS

¿El planteamiento de desarrollo de mercados en salud para zonas de mayor desarrollo no traería consigo una mayor exclusión del mercado en las zonas no desarrolladas, tal cual ocurre con la dinámica de los mercados en el terreno de la economía?

Dr. Oscar Bueno: La propuesta de reforma no es equivalente a promover mercados por principios. La propuesta de la reforma agudiza la inteligencia para definir cuáles son los tipos de acciones más convenientes para el propósito de mejorar la salud de los peruanos y peruanas en un escenario de mercado de salud desarrollado; y cuáles, en aquellos en los que el mercado es incipiente y donde el Ministerio debe tener una acción diferente y distintiva.

Dr. Sánchez Moreno: El modelo actual se sustenta en el mercado. Lo que sucede es que es difícil entenderlo cuando han pasado ocho años de gobierno y faltan veintidós meses y usted no ve el modelo aplicado. El modelo sigue un 99% en teoría, pero si nosotros vemos de dónde ha salido este modelo, de Colombia, y que este modelo considera un régimen contributivo y un régimen subsidiado, entonces veremos que el régimen contributivo es aquel que busca que funcionen las EPS; y el régimen subsidiado es aquel que busca dar a la población en pobreza una cantidad anual para que entre al mercado. En Colombia, de donde se ha tomado el modelo, supimos que la cantidad que se asigna para el régimen subsidiado es de 150 dólares al año, para que entre al mercado la gente pobre; y todos los días protestan por que no les alcanza para nada. Los estudios que publicó el Ministerio de Salud del Perú, en el diario Expreso, y que no los ha vuelto a publicar, hablaban de 35 a 40 dólares anuales; por eso este modelo no camina. Por eso salen estas ofertas demagógicas de Seguro Escolar o de Seguro Materno Infantil, porque se ve que no camina y hay que llenar de cualquier manera el vacío.

PAPEL DEL ESTADO Y LA SOCIEDAD CIVIL EN LA REFORMA

¿Qué dificultades sería necesario superar para que el Estado peruano sea capaz de garantizar un proceso de equidad en la salud y cuál deberá ser el papel de la sociedad civil?

Dr. Sánchez Moreno: De acuerdo a lo que hemos dicho, es indispensable la derogatoria de las leyes 26790 y 26842, es decir la llamada de modernización de seguridad social en la salud y la ley general de salud, porque son inaplicables. Así mismo diseñar una nueva reforma con base en los principios que hemos mencionado, equidad, solidaridad, universalidad e integralidad de la atención. ¿Cuál debe ser el papel de la sociedad civil? Una participación real en todo este proceso en la búsqueda del consenso, que es lo que la actual reforma no ha tenido.

Dr. Oscar Bueno: Creemos que el propósito esencial en este aspecto es la *reducción de las brechas sociales*. El Estado debe encaminarse en función de este objetivo nacional. Es imperativo para esto ampliar el acceso. Además de la reducción de las brechas sociales, se requiere incrementar la cobertura de la prevención y promoción de la salud, así mismo, fortalecer la capacidad de gobierno, que es la autoridad de salud, y por último hacer óptimos los escasos recursos que tiene el sector.

Respecto a la sociedad civil, debe disponer lo conveniente y necesario para el establecimiento de un nuevo contrato social, en el cual el ciudadano tenga el poder real para ejercer su derecho a la atención de su salud. Debemos revalorar el concepto de lo privado, que hasta ahora sólo hemos mencionando de forma sesgada, en su acepción de lucro; también es privado la acción de las propias comunidades, en su experiencia de hacerse cargo de la administración de establecimientos de salud; me refiero a la administración compartida, eso también es esfuerzo privado; como también es privado el ejercicio de los profesionales de la salud, el ejercicio individual, eso también tenemos que considerarlo y revalorarlo. Y permítanme en este momento establecer algo que de alguna manera anteriormente se deslizó, que el Estado va a entregar al sector privado los establecimientos de salud. Eso no existe como planteamiento específico; el Estado no se va a desprender de establecimiento de salud alguno, más bien va a ejercer su liderazgo en la conducción sectorial promoviendo así la iniciativa privada y de la sociedad civil en la administración de esos establecimientos. Una cosa es la participación privada, la participación de la población en la administración de los establecimientos, y otra cosa es desprenderse de la propiedad de los establecimientos por razones subalternas a lograr salud para la población; esto último no tiene sentido en la propuesta que estamos llevando en el Ministerio.

Dr. Julio Castro: La mayor dificultad es la vigencia en el país de un modelo de desarrollo y de políticas económicas que están afectando seriamente a la mayoría de la población nacional; por lo tanto para llevar adelante políticas de equidad en salud, es necesario que se produzcan correcciones fundamentales en el modelo económico, que esas correcciones apunten a reducir la pobreza, generar empleo y disminuir la desigualdad social en el país. Estos tres elementos son importantes para crear condiciones propicias a fin de que en el sector salud se establezcan las correcciones indispensables para el logro de una política nacional de salud entendida como una política de Estado, y por lo tanto supere los transitorios procesos políticos gubernamentales.

Los problemas más importantes que hemos tenido en el sector salud son la inexistencia de estas políticas, la escasa sostenibilidad de algunas medidas, la discontinuidad y la falta de consenso. Y ese consenso hay que construirlo en el sector salud y en el conjunto de las políticas sociales, como parte de una visión de desarrollo distinto para el país, en el que nos comprometamos todos los que estamos involucrados en el sector. Esto es un elemento fundamental para lograr construir una propuesta de reforma sanitaria que de un lado tenga un contexto propicio, y de otro el respaldo social y político necesarios para darle sostenibilidad en el logro de metas sociales de salud definidas democrática y consensualmente.

HACIA UN CONSENSO NACIONAL EN SALUD

En ese sentido ¿cuáles serían los consensos que se considerarían deben ser desarrollados para implementar un proceso de reforma en el país?

Dr. Oscar Bueno: Coincidimos con la última parte que menciona el doctor Julio Castro: *el consenso fundamental es político*, y lo habíamos mencionado en términos de lograr consenso de largo plazo que pueda establecer lo que son políticas de Estado. De alguna forma en la administración del periodo del doctor Yong Motta se inició un proceso, en el cual a partir de un documento de trabajo elaborado con propuestas y lineamientos de políticas para el sector, se hizo una consulta muy amplia a todos los sectores y agentes del sector. Creemos que fue un proceso muy enriquecedor que logró un consenso muy importante y que esta plaza

mado en lo que ahora se denomina los Lineamientos de Política de 1995 al año 2000.

Otra cosa que quería mencionar es el ejercicio de ciudadanía expresado como hábitos de participación y cooperación en la acción misma de los agentes, tanto en lo macro, como también en lo micro. Es en lo local donde empiezan a construirse los verdaderos consensos de un proceso de reforma como éste. El reto constituye tener la inteligencia y la sabiduría para saber manejarnos en ambos niveles.

Dr. Sánchez Moreno: Creo que cada uno da las opiniones de acuerdo con su experiencia. Vivimos en una autocracia. La pregunta es política y social, y hay que contestarla en esos términos. Cuando ejercía el Decanato de esta Facultad de Medicina y hacíamos los Foros «Medicina y Salud», uno de esos foros se ocupó de Planes de Gobierno. Lo hicimos en 1989, y el único partido que no concurrió a presentar sus planes de Salud y Seguridad Social fue Cambio 90. No tenía planes. Llegó al gobierno y por supuesto no sabía qué hacer. En 1995, para las elecciones, hicimos los foros «Salud y Desarrollo» en la Academia Peruana de Salud, y el único partido que no participó fue Cambio 90-Nueva Mayoría, porque es autocrático. No se puede generar consenso cuando la cosa viene de arriba. Lo que hizo el Dr. Yong Motta vino de arriba, eso no se preparó por los peruanos, se preparó por los organismos financieros internacionales, se firmó con la Carta de Intención, con el Fondo Monetario, y no se hizo un diálogo adecuado. Cuando ejercí el Decanato del Colegio Médico del Perú, ni el Dr. Yong Motta ni el Dr. Marino Costa Bauer, quisieron jamás dialogar con el Decano del Colegio Médico del Perú. Nunca, con excepción de dos visitas protocolares para saludarnos. Lo mismo puedo decir de la Seguridad Social; no quisieron dialogar ni el Dr. Castañeda Lossio ni el Sr. Arrieta. Con la Dra. Baffigo sí hubo diálogo pero un diálogo tardío, cuando ya estaban dadas las leyes y nada se podía hacer. Lo que le ocurrió al Colegio Médico, le ocurrió a todos, no existió diálogo y hoy día nos reprochan esa falta de diálogo.

¿Qué hacer? Hay que iniciar el diálogo desde abajo, de todo el país democrático participatorio; eso es lo que necesita todo proceso de concertación nacional, que lógicamente es a la inversa de la autocracia, eso se llama democracia, y eso es lo que hemos intentado al comenzar en este Frente Nacional que llamamos FRENS y que tenemos ya 10 meses de concertación. Ustedes van a ver los resultados cuando reciban el dictamen preliminar,

que hoy ha comenzado a circular, y lo van a ver todo el próximo año y los primeros meses del año 2000.

Dr. Julio Castro: Anteriormente señalé que era indispensable avanzar hacia la definición de una política nacional de salud democrática y consensualmente definida. En primer lugar debemos definir cuál es el norte, cuál es la ubicación de una auténtica Reforma Sanitaria, y no puede ser otro que ésta sea instrumento y parte consustancial de una propuesta de desarrollo humano para el país. Por lo tanto, la intersectorialidad, la acción entre políticas económicas y desarrollo social es fundamental para un propósito común de mejora de calidad de vida de los peruanos.

En segundo lugar, es importante un consenso por la equidad, entendido como la atención integral de la salud como derecho ciudadano; este debe ser un elemento fundamental de una propuesta, base de una política nacional de salud.

En tercer lugar, consideramos que es indispensable la propuesta de universalización progresiva de la Seguridad Social, fortaleciendo el IPSS e incorporando nuevos sectores sociales y mejorando su eficiencia y calidad.

En cuarto lugar, es importante la descentralización política y administrativa del Ministerio de Salud, con la participación de los gobiernos locales y regionales y una efectiva democratización y participación ciudadana en el sector salud.

En quinto lugar, es necesario un compromiso para lograr servicios y atenciones de calidad, un compromiso por la calidad orientada hacia los pacientes y las personas usuarias de los servicios. Otro aspecto que nos parece clave es impulsar cambios en el modelo de la atención de salud, pasando de un modelo reparativo a otro que priorice la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad; allí es fundamental promover la información y la educación para el autocuidado de la salud de las personas.

Estos aspectos deben incorporar la promoción y la defensa de los derechos de los pacientes y de los usuarios de los servicios públicos de salud, llevar adelante también un compromiso para un uso eficiente de los recursos y un incremento de la inversión social en salud, y finalmente la priorización de programas específicos en beneficio de los sectores más vulnerables y desprotegidos: desnutrición infantil, salud escolar y del

adolescente, salud de la mujer y de la tercera edad. Estas son algunas propuestas para impulsar un acuerdo nacional en salud, para definir las bases de una Política Nacional de Salud.

PAPEL DE LA UNIVERSIDAD EN LA REFORMA DE LA SALUD

¿Qué papel le asignan ustedes a la Universidades en el contexto de aplicación de la Reforma Sanitaria?

Dr. Sánchez Moreno: La Universidad no está participando. Entonces tiene que participar, y no me refiero a la Universidad de San Marcos sino a todas. Las universidades que participan lo hacen en forma muy aislada y entonces no logran esa participación real y plena. Quiero referirme a tres aspectos que son los centrales de esta participación de la Universidad y que tienen que ver mucho con su labor: primero, tiene que reformar las currícula de todas sus Escuelas de Salud. Nosotros intentamos hacerlo y no pudimos, porque representantes de los profesores no quisieron y repitieron una reforma con el modelo antiguo, que es básicamente hospitalario reparativo. La reforma tiene que tener alcance en el Pre-Grado, donde hay que enfatizar los primeros niveles de atención. El cambio tiene que ser radical y orientado a preparar profesionales acordes a nuestra realidad. Las Universidades, salvo algunas excepciones, no lo están haciendo. En Post-Grado no nos entendieron. Nosotros creamos la especialidad de Medicina General Integral, ésa es la especialidad que necesita el Perú en todas partes, pero fue torpedeada y en otras universidades también. Si se fomentara en el sector Salud la especialidad de Medicina General Integral sería un éxito notable en cuanto a recursos humanos.

Segundo, es central articular la docencia con la atención de salud. Si el estudiante no es preparado desde los primeros años en los servicios de salud y en la comunidad, en los servicios de salud del primer nivel, nunca se va a formar como corresponde y siempre va a estar, como está, perdido cuando inicia su SERUMS, donde se da cuenta que no lo prepararon para la realidad peruana.

Tercero, la educación continua. Todas las profesiones de la salud requieren una educación profesional continua. Por tanto existe la necesidad de que iniciemos, con la rectoría del Colegio Médico del Perú, el proceso de recertificación, pero con un total apoyo de

la Universidad. La acreditación de la Facultad de Medicina va de la mano con este proceso. No puede recertificar lo que no fue certificado adecuadamente por las universidades; es indispensable ir a un proceso de recertificación gradual.

Dr. Julio Castro: La participación de la Universidad es fundamental en un auténtico proceso de Reforma Sanitaria; por lo que debe ocupar diversos espacios en la promoción del debate de una propuesta de política nacional de salud.

Es indudable que la Universidad tiene que ser un actor importante en la promoción de este debate y creo que no está cumpliendo ese papel. La Universidad tiene que incentivar el cambio en el sector salud.

Debe desempeñar un papel específico en la formación de los recursos humanos para el sector salud. No es un problema del número de los recursos humanos sino de la calidad de los mismos, y eso implica la necesidad de que la Universidad haga pues una evaluación de la formación que hace de estos recursos humanos, que debe ser dentro de un adecuado marco ético y humanista. Esto es muy importante para producir los recursos humanos de calidad que se requieren, y dentro de ese proceso es imprescindible que la Universidad lleve adelante sus procesos de acreditación, revisando justamente los estándares en la formación de los recursos humanos. Estos procesos de acreditación son partes de las garantías que las personas y la sociedad deben tener de que los recursos humanos para el cuidado de su salud tienen el nivel adecuado de competencia e idoneidad. Es muy importante que haya una certificación de las condiciones en las que se forman las nuevas facultades de medicina, que a todas luces ha llegado a un número excesivo y está poniendo en peligro la calidad de la atención de las personas.

Otro aspecto que nos parece clave es la educación de Post-Grado en las universidades, que ha estado básicamente orientada a la formación de especialistas. Lo que ahora es indispensable es la formación de líderes para el proceso de reforma en el país. Este es un ámbito importante que debe ser asumido cada vez con mayor fuerza en la formación de Post-Grado. Otro elemento es la investigación que debe desarrollar la Universidad.

Dr. Oscar Bueno: Quisiera puntualizar que necesitamos que los profesionales de salud que salen de las

universidades sean más críticos en términos de sus capacidades de análisis respecto de la situación que enfrentan, de los objetivos y de la misión del sector, y de todos los avances que hay actualmente en la oferta tecnológica, en la oferta del conocimiento general. Esta posibilidad de ser críticos estaría cubriendo el peligro de ser acríticos a la hora de incorporar tecnologías, a la hora de incorporar metodologías en términos de su aplicabilidad a nuestra realidad.

Otro concepto, es que en este momento la salud pública como entidad del conocimiento sanitario se está configurando; todavía no termina de cristalizarse un nuevo entendimiento de lo que es la salud pública, las salidas administrativas no son suficientes. Creo que la Universidad debe ser el foro en el cual empecemos desde nuestras experiencias y desde el avance de la ciencia y la tecnología la renovación de este concepto de lo que es salud pública. Así debe alentarse la investigación en las universidades, con el fin de crear el conocimiento nacional necesario para nosotros como Ministerio. A raíz de todo este proceso de reforma, hemos adquirido mucha experiencia en transferir capacidades al personal de salud, fundamentalmente alrededor del apoyo de la gestión de los establecimientos de salud. Pero la oferta realmente es pobre, además la oferta es academicista. Esta oferta no ayuda a solucionar los problemas a la gente que está siendo capacitada para tener nuevas competencias, pues se hace en función de ideas abstractas, de ideas todavía no desarrolladas y que no surgen de la experiencia concreta. Entonces allí hay un largo tramo que se tiene que recuperar, según el Dr. Sánchez Moreno había manifestado, en lo que es educación continua, como también en todos estos avances de educación permanente, de educación en el trabajo, de todos estos conceptos de investigación operativa. Por último, quiero resaltar la certificación y recertificación de los profesionales. Allí la Universidad es fundamental para garantizar la calidad.

Dr. Sánchez Moreno: La intervención del Dr. Bueno sobre la falta de la crítica me motiva a hacer dos comentarios: en primer lugar, hemos notado en las últimas generaciones de médicos una diferencia enorme en la capacidad de crítica con lo que fueron nuestras promociones. Creo que mucho tiene que ver la pérdida de la estabilidad laboral. Presido una Academia de Salud donde se ve intervenir poco a los jóvenes; cuando están a solas sí hablan, en grupo no hablan; y esto es grave como futuro.

La investigación es un punto crítico, coincido totalmente con lo que se ha dicho; es decir, si no se da un vuelco como país para la investigación requerida en el campo de la salud, poco realmente es el servicio que hará la Universidad al desarrollo sanitario nacional.

Una investigación publicada hace poco reveló que el 2,5% de las investigaciones sobre reforma habían sido hechos por universidades. Un porcentaje muy pequeño de la proporción de investigación o de conocimientos nuevos generados en reforma fue hecho por la universidad peruana, lo cual es un obstáculo importante para el desarrollo de la reforma y en general para la posibilidad de desarrollar políticas sanitarias en el futuro.

Yo creo que ése es uno de los consensos más importantes que se han establecido hasta ahora, y a nosotros nos complace sumamente el encontrar que hay muchos más lugares comunes que los que esperábamos. Ojalá esto sea un punto de partida para poder seguir trabajando en ese sentido.

BALANCE DE LA REFORMA

¿Qué balance podríamos hacer sobre lo actuado en el proceso de reforma?

Dr. Julio Castro: Es necesario tener en cuenta que este es un gobierno que está por terminar 10 años, o sea 2 períodos gubernamentales. Con relación a los déficits, es posible identificar los siguientes: primero, este gobierno no ha priorizado la salud en el país, creo que esto ha sido sumamente claro durante sus primeros 5 años de gobierno y hasta ahora no le da importancia política y se traduce en los escasos recursos para el sector salud. Este no ha sido priorizado por el gobierno como un sector social importante para hacerlo una de sus políticas fundamentales.

En segundo lugar, un elemento que ha caracterizado las iniciativas del gobierno en este campo ha sido la falta de diálogo, el autoritarismo, la no búsqueda de participación y compromiso para involucrar a todos los actores en los cambios necesarios a llevar adelante en el sector salud.

Un tercer problema está en una contraposición de propuestas y objetivos en el nivel presidencial y en el ámbito sectorial específico. Para el Presidente de la República, la Reforma de Salud ha sido la Planifica-

ción Familiar y, peor aún, la anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV). Éste es un tema que ha causado graves problemas en el sector salud y que ha desvirtuado el proceso de reforma.

En cuarto lugar, creo que es importante señalar que un déficit negativo central ha sido el tema de descuido y maltrato a los recursos humanos en el sector salud, no sólo relacionado con las condiciones remunerativas tan postergadas, con la falta de atención y solución a sus problemas, sino con la existencia de un entorno laboral en el que se han perdido motivaciones para un mayor compromiso con el sector. A esto se agrega el hecho que los cambios han sido impulsados desde un sector dentro de la alta dirección del Ministerio y no ha buscado comprometer ni siquiera al conjunto de ésta. Otro punto que también es importante señalar es la centralización con la que se ha manejado el sector, que ha terminado con todo lo que se había avanzado en este campo.

Es posible encontrar algunos elementos a destacar. Primero, la rehabilitación de los servicios de salud. Como sabemos, la crisis de la década del 80 y la propia aplicación del shock a inicios de este gobierno condujeron a una situación de parálisis y colapso de los servicios de salud, de la cual se han venido recuperando paulatinamente. Segundo, también ha habido una ampliación de la cobertura, pero que no logra alcanzar los niveles de otras etapas.

Cuando se habla de los logros no hay que compararlos con la situación de inicios de la presente década, porque siempre nos estaríamos comparando con un "enano" que fue la condición a la que llegaron los servicios de salud. Hay que compararla con los máximos niveles alcanzados en el sector. Por ejemplo, hay una retracción de la cobertura de la seguridad social. No se ha alcanzado los niveles que alcanzó el IPSS a mediados de la década del 80 en la que llegó hasta el 32% de cobertura de la población; hoy día está entre 20 y 22%. Sin embargo, el programa de Salud Básica para Todos, ha logrado hacer una ampliación de cobertura y una ampliación de servicios que es importante. Otro elemento a señalar es que se constata una recuperación del gasto público en salud; repito, llegamos hasta menos del 1% del PBI en el 91 y 92, y estamos paulatinamente subiendo y ya estamos en gasto público que supera el 2%. Algo destacable son las experiencias parciales de participación, que nos parecen importantes pero que tienen una serie de limitaciones. Es importante además señalar que esas experiencias de participa-

ción pueden finalmente derivar hacia una situación totalmente inconveniente, innecesaria si se imponen tendencias de hacerlas instrumentos para desligar al Estado de su responsabilidad en la conducción de servicios, y producir una autonomización total, en donde la comunidad es la que finalmente se encarga del financiamiento y administración de los servicios. Los aplicadores de estos cambios han hecho del CLAS, por ejemplo, no un proceso de la participación social sino un instrumento de administración para la eficiencia en el gasto, para descargar responsabilidades del sector en la comunidad.

Dr. Sánchez Moreno: Si se enfoca el balance desde el punto de vista del Gobierno, estoy de acuerdo con el Dr. Julio Castro, en que todos los gobiernos tienen aspectos positivos y negativos; por ejemplo, para mí fue una gran satisfacción que la planificación familiar haya sido acogido por este gobierno, y con ello se ha dado un salto importantísimo con relación a gobiernos anteriores. Por supuesto, no estamos de acuerdo con los excesos que hubieron con la anticoncepción quirúrgica voluntaria (AQV), que nosotros en el Decanato del Colegio Médico tuvimos que llamarlo en nuestro mensaje de despedida AQO, porque más parecía una anticoncepción quirúrgica obligatoria. Felizmente esto ha comenzado a corregirse.

Pero con relación al balance de la reforma, tenemos que decir en primer lugar que no nació de un plan del Gobierno. Sabemos que nació del Fondo Monetario, del Banco Mundial. Entonces ésta es una imposición, de orientación francamente neoliberal, no un proceso de concertación, ésa es la primera conclusión. En segundo lugar, la primera reforma en salud de este Gobierno se refirió solo a la Seguridad Social y que fue normada por el D. Leg. 718 que se promulgó en noviembre de 1991 y murió en 1995 después que fracasó el Dr. Jaime Freund como Ministro de Salud. Dicho Decreto Legislativo fue derogado, primero por el D. Leg. 887 y después por la Ley 26790. El segundo proceso de reforma está normado por las leyes 26790 y 26842 y diseñan un régimen contributivo y un régimen subsidiado. El régimen contributivo que es básicamente la ley 26790 que crea las EPS, ha fracasado. Solamente hay una EPS autorizada para 44.450 asegurados, que equivale al 0.18% de la población peruana. Un proceso similar está ocurriendo en Chile que después de más de 15 años sólo tienen el 29% de la población, y en Colombia que tiene ya 5 años y 33% de la población. El caso peruano prácticamente ha fenecido.

En los 21 meses que le quedan no tiene ninguna posibilidad de seguir desarrollando y estoy seguro que sea cual fuera el gobierno el año 2000, no podrá continuarlo, porque la realidad ha expulsado esta reforma. La reforma ha cometido además el error de buscar el debilitamiento del IPSS. La aplicación de paquetes básicos que solamente incluyen atenciones del primer y segundo nivel equivalentes a 30 ó 40 dólares como máximo al año por cada peruano pobre va a afectar gravemente a la atención de salud, al desarrollo de la medicina nacional, y por tanto a la formación de profesionales y a la investigación. Fomentará profesionales ansiosos por realizar algunos actos médicos a través de la demanda, para juntar en el curso de las semanas o meses ingresos semejantes a un haber. Esto entonces también está condenado al fracaso. Si en Colombia no es factible con 150 dólares al año, es claro que en el Perú no tendrá la más mínima factibilidad con 35 ó 40 dólares al año.

Por otro lado, ya hemos señalado que el documento del Ministerio de Salud también pretende ir reduciendo al personal en el sector Salud, inclusive incentivando sus renunciaciones. Termino diciendo que, por todo lo que hoy se ha expuesto, una evaluación técnica y académica de lo que ha ocurrido no puede llevar a otra conclusión que no sea que esta reforma, tanto en su régimen contributivo como subsidiado, es decir, sus leyes 26790 y 26842, ha fracasado.

Dr. Oscar Bueno: Evidentemente, como en todo, hay dificultades y logros que resaltan. Quisiera enfocar lo que ha sido el proceso de la Reforma para el sector; el proceso de reforma se ha generalizado, los trabajadores del sector están interesados en el tema e inclusive ya han incorporado una serie de elementos que los consideramos positivos para avanzar. Revisando un poco sobre nuestra historia de anteriores procesos, diría que lo que estamos viviendo es comparable a toda aquella motivación que se despertó en los trabajadores del sector salud con la Atención Primaria de la Salud, y en estos términos yo recalco la posición de liderazgo que ha tenido el sector y el Ministerio de Salud, considerando otros liderazgos que también son conocidos, como los que representan las dos ilustres

personalidades que me acompañan. Respecto a los planteamientos de este proceso que estamos comentando, de repente con diferentes enfoques, unos de fracaso y otros más optimistas, como el mío, hay cosas en el contexto y la doctrina que no hay posibilidad de darle vuelta atrás, como el colocar en el centro del entendimiento de esta reforma a la equidad, la lucha contra la pobreza, la primacía de la persona humana, la incorporación de nuevas formas de dar la atención de salud en términos de calidad, y muchos términos más que también ya están planteados y hay necesidad de revalorar. Ejemplo de ello también es todo lo referente a salud colectiva en este país, todo lo que es salud pública, la crítica al modelo recuperativo porque no ha resuelto los problemas del país. Esta reforma está permitiendo el mayor desarrollo de la salud colectiva, de una nueva forma de atender la salud que no sea únicamente a partir del acto médico. También es importante la capacidad de respuesta de los trabajadores y los funcionarios de salud a pesar de una situación difícil en términos de lo que corresponde retribuirles por su dignidad y el trabajo que desarrollan. Hay que resaltar la motivación de los funcionarios de trabajar para modernizar, para mejorar, para incorporar las novedades que realmente le son útiles.

Las experiencias de participación tipo CLAS, que posiblemente son restringidas y de repente son materia de mayor desarrollo para construir los términos de democracia y participación ciudadana, creo que son importantes. Estamos, me parece, en un contexto difícil de avance, a pesar de ello se ha logrado un balance positivo. Y pienso, además, que la reforma no se va a resolver en dos años ni en cinco. Entiendo que fundamentalmente esta necesidad de diálogo que demandamos, y que es muy positiva, no se da en términos de la mera conversación sino de diálogo concreto acerca de las acciones que venimos desarrollando y proponiendo.

Quiero finalizar mi intervención, expresando, como lo diría el propio Dr. Sánchez Moreno, la felicidad de estar en el Alma Mater, estos Claustros Universitarios, estos lugares que dieron lugar a nuestros primeros sueños de servicio al país.