

Saúde em Debate

ISSN: 0103-1104

revista@saudedebate.org.br

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
Brasil

Eibenschutz, Catalina; Saco Valdivia, Alejandro; Tamez González, Silvia; Zafra Gatica, Xareni; Ramírez Villegas, Raquel María

Reflexiones sobre el proceso de reforma sanitaria (1993-2013) y participación social en Perú

Saúde em Debate, vol. 38, núm. 103, octubre-diciembre, 2014, pp. 872-885

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

Rio de Janeiro, Brasil

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341751017>

Reflexiones sobre el proceso de reforma sanitaria (1993-2013) y participación social en Perú

Considerations on health reform process (1993-2013) and social participation in Peru

Catalina Eibenschutz¹, Alejandro Saco Valdivia², Silvia Tamez González³, Xareni Zafra Gatica⁴, Raquel María Ramírez Villegas⁵

¹ M. en C. Profesora titular del Departamento de Atención a la Salud, CBS, UAM-Xochimilco. Profesora distinguida de la UAM.
ceibenschutz@yahoo.com.mx

² Representante de la sociedad civil (2012 - 2013) en el proceso de elaboración de lineamientos de reforma sanitaria en Perú. Coordinador Nacional de Forosalud.
alexandro09538@gmail.com

³ M. en C. Profesora titular del Departamento de Atención a la Salud, CBS, UAM-Xochimilco.
stamez2@yahoo.com

⁴ Lic. Ayudante de Investigación del Departamento de Atención a la Salud, CBS, UAM-X.
xarenizafra@gmail.com

⁵ Dra. en C. Profesora titular del Departamento de Atención a la Salud, CBS, UAM-Xochimilco.
raqueluamxoc@gmail.com

RESUMEN El proceso de reforma sanitaria que el Estado peruano emprendió entre 1993 y 2013 ha privilegiado el aspecto financiero respecto a los temas de salud y se ha enfocado fundamentalmente a contener costos, restringir la calidad y el acceso a los servicios. La respuesta del movimiento sanitario que encabeza el Foro de la Sociedad Civil en Salud (Forosalud) frente a estas políticas y lo que esta experiencia puede significar para los movimientos sociales emprendidos en América Latina es motivo de nuestro análisis. El propósito del estudio es analizar los alcances de la participación social en oposición a las reformas contemporáneas de los sistemas de salud en Perú.

PALABRAS CLAVE Reforma de la atención de salud; Movimiento social; Derecho a la salud; Perú.

ABSTRACT *The sanitary reform process undertaken by the Peruvian government (1993-2013) has favored the financial aspect over the health issues and has focused primarily on constraining the costs. This has lead to a restriction in the quality and access to the services. It is important to analyze the Peruvian case especially the health movement led by Foro de la Sociedad Civil en Salud (Forosalud) and what this experience can mean for social movements undertaken in our Latin American continent. In this study the purpose is to analyze the extent of social participation as opposed to contemporary reforms of health systems in Peru.*

KEYWORDS *Health care reform; Social movement; Right to health; Peru.*

Introducción

Al final de los años ochenta y principios de los noventa la mayoría de los países latinoamericanos adoptaron la política en salud que dictaron el Fondo Monetario Internacional (FMI) y el Banco Mundial (BM). Por tanto, las reformas sanitarias de los últimos decenios constituyen un tema importante en la agenda política de los Estados nacionales. Además, estas reformas son parte de un amplio programa de transformaciones estructurales. Tales reformas obedecen al modelo neoliberal, que pretende reducir el derecho a la salud a esquemas regidos por las Leyes del Mercado y transformarlo en mercancía.

Ante los diversos cambios internacionales en el sector salud algunos autores se han dado a la tarea de extender el análisis sobre las reformas sanitarias en distintos contextos y con enfoques particulares (LAURELL; HERRERA, 2009; TAMEZ; EIBENSCHUTZ, 2008; TETELBOIN; GRANADOS, 2000; EIBENSCHUTZ, 2007; HERNÁNDEZ, 2000; LÓPEZ ARELLANO; BLANCO, 2007; FRANCO, 2012; TORRES, 2006; ENTRE OTROS). Todos ellos han puesto sobre la mesa de discusión temas como: el papel del Estado y del mercado en el sector sanitario, la cobertura universal, la descentralización, la privatización, la articulación público-privada y la seguridad social.

Seleccionamos como objeto de estudio el proceso de reforma sanitaria que el Estado peruano emprendió en el periodo de 1993 a 2013. Nuestros objetivos son describirlo y analizarlo, poner en evidencia su relación con las políticas internacionales en salud y destacar la respuesta organizativa de la sociedad encabezada por el Foro de la Sociedad Civil en Salud (Forosalud), instancias que han manifestado su rechazo a la reorientación de la política sanitaria que los organismos internacionales y el Estado peruano han impuesto.

En síntesis, este trabajo propone

reflexionar en torno al proceso de reforma sanitaria del Perú y sobre los alcances de la participación social en oposición a las reformas contemporáneas de los sistemas de salud. Nos interesa estudiar las estrategias, mecanismos y formas de articulación política que desarrolla la sociedad civil en Perú (Forosalud) para negociar y oponerse a la política de reforma del Estado Peruano.

La metodología utilizada fue el análisis de información secundaria.

Vinculación del caso Perú con la política internacional en el sector salud

A partir de la década de los noventa en Perú se canceló el modelo de intervención estatal en la economía. Fue sustituido por los lineamientos del BM y FMI para configurar una economía de libre mercado (neoliberal). Caracterizan al nuevo modelo por la pérdida de proyectos nacionales y la implementación de políticas bajo las leyes del mercado.

Reforma del Banco Mundial

Desde fines del siglo XX y lo que va del XXI, el BM desplazó a organismos como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Oficina Sanitaria Panamericana (OPS) del papel principal a la hora de definir la política sanitaria, dejando claro que al hablar y actuar en materia de salud, se tomarían como criterios primordiales los de orden financiero (EIBENSCHUTZ, 2007).

El BM en los años noventa identificó que uno de los principales obstáculos para acceder a niveles satisfactorios de salud en la población, era la pobreza. Por lo tanto, para contrarrestar sus efectos más agudos, elaboró estrategias de combate a la pobreza

y a la protección social¹: en *Invertir en Salud*, texto publicado en 1993, reconoció que el Estado debía tener un papel importante en la implementación de reformas administrativas para conducir al “buen gobierno” y la gobernabilidad², de modo que la brecha de la pobreza se estrechara (LAURELL; HERRERA, 2009, P. 2).

Al inicio del siglo XXI se manifestaron “los efectos negativos de la reforma social conducente al Estado Mínimo, con una rápida redistribución regresiva del ingreso y un alarmante crecimiento de la pobreza” (LAURELL, 2010, P. 79).

En una segunda reforma a la política de salud el BM y el Banco Interamericano (HOLZMANN; JORGENSEN, 1999; HOLZMANN; SHERBURNE BENZ; TESLIUC, 2003), modificaron la estrategia de protección social mediante el concepto de Manejo Social del Riesgo (MSR). De esta manera cambiaron la noción de ‘pobreza’ por la de ‘vulnerabilidad’. La premisa para adoptar estos términos es que todas las personas, hogares y comunidades son vulnerables a distintas modalidades de riesgo, tanto naturales (terremotos, inundaciones y enfermedades) como sociales (desempleo, guerras, deterioro ambiental). Para evitar el riesgo y la vulnerabilidad propusieron brindar instrumentos que contribuyan a evitar que la población caiga debajo de cierto umbral de pobreza o se vuelva incapaz de salir de ella (LAURELL, 2010).

Con esta segunda reforma, el concepto de protección social, originado en el contexto de los derechos humanos, quedó anulado. Así fue posible cambiar el modelo de protección social y abandonar la lucha contra la pobreza. Además, esta nueva estrategia menoscaba el valor de la salud como derecho y sólo se ocupa del aspecto financiero, donde cuentan los gastos catastróficos³, concepción que merma cualquier preocupación por la capacidad real de los sistemas de salud y deja de lado los planteamientos que abogaban por la cobertura universal⁴, el servicio público y gratuito, y la seguridad

social para todos. Así, el principal objetivo consiste en legitimar el ‘nuevo orden social’, o sea, “la profunda reorganización de la sociedad sobre la base del proyecto neoliberal” (LAURELL, 2010, P. 80).

Con los lineamientos del BM la discusión de la política en salud se desplazó estratégicamente a los temas de financiamiento y particularmente al llamado ‘aseguramiento universal’, pues con la justificación de extender la afiliación a toda la población, el BM recomendó a los gobiernos aceptar dentro de su esquema de salud la protección privada a través del mercado de seguros que se articula con mecanismos públicos, con lo cual la atención a la salud se comercializa y abre como mercado para los intereses privados (LÓPEZ ARELLANO ET AL., 2013). Por otro lado, esta nueva política sanitaria desaparece el derecho a la salud como garantía de los ciudadanos y responsabilidad estatal, pues el papel del Estado sólo se limita a las

funciones de regulación, a la constitución de un fondo público que posibilite la compra de servicios al sector privado y la prestación propia para la población más pobre a través de paquetes limitados. (LÓPEZ ARELLANO ET AL., 2013, P. 265).

En la formulación del BM, el aseguramiento universal se entiende como algo mixto, privado y público, y se ubica generalmente dentro de la noción de ‘protección social’ (LAURELL, 2010, P. 80). Según el BM, al incluir múltiples prestadores, el aseguramiento promueve la calidad y la reducción de costos mediante la competencia entre ellos, supuesto que hasta el momento no se ha visto confirmado.

El BM recomienda a las compañías de seguros que presenten su oferta de servicios de salud con paquetes de intervenciones determinadas, estableciendo copagos, coaseguros y cuotas proporcionales a la prestación

¹El concepto tradicional de protección social refiere a las medidas del sector público para proveer seguridad de ingresos a las personas. (LAURELL; HERRERA, 2009, P. 2).

²La gobernabilidad tiene una relación estrecha con el ‘buen gobierno’, y se entiende como el gobierno que es capaz de buscar soluciones políticas, consensuadas y efectivas entre la población.

³“Los gastos catastróficos por motivos de salud ocurren cuando los gastos de bolsillo en salud de un hogar representan 40% o más de su capacidad de pago. El nivel de 40% puede ser modificado según la situación, específica de cada país.” (XU, 2005, P. 5).

⁴La cobertura universal significa que todas las personas tienen acceso a la atención adecuada de promoción, prevención, rehabilitación y cura. (LAURELL; HERRERA, 2009, P. 4).

que brinden. De tal forma se genera una tendencia a la privatización y se promueve la mercantilización de la atención a la salud. Lo que da como resultado un modelo fundado en la injusticia social, al condicionar la atención a la cobertura particularizada de los costos económicos.

La política que el BM definió en el sector salud impulsó a varios países de Latinoamérica, entre ellos Perú, a hacer reformas sanitarias que se caracterizan por 'crear' un Sistema Nacional de Salud que implica varios tipos de financiamiento y la atención diferenciada a varios sectores de la población, con una fuerte intervención de las empresas de aseguradoras privadas, que definen rangos de cobertura y subrogan el servicio público al privado.

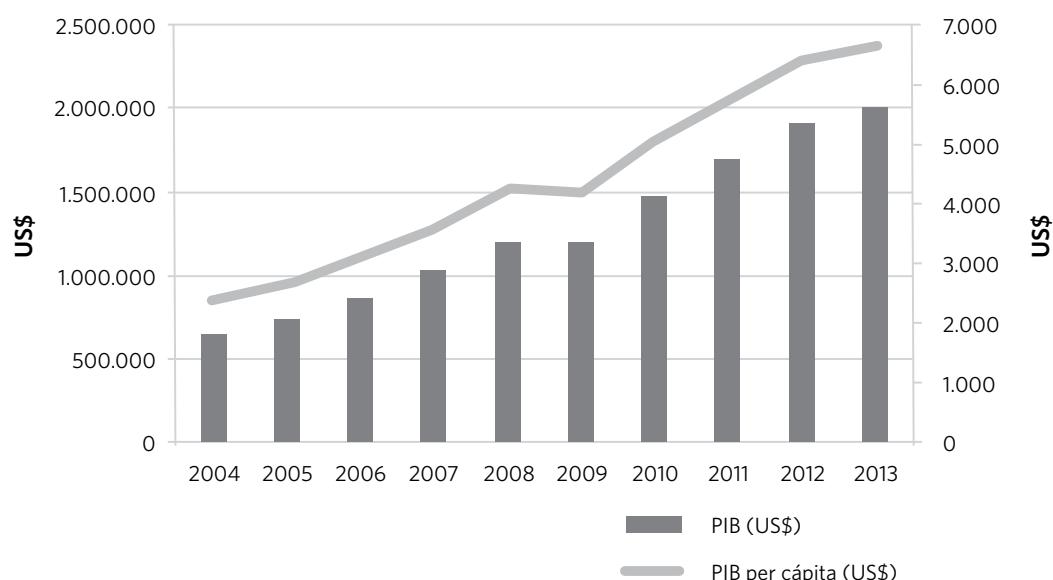
A continuación se describe el proceso de

Perú con especial atención en las características del proceso de la Reforma (1993-2013) y la participación del Forosalud.

Proceso de reforma sanitaria en Perú

A partir del siglo XXI el desarrollo económico de Perú experimentó un gran avance. (BUSTAMANTE; YGLESIAS, 2013), como lo demuestra la siguiente gráfica (gráfico 1). Sin embargo, el gasto en salud aún sigue siendo menor que el avance del PIB y bajo, en comparación con otros países del mundo. En 2011 Perú destinaba sólo 4.5% de su PBI al sector salud, mientras que el promedio mundial era de 10.1% del PIB. En cuanto al gasto per cápita, Perú destinó 286 dólares mientras que el promedio en el mundo era de 951.6 dólares (BANCO MUNDIAL, 2013).

Gráfico 1. Dinamismo de la economía peruana (2004-2013)



Fuente: Bustamante, 2013

Estas mejoras económicas han generado expectativas en los peruanos sobre la atención a la salud. Han aumentado demandas y exigencias, pero al no haber incremento de la infraestructura de la oferta, se produjo malestar y desconfianza en la población. En ese contexto organizaciones y personas se organizaron alrededor del Forosalud para incidir políticamente por la garantía del derecho a la salud.

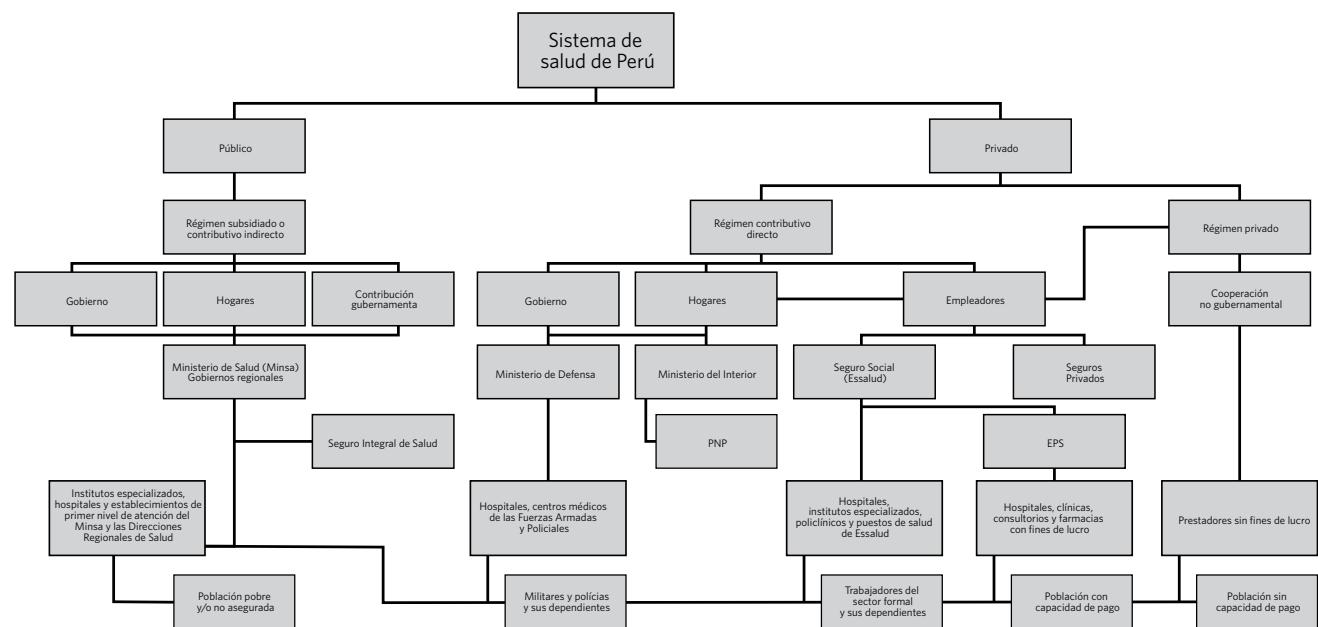
Sistema Nacional de Salud Peruano

De acuerdo con la normatividad nacional del Ministerio de Salud (Minsa), una ley creó en Perú el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado de Salud. La descentralización del sector salud ocurrió en 2004 y mediante ésta se otorgó amplia autonomía a los gobiernos regionales para tomar decisiones locales al margen de una dirección y estrategia nacional

(BUSTAMANTE; YGLESIAS, 2013). Sin embargo, hasta 2013, la descentralización no había concluido ya que Lima Metropolitana, el ámbito de decisiones más importante del País, no había entrado en este proceso de cambio, no asumió la conducción de la salud, no cuenta con una autoridad sanitaria metropolitana y, por ende, los hospitales en la capital del País continúan a cargo del Ministerio, mientras que paralelamente la Municipalidad, con mecanismos de alianza público-privado, ha creado una Red de Centros de Diagnósticos y Atención Especializada (que además ahora brindará servicios de ambulancias), cuyo nombre es Sistema Metropolitano de Solidaridad (Sisol). Este sistema tiene convenio con la Seguridad Social (Essalud) y con el Seguro Integral de Salud (SIS) (BUSTAMANTE; YGLESIAS, 2013).

El Sistema Nacional de Salud del Perú (*Imagen 1*) es un sistema segmentado y fragmentado (similar a la mayoría de países de América Latina), que se divide en dos sectores, el público y el privado.

Imagen 1. Sistema de Salud de Perú



Fuente: Alcalde-Rabanal, 2011

PNP: Policía Nacional del Perú

EPS: Entidades Prestadoras de Salud

El sector público se divide en régimen subsidiado o contributivo indirecto y régimen contributivo directo. Este último es el que corresponde a la seguridad social. El gobierno ofrece servicios de salud a la población no asegurada a cambio del pago de una cuota de recuperación de montos variables, sujetos a la discrecionalidad de las organizaciones o a través del SIS. La prestación de servicios tanto para el régimen subsidiado de población abierta como para la población afiliada al SIS se realiza a través de la red de establecimientos del Minsa, hospitales e institutos especializados que están ubicados en las regiones y en la capital de la república (ALCALDE RABANAL; LAZO GONZÁLEZ; NIGENDA, 2011).

El sistema de seguridad social en salud tiene dos subsistemas: el seguro social con provisión tradicional (Essalud) y la provisión privada (EPS). Essalud ofrece servicios de salud a la población asalariada y sus familias en sus propias instalaciones, pero desde la promulgación de la Ley de Modernización de la Seguridad Social en 1997, el sector privado le ha vendido servicios personales a Essalud a través de las Entidades Prestadoras de Salud (EPS). Los militares, policías y sus familias tienen sus propios subsistemas de salud, las Sanidades de las Fuerzas Armadas (FFAA) y la de la Policía Nacional del Perú (PNP). Hasta antes de la reforma, las FFAA y las PNP tenían cobertura integral; recientemente incorporarán planes de seguro. Tanto los planes de Essalud y las EPS demuestran la intervención del sector privado en el llamado sistema público del Perú, de forma similar a otros países latinoamericanos.

En el sector privado se distinguen el privado lucrativo y el privado no lucrativo. Forman parte del privado lucrativo las EPS, las aseguradoras privadas, las clínicas privadas especializadas y no especializadas, los centros médicos y polyclínicos, los consultorios médicos y odontológicos, los laboratorios, los servicios de diagnóstico por imágenes y los establecimientos de salud de algunas empresas mineras, petroleras

y azucareras; así como el Sisol, que recibe 70% de sus ingresos de los usuarios en una Asociación Pública Privada⁵ (APP). Como prestadores informales están los proveedores de medicina tradicional. El sector privado no lucrativo, que es muy pequeño, está clásicamente representado por un conjunto variado de asociaciones civiles sin fines de lucro. La mayor parte presta servicios de primer nivel y frecuentemente recibe recursos financieros de cooperantes externos, donantes internos, gobierno y hogares (ALCALDE RABANAL; LAZO GONZÁLEZ; NIGENDA, 2011).

El Minsa, cuenta con el SIS como asegurador público focalizado, mientras que la sanidad de cada instituto armado (Marina de Guerra, Ejército y Fuerza Aérea) pertenecen al Ministerio de Defensa, y la sanidad de la PNP depende del Ministerio del Interior. El Seguro Social de Salud, Essalud, se encuentra adscrito al Ministerio de Trabajo y Promoción del Empleo (BUSTAMANTE; YGLESIAS, 2013).

Reformas sanitarias (1993-2013)

La organización del Sistema Nacional de Salud de Perú y su política sanitaria responden a un largo proceso de ajuste estructural que se viene gestando desde el año de 1993, ya que luego de la guerra interna en el Perú, el fujimorismo logró aprobar, en un proceso hasta la fecha cuestionado por posible fraude, una constitución neoliberal, que es actualmente la base del ordenamiento jurídico del país. Sobre este ordenamiento reposan los pilares que controlan, regulan y definen los derechos y libertades de los peruanos. En esa constitución, el derecho a la salud no se reconoce como tal; se expresa de la siguiente manera:

Artículo 7. Todos tienen derecho a la protección de su salud, la del medio familiar y la de la comunidad así como el deber de contribuir a su promoción y defensa. La persona incapacitada para velar por sí misma a causa de

⁵La forma jurídica de asociación público-privada aparece en varios países latinoamericanos como México, Chile, Colombia y otros, ha permitido la entrada de capital privado en la producción de servicios.

una deficiencia física o mental tiene derecho al respeto de su dignidad y a un régimen legal de protección, atención, readaptación y seguridad. (PERÚ, 1993, P. 6).

En este enunciado se puede observar que en ningún momento el Estado aparece como garante de la protección social en salud.

Al amparo a esta constitución, en 1997 se elaboró la ley General de Salud, ley completamente pro-libre mercado (SACO, 2014). En los años noventa, siguiendo lo establecido en la ley, el Minsa comenzó a introducir los seguros focalizados. En 1994 implementó el Programa Salud Básica para Todos. Posteriormente, en inició 1997 con el Seguro Escolar de Salud y un año después, en 1998, se efectuó el Seguro Materno Infantil (BUSTAMANTE; YGLESIAS, 2013). Ese mismo año se produjo otro hecho significativo en la historia de los servicios del Perú: fue desintegrado el Instituto Peruano de Seguridad Social (IPSS), que agrupaba riesgos laborales, pensiones y salud de los trabajadores, para formar el Seguro Social de Salud, también conocido como Essalud. Este nuevo esquema de seguridad social incluye a las administradoras de fondos privados de pensiones y las EPS (SACO, 2014).

En el 2002 se lanzó el SIS, que incorporó a los anteriores seguros pro-pobres con paquetes de prestaciones; asimismo brinda atención no integral de salud a la población excluida y dispersa. Este esquema de aseguramiento es semejante al Seguro Popular en el caso de México (SACO, 2014; BUSTAMANTE; YGLESIAS, 2013).

Como anteriormente se había mencionado, en 2004 se inició el proceso de descentralización del Sistema Nacional de Salud. El Minsa desactivó sus programas de salud pública verticales y dio lugar a una horizontalidad con su Modelo de Atención Integral (Mais).

En 2009 se consolida el esquema pro-libre mercado en el sector salud con la Ley de Aseguramiento Universal en Salud (AUS), la cual ha requerido de mayor financiamiento y un nuevo marco normativo que extienda la

protección social en salud.

El objetivo político del AUS es ampliar la cobertura poblacional, así como incrementar de forma progresiva la cantidad de prestaciones e intervenciones sanitarias que cubre el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (Peas), sin embargo hasta el momento no se ha cumplido (BUSTAMANTE; YGLESIAS, 2013).

Con la implementación del AUS se transformó la Superintendencia de Entidades Prestadoras de Salud (Seps) en la Superintendencia Nacional del Aseguramiento en Salud (Sunasa) y se crearon las Instituciones Administradoras de Fondos de Aseguramiento en salud (Iafas) como operadoras de los seguros de salud, así como las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (Ipress) como operadoras de los servicios de salud.

Si bien, en los últimos 10 años la cobertura de aseguramiento aumentó de 40% a 60%, el Sistema de Salud de Perú se encuentra fragmentado y segmentado, con muchos organismos públicos y privados que compiten entre sí de forma desregulada para ofrecer distintos esquemas de aseguramiento. Por otro lado, el aumento del número de asegurados ha dado lugar a un desborde de la demanda que supera largamente la oferta (BUSTAMANTE; YGLESIAS, 2013).

La reforma de salud en la gestión del presidente Ollanta Humala

En 2013 el presidente Ollanta Humala, con el apoyo de Midori de Habich, ministra de Salud, comenzó a elaborar una propuesta de reforma que busca fortalecer el aseguramiento mediante lo que denominaron la reorganización del Seguro Social de Salud y el Fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud.

La reforma llamada El Perú Saluda a la vida: lineamientos y medidas de reforma del sector salud (PERÚ, 2013) tiene como lineamientos explícitos: la eficacia, la gestión de recursos humanos, el subsidio de acuerdo a criterios de vulnerabilidad, el aseguramiento

como medio de formalización y operador financiero, el fortalecimiento del Fondo Intangible Solidario de Salud (Fissal) como financiador de segundo piso, así como el incentivo a la producción y la calidad de los servicios de salud.

En el discurso, la reforma del gobierno se orienta hacia la mejora del estado de salud de los residentes en el País

reconociendo que la salud es un derecho fundamental y que el Estado garantiza la protección de la salud para todas las personas sin ninguna discriminación en todas las etapas de la vida. (PERÚ, 2013, P. 3).

Lo cierto, es que la propuesta está pensada para abrir el mercado de la salud y transferir la responsabilidad financiera del Estado hacia la corresponsabilidad o responsabilidad individual, es decir, en realidad el Estado deja de ser el responsable de proveer y garantizar el derecho a la salud de todo la población. Ahora cada individuo es responsable de su estado y condición de salud. Esta última idea se manifiesta cuando el documento de reforma propone profundizar las acciones de: “promoción de la salud, fomentando estilos de vida y entornos saludables” (PERÚ, 2013, P. 4) además de no considerar a la integralidad como principio.

Según el documento de reforma, la salud está determinada por un conjunto de factores que interactúan en diferentes niveles. Estos factores son individuales, biológicos, genéticos y de “preferencia de estilos de vida”. Estos últimos responden cabalmente a los lineamientos neoliberales de las organizaciones internacionales y adquiere gran importancia en la argumentación de la reforma, ya que la “preferencia de estilos de vida” se piensa como elección individual; asuntos tales como el sedentarismo, el patrón alimenticio, el consumo de alcohol y tabaco. Es decir, minimizan los factores sociales al confundirlos con elecciones del libre albedrío y de esta manera, refuerzan la idea de

responsabilidad individual.

El documento de reforma plantea como principal meta extender la actual cobertura de aseguramiento hasta alcanzar la universalidad, de tal forma que toda la población esté comprendida en alguno de los regímenes de aseguramiento, ya sea público o privado. Esta iniciativa promueve el mercado del aseguramiento y a la vez, transforma la salud de la población en un negocio redituable.

Para lograr el acceso universal según los lineamientos internacionales, la reforma del Perú señala que el Estado debe aliviar la carga financiera que representa la atención a la salud de los más pobres, de forma que todos estén dentro de algún régimen de aseguramiento. El plan del gobierno es implementar una estrategia que movilice 80% del gasto público destinado a salud hacia los sistemas de bajo subsidio del Estado, de modo que no más del 20% sea mediante financiamiento directo, a través del gasto de bolsillo (PERÚ, 2013). Así, el sector más pobre queda incorporado al régimen de aseguramiento incompleto no integral, mediante financiamiento por parte del Estado, mientras que el resto de la población se sujeta a las leyes del mercado que hasta el momento sigue desregulado.

En definitiva, aún cuando la presente en el discurso relativo a la ‘seguridad social’, la reforma de Ollanta Humala refuerza la segmentación del Sistema Nacional de Salud al promover un sistema de salud para trabajadores y otro para pobres; abandona el enfoque integral de la seguridad social, con todo el complejo de derechos y prestaciones como jubilación, maternidad, accidentes de trabajo e incapacidad total o parcial, entre otros.

Todo el proceso para efectuar la reforma fue hecho al vapor. El documento final de reforma fue presentado con urgencia a mediados del 2013 y el 4 de julio ocurrió la votación definitiva para aprobarlo y sólo siete organismos votaron a favor: el Minsa, Essalud, FFAA, SIS, Sunasa, Asociación

de Municipalidades y la Asamblea [de] Gobiernos Regionales.

Por otra parte, el Colegio Médico, Acuerdo Nacional, Asamblea de Rectores, y Trabajadores del sector se abstuvieron, y el único voto singular fue el de la sociedad civil/Forosalud, que votó en contra.

En el proceso de votación se ausentaron tres organismos: el Vice Ministerio Vivienda, el FFFP y el sector privado. Hay que hacer la aclaración que si bien el CNS tiene por ley once componentes, para este proceso se invitó a cuatro más: SIS, Sunasa, Asamblea Nacional de Gobiernos Regionales (ANGR) y el Foro del Acuerdo Nacional (AN). Tres de ellos forman parte del bloque del Estado.

Según la relatoría de Alejandro Saco, representante de la sociedad civil (2012-2013) en el proceso de elaboración de lineamientos de reforma y actual Coordinador Nacional de Forosalud, en el documento final de reforma aparecieron temas que nunca fueron presentados en el CNS, como la creación de un Vice Ministerio de Salud Pública, o bien, como la creación de tres instancias: un programa de organización de la gestión hospitalaria; un Organismo Público Ejecutor para Lima, y una unidad funcional orgánica de aseguramiento.

Desde luego, los medios masivos de comunicación del País impulsaron y apoyaron la reforma mediante una campaña de desacreditación del sistema de salud, que incitaba al espectador a inscribirse en los esquemas privados de aseguramiento.

Participación y respuesta social (Forosalud)

El Foro de la Sociedad Civil en Salud se organiza desde el año 2002 como un movimiento social de fuerte presencia en Perú que se enfrenta a la política de salud del Estado y se presenta como un movimiento que impulsa el ejercicio pleno del derecho a la salud. Forosalud es parte de la corriente universalista global. Está conformado por personas,

organizaciones e instituciones comprometidas con la promoción y el ejercicio pleno de la ciudadanía para garantizar el derecho a la salud en el marco de los derechos humanos y contribuir, de esta manera, al desarrollo de Perú con justicia social y solidaridad (FOROSALUD, 2005).

Después de diez años de existencia el Forosalud creció en número y aumentó su influencia conforme se transformó en representante válido y legal para el diálogo con el gobierno. Agrupa a distintas organizaciones sociales de base en la mayoría de regiones del país; organizaciones territoriales, de personas con discapacidad, adultos mayores, pacientes, de la diversidad sexual, ambientalistas, de jóvenes y mujeres, y mantiene una cada vez más fuerte articulación con los colegios profesionales y con la gran mayoría de gremios como la Federación Médica Peruana y sus bases nacionales.

El Foro de la Sociedad Civil en Salud, Forosalud, es un movimiento social que impulsa el ejercicio pleno del derecho a la salud desde la construcción de sistemas universales de salud y el adecuado abordaje de los determinantes sociales. Promueve la articulación con todos los actores de la sociedad que asumen a la salud como derecho humano. Desarrolla la vigilancia ciudadana y el control social de la marcha de los actores de la salud y de su gobierno (FOROSALUD, 2014).

Forosalud se inscribe en los propósitos de justicia social, equidad e igualdad de oportunidades, logro de libertades y capacidades para todos y todas las ciudadanas. Ratifica la salud como elemento fundamental de la vida y del desarrollo humano y como un derecho de la ciudadanía para vivir en sociedad. Forosalud analiza y actúa desde enfoques transversales en los problemas de salud, como son los de derechos humanos, desarrollo social, pobreza, género e interculturalidad (FOROSALUD, 2014).

Como producto de su VI Conferencia Nacional de Salud desarrollada a fines de 2013, formuló una nueva Declaración de Política, la cual aboga por el ejercicio del derecho a la salud en el marco de la seguridad

social como responsabilidad pública estatal; una nueva estrategia de desarrollo que promueva la salud y el abordaje de los determinantes sociales; una nueva agenda sanitaria, reforma participativa, democrática y descentralizada con el concurso de la sociedad civil; un sistema universal de salud desde el sistema público integrado, descentralizado y participativo, basado en la igualdad en el acceso y la calidad de los servicios.

La declaración de política y los diversos documentos que Forosalud ha elaborado en la actual disputa, constituyen un modelo totalmente diferente a la propuesta de reforma del Estado peruano. Sus concepciones con relación a la salud y el servicio médico son distintas e incluso contrapuestas.

Por principio, Forosalud defiende y sostiene que la salud es un derecho, es decir, que todos los ciudadanos deben de tener acceso a una atención a la salud de calidad; derecho que no debe verse afectado por falta de recursos económicos. A partir de este argumento, plantea que para el desarrollo de los sistemas de salud son imprescindibles tres premisas básicas:

1. Universalidad. Los alcances del sistema público son para todos por condición de ciudadanía; no de adscripción a un seguro.

2. Integralidad. Todas las personas deben recibir toda la gama de atenciones necesarias para recuperar su salud

3. Solidaridad. Cada persona aporta en la medida de sus posibilidades y recibe en la medida de sus necesidades.

Para Forosalud estos principios son la única garantía para conducir al derecho a la salud y son la base para emprender una nueva reforma estructural del sistema de salud del Perú.

En su discurso el Estado ha utilizado esos mismo principios, sin embargo ha reinterpretado la cobertura como afiliación, la integralidad como 'paquetes razonables' de atención y la solidaridad como riesgo financiero. La diferencia entre las propuestas se muestra en la siguiente tabla (*Imagen 2*).

Imagen 2. Diferencia entre la propuesta de Forosalud y la reforma del Estado peruano

Forosalud	Minsa/MEF	Esquema legal y operativo del aus
Universalidad: los alcances del sistema deben ser para todos por condición de ciudadanía, independientemente de cualquier consideración. El seguro no es condición de acceso.	Cobertura poblacional: Se basa en la adscripción a algún tipo de seguro; se confunde el fin con el medio.	Se confunde seguro con acceso real, la reforma enfatiza, privilegia y prioriza la cobertura poblacional equiparándola a aseguramiento. La protección se basa en la 'titularidad' de un seguro de salud, no en la condición de ciudadano o ciudadana del país.
Integralidad: Se debe acceder a todas las atenciones necesarias que se requieran para restablecer o mantener la salud. No planes diferenciados de seguros, paquetes o similares. Plan único de salud en el SIS y Essalud.	Cobertura prestacional: Que población cuente con acceso a un conjunto razonable de prestaciones de salud; no hay integralidad.	Se tergiversa la integralidad. La integralidad en la atención de salud es única y total, pero el AUS la define como paquetes básicos de atención no integrales. Los sistemas públicos SIS y Essalud diferencian y discriminan entre peruanos, ya que uno exige demostración de pobreza y otro planilla laboral.
Solidaridad: Cada quien aporta en la medida de su capacidad y recibe en la medida de su necesidad, sea en la seguridad social vía aporte desde la planilla laboral, o en el Seguro Integral de Salud vía los impuestos.	Cobertura prestacional: Que población cuente con acceso a un conjunto razonable de prestaciones de salud; no hay integralidad.	No busca proteger la totalidad del gasto. La cobertura financiera se basa en las diferencias de aporte al no reconocer el derecho para todos por igual; se cuenta con diferencias sustanciales en los percáپitas de los afiliados a Essalud y los del SIS, lo que deriva en una diferenciación en relación al derecho.

Fuente: Forosalud, 2013

Todos son planteamientos en oposición a los que contiene la propuesta de reforma del Estado, pues señalan que no consideran la participación de las regiones ni de los actores sociales y sanitarios para propiciar un proceso de cambio. Por otro lado, no abordan explícitamente las relaciones de compromiso que se establecen entre sociedad, Estado y mercado. Por lo tanto el movimiento social sanitario encabezado por Forosalud presentó una moción al proceso de reforma donde critica los lineamientos y metodología del proceso.

El movimiento sostiene que para ser legítima, una reforma debe contar con la aprobación en un Congreso Nacional de Salud donde estén presentes los diversos actores de la salud, así como los aportantes regionales. Sólo de esa manera podrán construir un sistema universal en salud que aborde los determinantes sociales, reconozca las tensiones entre lo público y lo privado en el ejercicio del derecho a la salud; y fortalezca la participación social en todas las instancias.

El objetivo del movimiento es que el tema de la salud, en su sentido amplio, sea debatido (sin dejar de lado los temas actuales que la coyuntura presenta ni los aportes en el proceso de gobierno), pues afirman que reducir la reforma de la salud a la oferta de productos y servicios desde una conducción altamente centralizada y poco participativa, derivaría en una propuesta insuficiente.

Las acciones que ha emprendido el movimiento van desde foros, talleres, paneles, mesas de trabajo, debates y movilizaciones en las calles, hasta reuniones con instancias regionales, nacionales e internacionales, así como acuerdos de articulación con los gremios de la salud. Dentro de los encuentros que ha promovido destacan: el foro La sociedad civil ante el proceso de reforma del sector salud y de fortalecimiento del sistema de salud (enero 2013); la mesa de trabajo con el Acuerdo de Partidos Políticos en Salud (APPS) (febrero 2013); el taller

con los representantes de los Comités de Trabajo (CT) del CNS para afinar la propuesta de reforma desde la sociedad civil (febrero 2013); el Foro Nacional por la Reforma de la Salud (mayo 2013); la reunión con la Mesa de Vigilancia de los Derechos Sexuales y Reproductivos (MVDSSRR), donde participaron diversas organizaciones feministas (abril 2013); las Reuniones del Consejo Nacional de Salud (junio 2013) y la movilización nacional en las calles, donde han participado más de cinco mil personas (febrero 2013).

También ha realizado foros, mesas y reuniones con actores de la sociedad civil entre los que destacan: los pacientes, personas con discapacidad y promotores de salud. El propósito de estos encuentros ha sido informar sobre el proceso de reforma.

Simultáneamente el movimiento ha realizado evaluaciones y análisis del contexto sanitario del País, así como la evaluación y balance de cuatro años de vigencia de la ley de AUS, para determinar sus alcances respecto al derecho a la salud. Un punto importante de las acciones que ha emprendido es la socialización de documentos e información, ya sea en los diversos foros de discusión, o bien en los medios de comunicación.

Forosalud ha formulado documentos tales como Orientaciones para la incidencia política desde la sociedad civil y Reforma por una salud universal, integral y digna: un asunto de derechos humanos, donde plantea su postura y los aspectos básicos de las orientaciones y acciones. Estos documentos convocan a todas las personas, instituciones y organizaciones a incorporarse a sus demandas. Además ha difundido diversos documentos frente al actual proceso de reforma, y una propuesta alternativa, que entregó al Minsa.

El movimiento que incluye al Forosalud y otras organizaciones sociales, busca abrir la discusión y lucha más allá del CNS, sin descartar la presión sobre las instancias

formales. Los participantes en el movimiento reconocen que el espacio de ‘reforma’ instalado al interior del CNS resulta altamente limitado y es muy poco probable que de allí emane una propuesta que trate los temas clave necesarios en una reforma por el derecho a la salud; entiende, por tanto, que los campos de lucha deben ser ampliados con diversas estrategias convocantes.

En ese sentido Forosalud se propone intensificar coordinaciones, asistir a todos los foros que sea necesario, fortalecer sus alianzas internacionales con los movimientos que defienden la salud (especialmente Colombia donde el modelo de aseguramiento llegó a su máxima expresión y la hegemonía de las EPS ha devastado el sistema de salud), y buscan construir un tejido social en salud que sea capaz de revertir lo que, con ciertos vaivenes, se viene fortaleciendo desde los años noventa: la irresponsabilidad estatal en salud, el seguro para pobres y el ataque constante a la seguridad social. Para ello recientemente ha incorporado una política de comunicación a través de redes sociales que informa y resalta la gran cantidad de actividades que realiza el Forosalud a lo largo y ancho del País.

Conclusiones

La reforma sanitaria en Perú se inscribe dentro de las reformas sanitarias ‘sugeridas’ o impuestas por el BM para toda América Latina. Se caracteriza fundamentalmente por garantizar la introducción de las leyes del libre mercado en la atención médica, tendencia común en nuestros países, que transforma el derecho a la salud en mercancía. Para ello, se ha desarrollado una serie de cambios en el lenguaje que ocultan el proceso de privatización. Ejemplos: ‘aseguramiento universal’, ‘mezcla público-privada’, ‘necesidad de que la población invierta en su propia salud’, ‘estilos de vida’ y ‘acciones focales’.

La movilización de Forosalud es una de las más grandes de América Latina, sin contar el movimiento sanitario de Brasil de 1988 que desembocó en la reforma sanitaria brasileña, y la creación del Sistema Único de Salud, que desgraciadamente desde hace unos años sufre el embate de los planes de salud privados. México no ha conseguido organizar un movimiento social unitario que reivindique un sistema único de salud y seguridad social financiado con dinero público, que garantice el derecho a la salud sin mediar la capacidad económica de la población. Han existido múltiples intentos en estas últimas décadas y todavía no contamos con una explicación satisfactoria que vaya más allá de la incompleta organización ciudadana que caracteriza a la población mexicana.

Sobre el caso de Perú, además, pesa el lastre de un sistema de seguridad social (Essalud) que nunca fue tripartita porque se trata de un modelo que financian únicamente trabajadores y empresarios, sin incluir al Estado. Además presenta un mosaico de instituciones no integradas que se ocupan de la salud de diversas poblaciones con diversos esquemas, lo cual dificulta la creación de un sistema único, debido a los diversos intereses creados que entran en juego.

El Forosalud en Perú ha tenido éxito en dos campos importantes. Primero, se ha transformado en un interlocutor válido frente a las autoridades de salud del País, incluyendo la iniciativa privada en el CNS, y ha avanzado significativamente en el afán de conseguir el apoyo de los colegios médicos y profesionales del País. En segundo término, mediante muchas campañas que incluyen información, investigación, sugerencias, denuncias y propuestas, ha puesto en evidencia el carácter privatizador y mercantilista de la reforma peruana, y han presentado a discusión la propuesta de una verdadera reforma sanitaria.

Sin embargo, a lo largo de este estudio destaca el hecho de que no se han conseguido cambios fundamentales en la política de

salud del Estado peruano. Frente a lo cual nos permitimos avanzar la hipótesis de que son necesarios organismos de coordinación de todos los países de la región para conseguir que retrocedan algunos elementos de

las reformas neoliberales en la mayoría de los gobiernos latinoamericanos.

¿Un reto para la Asociación Latinoamericana de Medicina Social y Salud Colectiva (Alames)? ■

Referências

- ALCALDE RABANAL, J. E.; LAZO GONZÁLEZ O.; NIGENDA, G. Sistema de salud de Perú. *Salud Pública de México*, Morelos, v. 53, supl. 2, México, 2011.
- BANCO MUNDIAL (BM). *Datos: PIB per cápita (US\$ a precios actuales)*. Disponible en: <<http://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.PCAP.CD>>. Acceso en: 10 dic. 2013.
- BUSTAMANTE, M.; YGLESIAS, A. Perú: Aseguramiento universal en salud. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD (OPS). *Cobertura Universal en Salud: lecciones internacionales aprendidas y elementos para su consolidación en México*. OPS/OMS, México, 2013. p. 70-78.
- EIBENSCHUTZ, C. Atención médica, neoliberalismo y reforma sanitaria en México. In: MOLINA, R. (Coord.). *La seguridad social: retos de hoy*. Iztapalapa: UAM-I, México, 2007.
- FRANCO, S. *Entre los negocios y los derechos: lecciones ético-políticas de 20 años de confrontación por la salud en Colombia*. Montevideo: ALAMES, 2012.
- FOROSALUD. *Hacia una reforma sanitaria por el derecho a la salud*. Lima: Forosalud, 2005.
- _____. *Acerca de nosotros*. Disponible en: <<http://www.forosalud.org.pe/nosotros.html>>. Acceso en: 1 ene. 2014.
- HERNÁNDEZ, M. El derecho a la salud en Colombia: obstáculos estructurales para su realización. *Rev. Salud Pública*, Bogotá, v. 2, n. 2, p. 121-141, 2000.
- HOLZMANN, R.; JORGENSEN, S. *Social protection as social risk management: conceptual underpinnings for the social protection sector strategy*. Washington, D. C.: Banco Mundial, 1999. (Documento de trabajo del SP 9904).
- HOLZMANN, R.; SHERBURNE-BENZ, L.; TESLIUC, E. *Social risk management: the World Bank's approach to social protection in a globalizing world*. Washington, D. C.: Banco Mundial, 2003.
- LAURELL, A. C.; HERRERA, J. *Aseguramiento universal en los sistemas de salud de América latina*. Washington, D. C.: Organización Panamericana de Salud, 2009.
- LAURELL, A. C. Revisando las políticas y discursos en salud en América Latina. *Revista Medicina Social [internet]*, Montevideo, v. 5, n. 1, 2010. Disponible

en: <<http://www.medicinasocial.info/index.php/medicinasocial/article/view/403/816>>. Acceso en: 5 ene. 2014.

LÓPEZ ARELLANO, O.; BLANCO, J. Políticas de salud en México: la reestructuración neoliberal. In: JARILLO, E.; GINSBERG, E. (Coord.). *Salud Colectiva en México: temas y desafíos*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2007.

LÓPEZ-ARELLANO, O. et al. Médica y a la salud desde la salud colectiva y los derechos. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICA DE SALUD (OPS). *Cobertura Universal en Salud: lecciones internacionales aprendidas y elementos para su consolidación en México*. OPS/OMS, México, 2013. p. 265-275.

PERÚ. Consejo Nacional de Salud (CNS). *El Perú saluda a la vida: lineamientos y medidas de reforma del sector salud*. Lima: CNS, 2013. No prelo.

_____. Constitución (1993). *Constitución Política del Perú*. 1993. Disponible en: <<http://www.tc.gob.pe/constitucion.pdf>>. Acceso en: 1 feb. 2014.

SACO, A. *Alames Cebes congreso Abrasco Alejandro Saco reforma salud en Perú*.

Disponible en: <<http://www.youtube.com/>

[watch?v=81D-dwz3qdo&list=UU84rHH-s0F-CbjuCq9lFh1A](http://www.youtube.com/watch?v=81D-dwz3qdo&list=UU84rHH-s0F-CbjuCq9lFh1A)>. Acceso en: 21 ene. 2014.

TAMEZ, S.; EIBENSCHUTZ, C. El seguro popular en México: pieza clave de la inequidad en salud. *Rev. Salud Pública*, Colombia, v. 10, supl. 1, 2008, p.133-145.

TETELBOIN, C.; GRANADOS, A. *Aspectos de los sistemas de salud de Chile, Colombia y México*. Xochimilco: UAM-X, 2000.

TORRES, M. El impacto de los acuerdos de libre comercio sobre el derecho a la salud. *Rev. Cubana de Salud Pública*, Ciudad de La Habana, v. 32, n. 3, 2006.

XU, K. *Distribución del gasto en salud y gastos catastróficos: metodología*. Geneva: WHO, 2005. (Discussion Paper no. 2).

Recebido para publicação em junho de 2014
Versão final em setembro de 2014
Conflito de interesses: inexistente
Suporte financeiro: não houve