

# Reforma del sistema de salud en el Perú

## Health reform in Peru

Jorge E. Uceda del Campo

### INTRODUCCIÓN

La reforma de la salud ha sido mencionada políticamente en Perú por décadas. A finales del siglo XX, ya se hablaba de los sistemas de salud como el conjunto de organizaciones, instituciones y recursos encaminados a mejorar la salud de las personas. También se identificaban sus tres principales componentes, financiamiento, gestión y atención. En el año 2000, la Organización Mundial de la Salud publicó un estudio de los sistemas de salud de 191 países, en el que Perú se encontraba en el tercio inferior.<sup>1</sup>

Pedro Brito, especialista de la Organización Panamericana de Salud, publicó en 2002 un exhaustivo estudio sobre planificación de recursos humanos y reformas del sector salud, donde reconoció su escasa vigencia en América Latina y afirmó que “es la hora de un cambio radical de los modelos y prácticas de gestión de recursos humanos”, con el fin de lograr atención de calidad y condiciones decentes de trabajo.<sup>2</sup> Poco o nada se ha avanzado desde aquella publicación. Un estudio reciente sobre el estado de la salud en Perú afirmaba que “hay que mejorar la dotación de recursos humanos en el sector” y advertía que “la transición será extensa y no ajena a replanteos”.<sup>3</sup>

Los gobiernos actual y anterior han llevado a cabo algunas iniciativas en el sector, a través de sus diferentes ministros de Salud. Todas ellas han sido consideradas como parte de un proceso de reforma de la salud. Por su parte, el Congreso de la República está por proponer

una reforma del sistema nacional de salud. La prensa ha comentado sobre las asociaciones público-privadas que han aparecido recientemente y en algunos casos han catalogado tales acciones como la reforma de salud. En realidad, se está invirtiendo en la construcción de hospitales y otros centros de salud, así como incrementando los presupuestos del Sistema Integral de Salud, si bien el actual ministro ha declarado, en noviembre 2014, que 50 % de la población carece de seguro de salud.<sup>4</sup> En general, es evidente la ausencia de una planificación integral para lograr una reforma seria y moderna.

La reforma de la salud es un proceso largo y costoso que abarca al Estado, las instituciones, los gremios y las profesionales del sector Salud. Los beneficiados deben ser todos los peruanos, sin distinción de sexo, raza o condición socioeconómica. Esto hace imperativo que el plan de reforma debe ser integral y conocido por la población.

Asimismo, el proceso debe incluir no solo a las instituciones médicas, sino también a las ramas paramédicas, es decir Enfermería, Obstetricia, Odontología, Tecnologías radiológica y de laboratorios, Farmacología y, en especial, a los organismos encargados de agua y saneamiento, que naturalmente incluye a la Ingeniería sanitaria. No cabe duda que el financiamiento de tamaño empresa tiene que involucrar a profesionales economistas del más alto nivel, para lograr una planificación de salud realmente factible. Los médicos debemos sentirnos responsables de liderar el cambio con nuestro ejemplo y, por esto, este trabajo representa la reforma de la Salud relacionada en primer lugar con las ciencias médicas.

Jefe de Cirugía pediátrica, Denver General Hospital, Denver. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Mayo Clinic, Rochester, Minnesota. Hospital Edgardo Rebagliati Martins.

Finalmente, es preciso aclarar que la salud tiene dos componentes, la salud pública o preventiva y la asistencial o reparativa. La salud pública se concentra en poblaciones y busca mantenerla en sus aspectos físico, mental, intelectual, social, medioambiental y espiritual, a través de acciones colectivas. La salud asistencial se aplica en individuos, para diagnosticar y tratar la enfermedad y prevenir su recurrencia. En Perú, la salud pública tiene un mayor impacto que la asistencial, debido a las carencias socioculturales que generan desigualdades, pobreza, hambre, desnutrición y enfermedad. El despegue económico de las últimas décadas ha logrado disminuir las cifras de pobreza, pero sin una reforma del sistema de Salud, el progreso nunca alcanzará a las grandes mayorías. Por otro lado, las deficiencias en la salud asistencial solo las experimentan los ciudadanos que sufren en carne propia malas prácticas profesionales, aquellos que no pueden acceder a una atención de calidad y los excluidos que viven en áreas alejadas y olvidadas.

## ACTUALIDAD PARA PROPONER LA REFORMA

- La población, en recientes encuestas, conceptualiza a la salud como de mala calidad.
- El economista barcelonés Xavier Salas -i- Martín creó el *Global Competitiveness Index* (GCI), empleado desde 2004 por el *World Economic Forum*, en su publicación anual *Global Competitiveness Report*. En el reporte 2010-2011, Perú ocupaba el puesto 73 entre 142 países. La prensa omitió explicar la metodología empleada, consistente en el estudio de 12 pilares, uno de los cuales tenía que ver con nuestro pobre *ranking* en salud y educación. Así han pasado los años hasta que el GCI 2014-2015 muestra que el país permanece estancado en el puesto 65 (fue 67, 67 y 61, respectivamente, en los tres años anteriores) a pesar de su crecimiento económico. Sucede que sigue cayendo en 8 de los 12 pilares mencionados. En salud estamos en el puesto 94 de 144 países, Perú apenas salió del tercio inferior en que lo colocaba la OMS en el año 2000.<sup>5</sup>
- Nada mejor que los congresos médicos nacionales e internacionales para apreciar el constante incremento de la brecha científica con países del primer mundo.
- Los indicadores de la salud que se especifican en la Tabla 1.

**Tabla 1.** Indicadores de salud en Perú

1. Tercio inferior entre sistemas de Salud de 191 países (OMS 2000)<sup>1</sup>
2. Puesto 94 entre 144 países (*Global Competitiveness Index* 2014-2015)<sup>5</sup>
3. Aproximadamente 40% de la población carece de seguro médico (Enaho 2010). Según el INEI, la cifra para 2014 sería de 32%, pero el ministro de Salud declaró en noviembre de 2014 que "50% de la población peruana no tiene seguro de salud".<sup>6,4</sup>
4. Mortalidad infantil en menores de cinco años (18/1000 niños nacidos), puesto 11 de 21 países latinoamericanos (OMS 2014).<sup>7</sup>
5. Incidencia de tuberculosis en 2002 (29 760), segunda mayor incidencia en 21 países latinoamericanos (OMS 2014)<sup>7</sup>
6. Carencia de agua potable, 13% de la población, puesto 17 de 21 países latinoamericanos (OMS 2014).<sup>7</sup>
7. Carencia de alcantarillado, 27% de la población, puesto 15 de 21 países latinoamericanos (OMS 2014).<sup>7</sup>
8. Gasto en salud, 283 dólares per cápita, puesto 14 de 21 países latinoamericanos (OMS 2014).<sup>7</sup>
9. Numerosas escuelas de medicina (34) que gradúan médicos mal preparados y sin indicadores confiables de competencias. Muchos no pueden conseguir puestos de trabajo y emigran. Los cursos de Medicina familiar y Medicina comunitaria no son reconocidos oficialmente.<sup>8</sup>
10. En 2013 habían 60 000 médicos colegiados, dos tercios eran médicos generales y un tercio, especialistas. En Lima trabajaban 60% de los médicos generales y 70% de los especialistas. Las especialidades médicas funcionan sin un ente rector que apruebe sus respectivos programas de entrenamiento y certifique, mediante examen, las competencias de tales especialistas.<sup>9</sup>

## ORGANIZACIÓN DE UN PLAN DE REFORMA DEL SISTEMA DE SALUD EN PERÚ

### ADECUACIÓN LEGAL

En agosto de 2002 se promulgó la Ley 27813, que creó el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud.<sup>10</sup> Su reglamento se aprobó por Decreto Supremo al año siguiente. La ley tenía por finalidad coordinar el proceso de aplicación de la política nacional de salud, mediante la coordinación en forma descentralizada los



programas de todas las instituciones de salud. La rectoría fue asignada a un Consejo Nacional de Salud, presidido por el ministro de Salud y conformado por las siguientes instituciones: Ministerio de Salud, Viceministerio de Saneamiento, Seguro Social de Salud, Asociación de Municipalidades del Perú, sanidades de las Fuerzas Armadas y de la Policía Nacional, servicios de Salud del sector privado, Asamblea Nacional de Rectores, Colegio Médico del Perú, trabajadores del sector y organizaciones sociales de la comunidad. Finalmente, mencionan tres niveles organizacionales, nacional, regional y local.

Sin embargo, la coordinación nunca se pudo llevar a cabo debido a que las instituciones componentes del sistema continúan tan fragmentadas como antes. Uno importante es Essalud, cuyo ente rector es el Ministerio de Trabajo. La Sanidad Militar depende del Ministerio de Defensa. El sector privado tiene sus asociaciones público-privadas. El nivel local se ha multiplicado enormemente en cuanto a organización y dependen ahora de los gobiernos regionales.

Todos estos años hemos sido testigos de una serie de iniciativas tendientes a elaborar y eventualmente promulgar una nueva ley del sistema nacional de salud. Estas discusiones deben ser debatidas y presentadas a la población antes de considerar su promulgación. Un proceso iniciado sobre bases sólidas requiere continuidad y el apoyo de instituciones maduras y de la ciudadanía.

## PLAN NACIONAL DE AGUA Y SANEAMIENTO

Sin agua y saneamiento no se puede tener salud. Se ha estimado en diez mil millones de dólares la inversión necesaria para solucionar este problema durante la próxima década. A pesar del atraso en este importante rubro, es evidente que estamos lejos de logros impactantes, si bien debe quedar claro que este plan nacional debe iniciarse lo antes posible.

El cambio de gobiernos es un factor determinante de la debilidad institucional y financiera del sector. Como hay falta de incentivos, ineficiencia y corrupción en las empresas públicas, hay que decidir entre privatización o concesiones a largo plazo (20 a 30 años). Se deben conservar las cuencas, promoviendo la forestación en zonas altoandinas. La planificación de los cauces de los ríos es necesaria para recargar las napas freáticas.<sup>11-13</sup>

## REFORMA DE LA EDUCACIÓN MÉDICA

Este es el paso inicial a seguir, tal como lo hicieron los norteamericanos hace un siglo. La educación superior, con honrosas excepciones, se ha convertido en un negociado que funciona a espaldas de la población. Hay una irresponsable proliferación de escuelas médicas, cuyo número actual ha llegado a 34. Se estima que 3 500 alumnos se graduaron en 2014. La Universidad es juez y parte: enseña Medicina y confiere el título a nombre de la Nación. El graduado se colegia y el carné respectivo es su licencia para ejercer la profesión. No hay indicadores de competencias. Los países avanzados administran exigentes exámenes de licenciatura que los graduados deben pasar para obtener un certificado que acredite su capacitación para ejercer la medicina. La nota de aprobación es 75 sobre 100.<sup>14</sup> Desde 2003, las facultades de medicina peruanas administran un "examen nacional de graduación" que se mantiene en reserva, pero se sabe que en 2008 los resultados de 23 escuelas mostraron un promedio global de 12,35 (61,78 sobre 100).<sup>15</sup>

El problema, como en la mayoría de universidades peruanas, es un deficiente y obsoleto sistema de acreditación. Es necesario conformar un directorio corporativo de acreditación, independiente de las escuelas y del Estado, compuesto por pedagogos y administradores médicos, especialistas en resultados basados en evidencias e informática, y contratados con el apoyo de prestigiosas fundaciones internacionales. Este organismo tendrá funciones fiscalizadoras y de control de calidad. Estará reconocido y recibirá el apoyo del Ministerio de Educación, la Asociación de Facultades de Medicina y el Colegio Médico, pero, como se dijo, debe permanecer absolutamente independiente.<sup>15</sup> Sería el equivalente al LCME (*Liaison Committee for Medical Education*) americano, creado en 1942 y compuesto en la actualidad por 17 miembros.<sup>14</sup>

Los graduados de las escuelas acreditadas se someterán a un examen nacional de licenciatura médica, administrado por un directorio nacional de examinadores médicos. Este directorio estará conformado por eminentes líderes en Medicina, especialistas en informática y delegados del Ministerio de Salud, Congreso de la República, Colegio Médico y escuelas médicas debidamente acreditadas. Este examen sería obligatorio para las últimas diez promociones y opcional pero encarecida para el resto de los médicos.

Finalmente, es imperativo promover la enseñanza de Medicina familiar y Medicina comunitaria en el país.

Este importante tema será presentado con más detalle en otra publicación.

## REFORMA DEL EJERCICIO PROFESIONAL

A los médicos con licencia para ejercer, se deben sumar especialistas con el debido entrenamiento y certificación. Es indispensable la creación de un directorio nacional de especialidades médicas, lo cual también hicieron los norteamericanos hace un siglo. Cada especialidad tendrá su directorio, que se convertirá en el ente rector que asegure una atención de calidad a la población. Esto solo se puede lograr con la aprobación de cada programa de entrenamiento por su respectivo directorio. El Conareme debe desaparecer. Al finalizar su entrenamiento, los candidatos se someterán a un exigente examen administrado por su directorio. Las asociaciones de especialistas y subespecialistas podrán formar sus respectivos directorios.

La atención en hospitales debe tener también su ente rector para ejercer un control especializado. Se debe crear un comité interdisciplinario de acreditación de hospitales, formado por ejecutivos con amplia experiencia en salud pública, manejo financiero, calidad de atención médica, seguridad del paciente, resultados basados en evidencias e informática. Debe contar con el apoyo del Colegio Médico, el Ministerio de Salud, el Seguro Social de Salud del Perú, los hospitales de las fuerzas armadas y las diversas asociaciones de hospitales en el país. Las clínicas o empresas prestadoras de salud también deben ser acreditadas mediante este mecanismo.

El Gobierno considera que inversiones millonarias en hospitales es hacer reforma. Sorprendentemente, esta ruta es elogiada por cierta prensa de circulación nacional. La actividad hospitalaria es generalmente mediocre. Las historias clínicas, reportes operatorios, etc, dejan mucho que desear. No hay seguimiento ni reportes a corto o mediano y largo plazos. La población es frecuentemente tratada despectivamente y las quejas y desaprobación son cotidianas. Una documentación seria de morbilidad y mortalidad no es conocida por las autoridades de salud. Lejos estamos del Programa Nacional para Mejorar la Calidad de la Cirugía del Colegio Americano de Cirujanos (ACS-NSQIP por sus siglas en inglés), que comenzó en 1991 y que desde 2005 se ha extendido a más de 400 instituciones, que

incluyen a 29 hospitales de niños desde 2008. Como consecuencia de estos innovadores programas hoy se estima que, anualmente, cada hospital previene de 250 a 500 complicaciones, salva 12 a 36 vidas y reduce sus costos en millones de dólares.<sup>16,17</sup>

Solo cuando el ejercicio profesional médico se organice alrededor de los directorios mencionados, el público en general podrá recibir una verdadera atención de calidad.

## ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

Aquí no nos referimos a las atenciones de salud pública, que es una responsabilidad del Estado a nivel macro o poblacional. Nos ocupamos, en cambio, de ese 80% de afecciones que motivan una consulta médica inicial y que de ninguna manera se deben atender en hospitales, sino en las postas médicas o clínicas de barrio. Idealmente, estas consultas iniciales deben ser atendidas por especialistas en Medicina familiar o Medicina comunitaria, cuya enseñanza en el Perú prácticamente no existe. Lo usual es que la universidad forma médicos para trabajar en hospitales.

La Organización Mundial de la Salud se ha expresado claramente contra gobiernos que envían cuadros inexpertos a los pobres de sus países.<sup>18</sup> El Serums (Servicio Rural Marginal en Salud), que utiliza a médicos recién graduados, debe progresivamente dar paso a las especialidades mencionadas.

La mayor inversión inicial en Salud debería emplearse en promover y equipar los puestos de atención primaria en todo el país, con la dotación de los instrumentos y maquinaria indispensables para atender adecuadamente a los ciudadanos. Los especialistas que trabajen fuera de la capital deben ser incentivados con sueldos 30% mayores. Los médicos comunitarios pueden también encargarse de los albergues de enfermos por drogas, alcoholismo y niños abandonados. Estos enfermos sociales deben ser atendidos profesionalmente.<sup>19</sup>

## ASEGURAMIENTO UNIVERSAL

Aproximadamente 40% o más de los peruanos no tienen cobertura de salud. En el año 2007, Chile y Colombia proveían aseguramiento a 96% y 88% de sus respectivas poblaciones. Se necesita un estudio financiero por un equipo de economistas peruanos al más alto nivel, ciertamente independiente de compromisos políticos o gubernamentales, para abordar esta difícil temática sin demagogia e improvisación. El gobierno debería activamente interesar a organismos



o fundaciones internacionales para sufragar el costo del estudio propuesto, ya que esta es una enorme tarea. Estudios de, generalmente, teóricos técnicos locales, con evaluaciones de propuestas regionales solo consumen tiempo y dinero. No parece haber otro camino para lograr un aseguramiento universal en Perú. Finalmente, es necesario reducir progresivamente la agobiante informalidad del país.<sup>20,21</sup>

## ACCESO UNIVERSAL A MEDICAMENTOS GENÉRICOS DE CALIDAD

Por ahora, los genéricos son prioridad. Las empresas farmacéuticas pueden y deben contribuir al abaratamiento de las medicinas. Las compras deben hacerse por una entidad especializada no gubernamental, con personal de probada honradez y eficiencia. La receta médica debe ser obligatoria para la venta de fármacos esenciales. Hay que continuar la lucha contra la mafia de medicamentos falsificados. El control de calidad de medicinas importadas debe realizarse en Perú.<sup>22</sup>

El autor de este planteamiento de reforma no tiene aspiraciones económicas o políticas. Su compromiso es con el Perú profundo y la juventud estudiosa. El sistema de salud peruano deja mucho que desear. La brecha científica entre Perú y el mundo desarrollado crece anualmente, a pesar del esfuerzo de tantos buenos profesionales de la salud que laboran en el país. Un proceso de cambios requiere de profesionales del más alto nivel así como la fuerza propulsora de un pueblo escrupulosamente informado.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. [www.who.int](http://www.who.int)-WHO/World Health Organization assesses the world's health systems, 2000
2. Brito P, et al. Planificación de recursos humanos y reformas del sector salud. *Rev Cubana Educ Med Super*. 2002;16:1-26.
3. Cetrángolo, et al. El sistema de salud del Perú: situación actual y estrategias para orientar la extensión de la cobertura contributiva. Lima; 2013.
4. Velásquez A. El 50% de la población peruana no tiene seguro de salud. *Gestión*. 2014; 11 de noviembre.
5. [www.weforum.org/reports/global-competitiveness-report-2014-2015](http://www.weforum.org/reports/global-competitiveness-report-2014-2015)
6. [www.inei.gob.pe](http://www.inei.gob.pe): Encuesta nacional de hogares. 2010, setiembre.
7. [www.who.int](http://www.who.int): World Health Organization 2014 report
8. Uceda JE. Reforma de la Salud en el Perú: cómo hacerla para la próxima generación. Libro digital. Lima; 2014. p. 95.
9. Uceda JE. Reforma de la Salud en el Perú: cómo hacerla para la próxima generación. Libro digital. Lima; 2014. p. 112.
10. *Diario Oficial El Peruano*. 2002 13 agosto, p228133.
11. <http://es.wikipedia.org>: Agua y saneamiento en el Perú. 2011 22 noviembre.
12. Corton ML. Benchmarking in the Latin American Water Sector: The case of Peru. *Utilities Policy*. 2003; 11 (3):133-142.
13. Kuczynski PP. Agua y conflicto. *Diario Correo*. 2012, 4 diciembre.
14. [www.lcme.org](http://www.lcme.org)
15. [www.aspefam.org.pe](http://www.aspefam.org.pe): Resultados Examen Nacional de Medicina. 2008
16. ACS NSQIP.org 2013
17. Bruny JL, et al. American College of Surgeons National Surgical Quality Improvement Program Pediatric: A beta phase report. *J Pediatr Surg*. 2013;48:74-80.
18. [www.who.int](http://www.who.int) La atención primaria de la salud, más necesaria que nunca. 2008
19. Uceda JE. Reforma de la Salud en el Perú: cómo hacerla para la próxima generación. Libro digital. Lima; 2014. p. 123.
20. Ley de Aseguramiento Universal en Salud, [www.congreso.gob.pe](http://www.congreso.gob.pe)
21. Alarcón Espinoza G. Financiamiento del aseguramiento universal en salud: experiencias internacionales y elementos de decisión para el Perú. Lima: Usaid; 2009.
22. Uceda JE. Reforma de la Salud en el Perú: cómo hacerla para la próxima generación. Libro digital. Lima; 2014. p. 139.

Correspondencia: Jorge E. Uceda del Campo  
[jorgeucedata@yahoo.com](mailto:jorgeucedata@yahoo.com)