



Acceso a  
**SALUD**  
como base del desarrollo social

**Alexandro Saco**

Antes que un recuento estadístico de los distintos indicadores sanitarios, este artículo presenta una perspectiva sobre uno de los temas clave de la salud pública: el acceso a salud. Esto nos permitirá ir visualizando las expectativas, limitaciones, oportunidades y resistencias que implica la ampliación del acceso a salud de peruanos y peruanas, en la perspectiva de consolidar el derecho a la salud.

### Hacia la seguridad social en salud

¿Cómo así la búsqueda de la seguridad social en salud, en el marco de la seguridad social integral, constituye hoy un elemento para lograr cambios en la realidad sanitaria nacional?

Si se sigue el discurso de los líderes de opinión o políticos, observamos que no se pone el mismo énfasis como sucede con la educación, para señalar que la salud es responsabilidad central del Estado. La indiferencia hacia la salud demuestra la incoherencia de los dirigentes nacionales. Irónicamente la salud pública, al ser un campo que cruza transversalmente casi todas las políticas públicas, es el principal enfoque de desarrollo social que podría asumirse.

Frente a esta realidad, la mayoría de organizaciones que trabajan en el campo de la salud pública han llegado a un consenso en relación a la ampliación del acceso a salud; no así los actores que se ubican fuera del campo de la salud. Pero para que se dé un avance profundo se deben desplegar mecanismos y políticas públicas. Actualmente la principal de estas políticas impulsada desde el Estado es el denominado Aseguramiento Universal en Salud (AUS).

Al respecto en el Congreso de la República se presentaron ocho proyectos de ley, uno de ellos vía iniciativa ciudadana<sup>1</sup>, que han derivado en el dictamen de la Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud. La actual gestión del Ministerio de Salud (MINSA) ha hecho del AUS una de sus principales banderas de reforma y ha impulsado decididamente la aprobación de

la norma. Pero por distintas razones el Congreso aún no ha aprobado la norma<sup>2</sup>.

Así, se empezaría el 2009 con los pilotos de AUS en tres regiones del país abarcando a toda la población y en algunas zonas de otras cuatro regiones. Las regiones en las que se aplicaría el AUS, pasando de cubrir el 20% de causas de muerte y enfermedad a cubrir el 45% de éstas para toda su población serán Ayacucho, Huancaavelica y Apurímac. Y en las regiones Piura, La Libertad, Lambayeque y San Martín, los pilotos de AUS se aplicarán en algunas mancomunidades distritales y distritos.

Pero ¿es el aseguramiento universal en salud la garantía del acceso progresivo a salud de todos los peruanos?, ¿o el adjetivo universal es en sí mismo engañoso y puede derivar en confusiones ya que no se está aplicando una real universalización poblacional ni de las atenciones a cubrir? Los promotores de este mecanismo, como el actual Ministro de Salud y el Presidente de la Comisión de Salud del Congreso, señalan que se trata de la garantía de acceso a salud de los peruanos y peruanas. Pero esa perspectiva es discutible, debido a las razones que pasamos a exponer.

### Lógicas para lograr acceso a salud

Existe la necesidad de enmarcar el AUS en un contexto mayor: el de la seguridad social en salud, y éste a su vez en la seguridad social integral. Convertir el AUS en un fin en sí mismo, no es lo más oportuno para enfrentar la precariedad sanitaria nacional. Ello porque la lógica del aseguramiento, que responde a la lógica de los seguros, no es una que se fundamente en el derecho a la salud, sino en el riesgo. Existe diferencia entre el ejercicio del derecho a la salud y la determinación de los riesgos en salud. El derecho a la salud es antes que nada integral, abarca más que el aspecto recuperativo o la determinación de las coberturas sanitarias;

<sup>1</sup> ForoSalud, en alianza con distintas organizaciones sociales agrupadas en la Alianza por el Aseguramiento Universal y con el apoyo del Colegio Médico del Perú, presentó vía iniciativa legislativa la ley de Universalización de la Seguridad Social y Aseguramiento Universal en Salud, que fue respaldada con la firmas de más de 70 mil ciudadanos.

<sup>2</sup> El 19 de marzo de 2009 el Congreso aprobó finalmente la ley Marco de Aseguramiento Universal. Esta norma obvia asuntos clave como: la sostenibilidad de financiamiento para el aseguramiento universal en salud, no se hace referencia a las fuentes de las que procedería el dinero para ampliar el acceso a salud; se deja de lado el avance en la integración efectiva del MINSA y EsSalud; no se incorpora a la sociedad civil en el directorio de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento en Salud, y se mantiene esta instancia con representación únicamente estatal. Sin embargo es oportuno señalar que a pesar de sus limitaciones el país va a tener un nuevo escenario en relación a acceso a salud, del que posiblemente parta el inicio de la uniformización de los prestadores de salud que deberán cumplir garantías de oportunidad y calidad en las atenciones de salud.

## ACCESO A SALUD

mientras que el aseguramiento, al provenir de un esquema de costo beneficio, puede limitar el ejercicio pleno del derecho a la salud al poner énfasis en lo recuperativo, dejando de lado lo promocional o aspectos como la relación de salud y ambiente, por citar sólo un caso.

Lo señalado no significa que el AUS deba ser descartado en nuestro contexto sanitario. Al contrario, dada la realidad en relación al acceso y a la calidad de los servicios, es preferible contar con una norma o aplicación limitada y perfectible, a no contar con esta estrategia que puede otorgar el impulso necesario para la ampliación del acceso a salud. Frente a esa situación es imprescindible ganar el debate en el sentido de ir más allá del AUS tal y como se plantea hoy, para verlo como lo que es: un mecanismo de ampliación del acceso a salud.

No se trata de un debate menor. En ámbito global esta discusión no se ha resuelto. Existen sectores que apuntan a la ampliación del acceso y del derecho a la salud a través de sistemas de aseguramiento con paquetes diferenciados y progresivos en la incorporación de atenciones; y propuestas que apuntan a la existencia de sistemas nacionales de salud que garanticen el acceso y las coberturas a toda la población sin necesidad del aseguramiento. Costa Rica es un ejemplo de acceso a la salud desde una óptica de aseguramiento que ha logrado garantizar salud casi a la totalidad de su población; España desde su sistema nacional de salud ha logrado dar atención en salud a toda su población sin aplicar la lógica del aseguramiento.

En ese contexto lo necesario es que el Estado peruano defina el modelo de acceso a salud que pretende implementar en la perspectiva del siglo XXI, y que los mecanismos y las normas que se apliquen vayan en la dirección de integrar a los actuales sub sistemas o prestadores de salud existentes. Es decir, no se puede aspirar a contar con un sistema de salud medianamente operativo si no se enfrenta la bicefalia existente en la que el MINSA y EsSalud son casi dos ministerios de salud. Si bien la unidad de los fondos de ambos entes es un asunto para el que hay que trabajar en el mediano plazo creando las condiciones a través de la integración progresiva, es necesario que el tema de la creación de un sistema nacional de salud sea uno de los ejes de la reforma sanitaria.

## Tímidos impulsos

A pesar de las observaciones señaladas, en la posible aplicación del AUS se han logrado incorporar, expresa y transversalmente, algunos aspectos que van en el sentido de un tímido impulso a la participación social y a la regulación de los prestadores de salud.

- Incorporación transversal de garantías de oportunidad y calidad, lo que significa establecer estándares de cumplimiento obligatorio para todos los prestadores. En el caso de la oportunidad las garantías implican que los diagnósticos, intervenciones u otros procesos al interior de los servicios de salud, deberán cumplirse en plazos exactos de acuerdo a cada realidad. En el caso de las garantías de calidad, éstas implican que los servicios de salud deben aplicar estándares como la atención por tal o cuál profesional frente a determinado procedimiento o prescribir medicamentos de calidad; de ser aplicadas éstas garantías redundarían en beneficio de los usuarios y en caso de incumplimiento podrían judicializarse.
- Validación del Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS). La propuesta legal para el AUS no señala que este instrumento PEAS deba ser elaborado con la participación social, pero se han producido señales desde el MINSA en el sentido de que al menos se procedería a una validación en la que organizaciones de la sociedad puedan exigir las prestaciones o los enfoques que se deberán aplicar e incluir en ese plan, teniendo en cuenta especificidades regionales, de género y otras. Este PEAS se renovarían cada dos años.
- Creación de la Superintendencia Nacional de Aseguramiento sobre la base de la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud. Esta propuesta está planteada en la norma sobre AUS; pero lo más indicado sería transitar hacia una superintendencia u órgano independiente con capacidad sancionadora para la totalidad de la oferta de salud y no sólo para los que brindan planes de aseguramiento. La propuesta de constitución de este órgano no incorpora en el directorio de la referida superintendencia la participación de la sociedad organizada o

de redes de pacientes, que sin duda deberán estar representados.

¿Resultará siendo suficiente impulso la aprobación de una ley de AUS o la implementación de éste? A la luz de las expectativas que generaría el AUS en la sociedad y en el sector sanitario, la norma o la aplicación de este mecanismo abarca también un aspecto simbólico, en el sentido de crear condiciones para empujar la ampliación del acceso a salud.

### Primero la gente

Lo señalado deriva en la necesidad de incrementar sustancialmente al presupuesto de la salud pública nacional, más aun en periodos de crisis internacional como el actual, ya que la inyección de recursos en un sector de llegada directa a la gente y con necesidad de infraestructura, contribuiría a una política económica anti cíclica. Es indicativo que en una década de crecimiento económico habiendo el país casi triplicado su PBI, esas cifras no se hayan traducido en un incremento de la inversión en salud.

No es exacto que el desarrollo se produzca cuando el crecimiento económico permite destinar ciertos recursos a sectores como educación y salud. Amartya Sen y Bernardo Klinsberg en su libro *Primero la gente*, demuestran con evidencia que varios de los países que se han desarrollado en la segunda mitad del siglo XX, lo hicieron justamente luego de invertir en salud y educación y no esperando condiciones macro económicas que nunca llegan para ello.

Pero la salud pública no se reduce a los campos clínicos o financieros, sino que es en sí misma un elemento constitutivo de cualquier proceso de desarrollo social. La inversión en salud, la reorganización sanitaria, el acceso inscrito en la seguridad social, la relación e interacción con otros sectores, son elementos que conforman un enfoque de desarrollo porque redistribuyen riqueza. Lamentablemente en el país a lo largo del siglo XX los gobernantes han privilegiado la visión bio clínica en el desarrollo de la salud pública, lo que ha permitido que sea el enfoque médico el que detente la autoridad sobre el sistema sanitario y las acciones que se dan en este.

Frente a eso se ha avanzado al prevalecer hoy un discurso desde la salud pública que va más allá de lo médico. Lo clínico es una parte relevante de la salud pública, pero debe ser ubicado en su contexto, para así abrir la posibilidad franca de ver a la salud como posibilidad de inter sectorialidad, en la que distintos enfoques como la relación con el ambiente, género, territorio, inter culturalidad y otros sean aplicados.

### ¿Sistema y solidaridad?

En el país no existe un sistema de salud, así muchos teóricos lo sostengan. Lo que tenemos es una variedad de prestadores de salud que más allá del MINSA se manejan en lógicas distintas sin responder a criterios ni estándares mínimos de uniformidad. Es importante en un análisis sobre el acceso a salud mencionar la proliferación de los llamados Hospitales de la Solidaridad impulsados por el Municipio de Lima, que se presentan como una alternativa a la falta de servicios. En ese sentido es necesario levantar la evidencia que sostenga lo que se conoce en la práctica. Estos hospitales de la solidaridad son casi una franquicia que el Municipio de Lima entrega a empresas que los instalan sin ningún estándar ni control del MINSA en distintos distritos de Lima y en algunas ciudades del país.

Para el ciudadano común y corriente acceder a una oferta de salud más cercana a su hogar y a consultas más rápidas, puede resultar en primera instancia positivo, pero al no estar estos hospitales engarzados a los demás prestadores de salud, es muy poco lo que pueden hacer cuando se presenta una dolencia mayor. Al no contar con implementos ni instalaciones que permitan por ejemplo realizar intervenciones quirúrgicas, lo que sucede es que los médicos o demás profesionales que ahí se desempeñan, terminan derivando a los pacientes a servicios otros servicios privados que cuentan con mayor resolución.

En concreto, los Hospitales de la Solidaridad pueden curar una gripe o una infección estomacal, pero si se presenta un problema grave, los que terminaran absorbiendo esa demanda son otros establecimientos privados sin proteger las necesidades de salud integral de la población. La precariedad de estos hospitales, en los que médicos y demás trabajadores de salud

## ACCESO A SALUD

laboran al destajo, se evidencia sin atenuante cuando vemos que la mayoría están instalados en antiguos containeres de acero utilizados en transporte de mercancías por vía marítima, y se ubican en zonas no destinadas a un servicio público como las aceras de las grandes avenidas de la ciudad.

### A modo de conclusiones

- El acceso a salud de calidad va de la mano con la incorporación de un discurso y acciones que vean a la salud como uno de los motores clave del desarrollo social. La inversión en salud permitirá en el mediano plazo ahorrar importantes cantidades de recursos que hoy al no existir prevención ni promoción de la salud en la medida adecuada, se destinan a curar enfermedades prevenibles o catastróficas, lo que empobrece a distintos sectores sociales.
- El AUS debe ir en paralelo al impulso de la participación social informada en las decisiones sobre la salud local o nacional. Debe incorporar perspectivas y enfoques de género, interculturalidad, de relación adecuada con el ambiente. El AUS no es la garantía de acceso a salud, sino un mecanismo. Por ello es urgente que el Estado peruano defina el modelo de protección social en salud a desarrollar en el siglo XXI.
- Los actores sociales en el campo de la salud vienen ejerciendo importante influencia en el sentido común y en los discursos que desde los gobiernos sectoriales en salud se aplican. Una serie de organizaciones entre las que se distingue ForoSalud, han logrado a través de procesos participativos como las Conferencias Nacionales de Salud, influir decididamente en la agenda sanitaria nacional.
- Existe un debate pendiente en la salud pública, que principalmente se observa en relación a las políticas de salud sexual y reproductiva, pero que es transversal a una serie de acciones en las que grupos de presión económica o religiosa pretenden influir, a veces con éxito en decisiones que nada tienen que ver con lo comercial o lo confesional. La salud pública no debe admitir injerencias confesionales ni ser campo de lucha de intereses comerciales antes que de intereses públicos.
- Si bien es cierto que la salud en el país no es un derecho consolidado, que la mayoría de la población está desprotegida frente a una enfermedad y que los servicios de salud públicos no están a la altura de las exigencias de salud, es necesario observar esta realidad con un ánimo transformador partiendo de consensos logrados e incorporando perspectivas innovadoras provengan de uno u otro espectro político.