



Revista Peruana de Medicina Experimental y
Salud Pública

ISSN: 1726-4642

revmedex@ins.gob.pe

Instituto Nacional de Salud
Perú

Solari, Lely

REFORMA DE SALUD EN EL PERÚ: APUNTANDO HACIA LA COBERTURA UNIVERSAL

Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, vol. 31, núm. 4, octubre-diciembre, 2014,
pp. 623-625

Instituto Nacional de Salud
Lima, Perú

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36333050002>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

REFORMA DE SALUD EN EL PERÚ: APUNTANDO HACIA LA COBERTURA UNIVERSAL

HEALTH REFORM IN PERU: HEADING FOR THE UNIVERSAL COVERAGE

Lely Solari^{1,a}

El 10 de diciembre de 2013, el gobierno peruano emitió 23 decretos legislativos que sientan las bases de la reforma de salud. Siendo prioritario para la Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública (RPMESP) el abordaje de temas relevantes en salud pública y la difusión de información que pueda ser útil para la toma de decisiones, hemos considerado pertinente dedicar un número a este tema, originalmente programado para abril-junio. Considerando que diversos grupos locales ya se han pronunciado a favor o en contra de las implicancias de la reforma, el cuerpo editorial de la revista ha visto por conveniente ampliar la visión a una más globalizada, centrando la publicación en la voz de expertos internacionales que puedan brindar una visión basada en el conocimiento científico y en las lecciones aprendidas de experiencias previas analizando las actuales tendencias para el fortalecimiento de los sistemas de salud.

El concepto que rige la salud pública en la actualidad es indudablemente el de la Cobertura Universal en Salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como: *Asegurarse de que todas las personas puedan utilizar los servicios de promoción, prevención, curación, rehabilitación y paliativos que requieran, y que éstos tengan una calidad tal que sean efectivos, asegurando que esta utilización no exponga al usuario a dificultades financieras. ...Tiene que ver con equidad, calidad y protección financiera...*⁽¹⁾. De manera saludable, la reforma planteada asume este concepto como eje, y hasta se ha utilizado el clásico "cubo" formulado por la OMS para expresar los objetivos de cobertura⁽²⁾. Es decir, gran parte de la reforma de salud gira alrededor de la ampliación del financiamiento en salud, un elemento que era necesario desde hace ya varios años. Sin embargo, lograr la cobertura universal en salud implicará mucho más que la decisión política de aumentar la inversión de recursos financieros.

En primer lugar, porque el Perú, como casi todos los países de la región, cuenta con un sistema de salud que tiene una estructura fragmentada, reflejo de su historia y ordenamiento social, con un sistema privado para los ciudadanos que pueden acceder al mismo, un sistema contributivo para los que tienen trabajo formal, un amplio sistema público "para los más pobres" y otros subsistemas correspondientes a las fuerzas armadas, todos ellos funcionando con distintos niveles de financiamiento, calidad, accesibilidad y rendimiento. En una era en la que el enfoque a la salud es el de los derechos humanos, y los derechos humanos se respetan para todos los ciudadanos sin distinción, el tener distintos tipos de servicios para distintos "tipos" de peruanos parecería una contradicción. En un escenario ideal, se podría proponer la unificación del sistema de salud, como en Brasil, situación no que contempla "paralizar" el sistema privado pero sí que pretende unificar a los subsistemas públicos, en lugar de diversificar los gestores del mismo. Esta decisión sin embargo, requiere de un compromiso y apoyo político del más alto nivel, así como de una participación ciudadana concreta, elementos sumamente difíciles de conseguir.

En segundo lugar, porque el invertir más recursos financieros en el sistema de salud no garantiza que éste mejore su rendimiento. La inversión debe de ir de la mano con la instalación de buenas prácticas de manejo financiero y evidencia científica que sustente las intervenciones seleccionadas. En este sentido, la mancomunación de fondos en pozos comunes para compras nacionales, sobre todo en un

¹ Editora científica, Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública.

^a Médica infectóloga, MSc, PhD(c)

Recibido: : 12-11-14 Aprobado: 19-11-14

contexto en el que todavía tenemos serios problemas de gestión y ejecución de los recursos financieros en las instituciones estatales, y sobre todo en las regiones, es recomendable. Todavía no existe, por el contrario, sustento científico que promueva la fragmentación de las inversiones mediante las asociaciones público-privadas, las cuales ya están siendo materializadas a través de la gestión de institutos, hospitales, construcción de infraestructura, adquisición de equipos, etc. Las asociaciones público-privadas parten del supuesto de la ineficiencia del estado para la generación de proyectos de inversión y ejecución de gasto. Fortalecer el recurso humano en competencias de gestión y administración de servicios de salud, seleccionando al personal más competente o contratando expertos donde no los hubiera, debería ser una alternativa a contemplar. Será fundamental en este contexto el monitoreo y evaluación del impacto de estas asociaciones en términos de cobertura, calidad, rendimiento y sobre todo equidad, para crear la evidencia que sustente su sostenibilidad a largo plazo u oriente los ajustes necesarios en un país en el que cada nuevo sol importa ⁽³⁾.

No obstante, en nuestra opinión, el eje del interés colectivo sobre la reforma debería girar alrededor del fortalecimiento de la gobernanza en salud. Gobernanza se refiere a: *una amplia gama de funciones relacionadas a la administración y reglamentación, dirigidas a lograr lo que todos queremos: la cobertura universal de salud, balanceando influencias y demandas que pueden competir entre sí. Y se refiere a mantener no solamente la dirección estratégica de la política sino su implementación, detectar y corregir tendencias no deseadas, articular a la salud dentro del desarrollo nacional, regular la participación de una amplia gama de actores- desde los financiadores hasta los proveedores de salud y establecer mecanismos de rendición de cuentas transparentes y efectivos* ⁽⁴⁾.

La gobernanza en salud implica rectoría, liderazgo, diálogo, regulación, estandarización de los procesos y evaluación continua. La rectoría, liderazgo y diálogo, están íntimamente relacionados. Se basan en crear lazos sólidos con los grupos de actores involucrados de los diferentes subsistemas de salud y establecer mecanismos de comunicación efectivos y acuerdos provechosos para las partes. Por poner un ejemplo, la elevación de los estándares de calidad de atención de los profesionales de salud y el combate frontal a la corrupción que lamentablemente está presente en el sistema no podrán ser efectivos sin el apoyo de los gremios profesionales y técnicos involucrados. Asimismo, cambiar el paradigma de la atención hospitalaria especializada a la atención primaria de salud, también requerirá su compromiso formal, lo cual

solo se conseguirá a través de una alianza estratégica. Son actores que no se pueden desestimar.

Por otro lado, la regulación y estandarización de procesos son conceptos igualmente importantes, y se pueden traducir en elementos concretos. Ponemos como ejemplo las guías de práctica clínica, que deben de ser comunes para todos los subsistemas, de tal manera que homogenicen la atención para las condiciones de salud de mayor importancia y se pueda contribuir a la tan ansiada equidad en salud. Asimismo, la evaluación de tecnologías sanitarias debería hacer un aporte significativo a la regulación del uso de los medicamentos, procedimientos y dispositivos médicos, de tal manera que su utilización se optimice y se prevengan gastos innecesarios que no se traduzcan en mejores resultados médicos. Ayudaría a que los medicamentos que son indispensables estén disponibles en el sistema, pero los que son impulsados por grupos de interés sin traer ningún beneficio adicional a los pacientes, se restrinjan. Adicionalmente, las evaluaciones económicas pueden contribuir a establecer umbrales justos de precios y evaluar el impacto presupuestario del uso de los medicamentos, dispositivos y procedimientos. Esta línea de evaluación está siendo impulsada de manera importante en el resto de los países de la región a través de la revisión y priorización de los listados de medicamentos esenciales y planes de aseguramiento, lo cual sería una excelente inversión para nuestro país ⁽⁵⁾. Por último, pero no menos importante, la cultura del conocimiento a través de la investigación, monitoreo y evaluación debe ser dominante en un área científica como la salud. Más aún, el Reporte Mundial de la salud 2013 de la Organización Mundial de la Salud enfatiza que el acceso universal a la salud será imposible sin contar con investigación operativa que permita definir políticas de salud eficientes basadas en la mejor evidencia. ¡Qué positivo sería que la palabra "investigación" se incluyese en alguno de los reglamentos de la ley de la reforma!, aunque no figure en los decretos legislativos.

Pero no todo es responsabilidad de las autoridades. Las democracias, tal y como fueron concebidas en la Grecia antigua, se referían a una organización del estado en la cual las decisiones eran tomadas de forma colectiva y adoptadas por el pueblo, con mecanismos de participación directa o indirecta. De acuerdo a esta premisa, en el tema de salud, necesitamos que la ciudadanía, adecuadamente informada, participe y decida en los temas correspondientes. Implica empoderar a la población a decidir sobre elementos claves del sistema de salud en construcción y sobre la priorización de los recursos, pero también va

hacia el hecho que los ciudadanos asuman sus responsabilidades en el cuidado y salvaguarda de su salud y la de su grupo social ⁽⁶⁾.

Son muchas las piezas del complejo rompecabezas que es un sistema de salud. Ojalá los decisores sepan dar a cada una el lugar que les corresponde y materialicen las iniciativas en planes concretos para que juntos alcancemos el tan anhelado objetivo de la cobertura universal "nacional", con equidad, para todos los peruanos.

Para este número de la Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública hemos tenido el privilegio de contar con el distinguido médico patólogo Profesor Doctor Javier Arias Stella como Editor Invitado. Él es miembro honorario de la Academia Nacional de Medicina, de la que fue su presidente, ex profesor principal de la Universidad Nacional Mayor de San

Marcos y de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, ex canciller de la República y miembro del Consejo Consultivo de nuestra revista, entre otros numerosos créditos; a quien agradecemos su valiosa colaboración.

Quisiéramos terminar mencionando que para el próximo año el comité editor de la revista ha considerado el abordaje de temas no menos importantes. Ante los recientes hechos acontecidos en la epidemia de Ébola, el primer número tratará sobre Enfermedades emergentes y reemergentes. El segundo número se enfocará en Telesalud y otras herramientas informáticas para la salud, el tercero en Desarrollo Infantil Temprano y el último número del año se dedicará al tema de las ciencias básicas y su contribución a la salud. Esperamos tener un 2015 igual de productivo o más en términos de ciencia que pueda ser utilizada para mejorar la salud en el país.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. Health financing for universal coverage. What is universal health coverage? [Internet]. Ginebra: WHO; c2014 [citado el 19 de noviembre del 2014]. Disponible en: http://www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/en/
2. World Health Organization. Health financing for universal coverage. What is universal health coverage? [Internet]. Ginebra: WHO; c2014. Disponible en: http://www.who.int/health_financing/strategy/dimensions/en/
3. Basu S, Andrews J, Kishore S, Panjabi R, Stuckler D. Comparative performance of private and public healthcare systems in low- and middle-income countries: a systematic review. PLoS Med. 2012;9(6):e1001244. doi: 10.1371/journal.pmed.1001244. World Health Organization. Health systems. Governance [Internet]. Ginebra: WHO; c2014. Disponible en: <http://www.who.int/healthsystems/topics/stewardship/en/>
4. Center for Global Development. Priority-setting in health: building institutions for smarter public spending. Washington: CGD; 2012.
5. Wright J, Parry J, Mathers J. Participation in health impact assessment: objectives, methods and core values. Bull World Health Organ. 2005;83(1):58-63.