

# LEY MARCO DE ASEGURAMIENTO UNIVERSAL EN SALUD, BAJO LA LUPA

Leoncio Díaz<sup>1,a</sup>, Julio Vargas<sup>2,3,b</sup>

## RESUMEN

La Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, concebida en el marco del modelo neoliberal conservador, excluyente y polarizante, fue aprobada en circunstancias en la que persisten grandes contrastes entre sistemas de salud. Por un lado, los países que mantienen subsistemas inconexos y privatizados y, por otro, los que unificados y bajo la responsabilidad del Estado, garantizan a todos el acceso integral, gratuito y de calidad a los servicios de salud. En América y el Caribe, existen países cuyos pobladores carecen de derechos y posibilidades, evidenciando las profundas inequidades que mantienen en exclusión a la mayoría pobre y de extrema pobreza, entre ellos, el Perú muestra indicadores de salud que aún se mantienen en cifras alarmantes y por debajo de los que presentan otras realidades en el mundo. En las últimas tres décadas hubo ensayos frustrados de reformas, como la integración funcional del Ministerio de Salud con el Instituto Peruano de Seguridad Social, o el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado en Salud. Actualmente se formula la Ley Marco de Aseguramiento Universal, que mantiene los actuales subsistemas sin variación alguna y con sus propias autonomías, ensayando pilotos, estableciendo planes parciales, implementándola de manera progresiva, priorizando la privatización y debilitando la función rectora del Ministerio de Salud, al crear una superintendencia omnipotente, lo cual continuará permitiendo la exclusión social de más de 9 millones de peruanos. Existe, por tanto, la necesidad de plantear la unificación de los subsistemas, para construir un Sistema Único de Salud, capaz de otorgar salud plena, integral, de calidad y sin costo alguno al 100% de ciudadanos.

**Palabras clave:** Sistema único de salud; Atención integral de salud; Políticas públicas de salud; Perú (fuente: DeCS BIREME).

## PERUVIAN FRAMEWORK LAW ON UNIVERSAL HEALTH ASSURANCE, UNDER THE SPOTLIGHT

### ABSTRACT

The Framework Law on Universal Health Assurance was drawn having a background of a neo-liberal model, which generates exclusion and polarization, it was approved under circumstances in which great contrasts between the health systems prevail. On one hand, countries that keep isolated and private subsystems, and on the other, those who, unified under the State responsibility, guarantee everybody integral, free, quality access to the health services. In the Americas and Caribbean, there are countries whose citizens don't have rights and possibilities, which unmasks the deep inequities that keep excluded the most who are poor and extremely poor. Among these, Peru shows health indicators that still have alarming numbers, much below those of other places in the world. In the last three decades, there were frustrated rehearsals of changes, such as the functional integration between the Ministry of Health and the Peruvian Institute of Social Security, or the Coordinated and Decentralized National System. Nowadays, the Framework Law on Universal Health Assurance is being formulated, keeping the actual subsystems without any change and with their own autonomies, trying out pilots, establishing partial plans, implementing it in a progressive fashion, giving priority to privatization and weakening the rector function of the Ministry of Health, creating an omnipotent superintendence, which will continue allowing the social exclusion of more than 9 million of Peruvians. There is, in conclusion, the need to raise the unification of the subsystems, in order to construct a Unique System of Health, capable of giving a complete, integral, quality and cost-free health to the 100% citizens.

**Key words:** Single health system; Comprehensive health care; Health public policy; Peru (source: MeSH NLM).

### EL MODELO NEOLIBERAL DE DESARROLLO

El modelo neoliberal de desarrollo, incrementa la brecha de inequidades entre ciudadanos de nuestro país, ubicando al mercado como el eje de nuestra economía y al Estado al servicio de ella. Como ejemplo, podemos mencionar que de las 15 empresas más grandes de nuestro país, 13 pertenecen a transnacionales y todas en conjunto

controlan el 45% de nuestra economía, concentrando las riquezas en pocas manos y manteniendo en difíciles condiciones a la mayoría de peruanos.

Se trata, portanto, de un modelo concentrador, excluyente y polarizante, pues incrementa las diferencias entre los que poseen mejores ingresos y los que cada vez tienen menos. En salud, las repercusiones devienen en un

<sup>1</sup> Presidente de la Federación Médica Peruana. Lima, Perú.

<sup>2</sup> Presidente de la Comisión de Salud Pública, Federación Médica Peruana. Lima, Perú.

<sup>3</sup> Asociación Nacional de Médicos del MINSA, Ministerio de Salud. Lima, Perú.

<sup>a</sup> Médico internista; <sup>b</sup> Médico pediatra

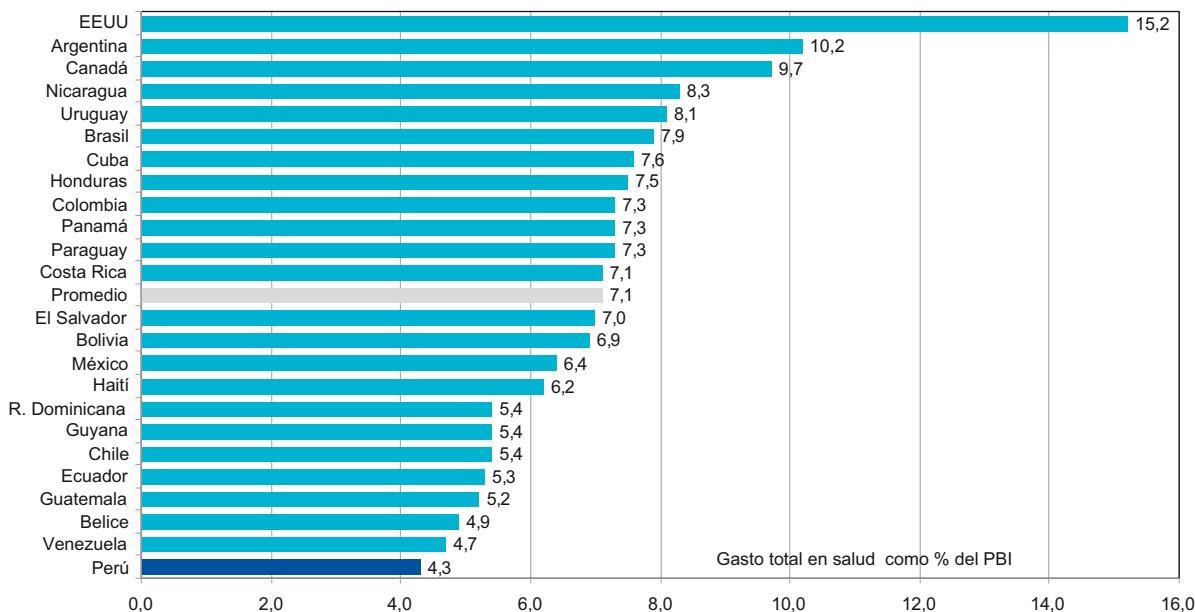


Figura 1. Gasto en salud como porcentaje del PBI en América. Fuente: Organización Mundial de la Salud, 2008 (1).

deterioro significativo, ya que una mayor intervención del mercado en los servicios, significará un mayor costo en su financiamiento. Así lo demuestra la utilización de hasta el 16% del PBI en países desarrollados que mantienen sistemas de salud fragmentados, inconexos y mayoritariamente privatizados, a diferencia de otros que, unificando los subsistemas de salud, utilizan presupuestos muy por debajo de lo señalado (8 a 10%) y brindan atención universal al total de habitantes de sus respectivas realidades (Figura 1) (1).

Según lo señalado, estaríamos hablando de dos grandes propuestas, una de ellas neoliberal, mercantilista y tecnocrática, que considera a la salud como un producto sujeto a las leyes de la oferta y la demanda y otra propuesta emergente que considera la salud en un enfoque de derecho universal. De estas propuestas se deduce que los modelos planteados serán, en un caso recuperativo y cientificista en otro, el modelo de interés social, el cual considera como indispensable superar paralelamente los determinantes sociales como educación, vivienda, digno empleo, alimentación, servicios de agua, desagüe y alcantarillado, entre otros, dado que ellos constituyen elementos predictores fundamentales en las posibilidades de contar con salud o de enfermar.

### LA SITUACIÓN DE SALUD EN EL PERÚ

Los indicadores socioeconómicos desiguales que se dan en los países de Latinoamérica y el Caribe y dentro de ellos en el Perú (Tabla 1), donde a diferencia de los países desarrollados, constituyen realidades con alto

Tabla 1. Caracterización de la situación peruana en términos de exclusión, pobreza, salud, educación y trabajo.

Característica	Valor
<b>Población excluida de la protección social en salud</b>	54% de la población peruana 87% son pobres 80% vive en áreas rurales 68% es no asalariado 71% tiene entre 15 y 45 años
<b>Pobreza</b>	48%
<b>Salud</b>	
Desnutrición crónica infantil (< 5 años)	24,1% promedio nacional 10,1% urbano 39,0% rural
Tasa de mortalidad infantil	24 por mil nacidos vivos
Tasa global de fecundidad	2,5 hijos/mujer
Acceso a servicios de agua potable	81,2% urbano 62% rural
Acceso a servicios de saneamiento	68% urbano 30% rural
<b>Educación</b>	
Cobertura de la educación primaria	96% promedio nacional 84% rural
Tasa de analfabetismo	11,1% promedio nacional 5,7% hombre 16,3% mujer 5,1% Costa 20,8% Sierra 11,0% Selva
Tasa de matrícula	65,0% de 3 a 5 años 97,7% de 6 a 11 años 87,9% de 12 a 16 años
<b>Trabajo</b>	
Desempleo	5,0% promedio nacional 7,5% urbano 0,7% rural
Subempleo	52,6% promedio nacional 46,5% urbano 63,5% rural
Empleo adecuado	42,4% promedio nacional 46,1% urbano 35,9% rural
PEA total	13 807 894 personas

Fuente: INEI: ENAHO 2007, ENDES 2004-2005, Censo 2005.

**Tabla 2.** Indicadores básicos de salud del Perú, 2003 <sup>(2)</sup>.

Región	Esperanza de vida al nacer	Mortalidad Infantil *	Personal capacitado en el parto	Médicos por 10 mil hab.	Hospitales por 100 mil hab.	Camas por mil hab. **
Huancavelica	59,1	52,4	21%	4,6	0,7	1,1
Cusco	62,3	49,3	48%	5,4	1,2	1,0
Puno	62,7	53,1	28%	4,1	1,3	1,2
Apurímac	63,7	52,0	55%	3,8	1,9	1,7
Ayacucho	63,8	44,6	56%	5,2	2,2	1,8
Loreto	66,6	39,4	38%	4,4	1,2	0,8
Junín	66,7	39,5	54%	6,6	2,2	1,1
Huánuco	66,9	44,0	28%	4,4	1,4	0,8
Ucayali	67,3	45,5	46%	4,0	0,9	0,8
Amazonas	67,7	35,5	28%	3,9	1,6	0,9
Piura	68,1	34,1	66%	7,1	1,6	1,8
Pasco	68,2	41,6	57%	6,9	3,0	1,0
Madre de Dios	68,8	32,9	76%	9,3	4,0	0,8
Cajamarca	68,9	42,1	27%	3,4	0,9	0,8
Ancash	70,1	36,7	42%	8,0	2,2	1,3
San Martín	70,3	28,9	48%	4,3	2,8	0,8
Tumbes	71,4	30,1	88%	6,4	2,5	1,9
Lambayeque	72,1	24,6	61%	7,9	2,8	1,1
La Libertad	73,0	29,8	52%	8,8	1,9	2,3
Arequipa	73,1	33,6	78%	16,5	1,7	0,8
Moquegua	73,6	29,1	87%	15,3	5,1	0,8
Tacna	74,0	17,5	87%	11,9	2,0	0,7
Ica	74,2	22,2	94%	12,3	2,8	0,9
Lima	77,7	18,3	91%	21,9	1,9	1,0
Callao	78,8	14,9	-	18,8	1,3	1,0

Fuente: Ministerio de Salud <sup>(2)</sup>.

\* Por mil nacidos vivos.

\*\* Número de camas de los Organismos Públicos del Sector Salud.

riesgo social, con ciudadanos sin protección ante la crisis mundial, con volatilidad de consumo alto, incremento de los índices de informalidad, profundas inequidades en ingresos económicos, de sexo y de grupos etarios, con estructuras familiares transformadas que motivan el descuido de los niños y ancianos, incremento del desempleo, carencia de protección social y predominio de desnutrición crónica, principalmente infantil, entre otros, obligan a realizar análisis de los sistemas de salud hoy vigentes en dichos países y las propuestas que signifiquen real solución a la prestación de servicios de salud y la necesidad de otorgar beneficios sociales a todos los ciudadanos sin distinción alguna.

Las reformas en salud, muestran claras diferencias entre propuestas que pretenden, por un lado, mantener el *statu quo* y las que siguiendo la tendencia en el mundo, han construido o buscan construir Sistemas Únicos de Salud (SUS) capaces de brindar atención gratuita integral y de calidad al 100% de ciudadanos, así como resolver las profundas inequidades en los aspectos remunerativos, salariales y laborales de los recursos humanos, buscando, en definitiva, la instauración de un sistema de seguridad social universal, que otorgará los beneficios sociales de manera integral.

Es fundamental hacer un análisis de la situación de salud en nuestro país, que, comparado con otras

realidades, está por debajo del promedio de los países de Latinoamérica, por ende, los indicadores nacionales esconden grandes inequidades, con una peor situación en las áreas rurales y en las poblaciones pobres.

Así, la ineficiente y mala orientación de las “políticas de Estado” implementadas en las últimas décadas, no están acordes con nuestra realidad sanitaria (Tabla 2). No existen políticas de salud a largo plazo, ni se atiende las necesidades de la población, ni los involucra en su propio desarrollo, no existe una función rectora del Estado y el sistema de salud es fragmentado y organizado sobre la base de una estructura de oferta y demanda (Figura 2); las políticas públicas no van de la mano con el desarrollo social y de los recursos humanos. Según la última evaluación de infraestructura sanitaria del MINSa, 23% de los hospitales tienen una antigüedad entre 51 a 100 años y 40% entre 26 a 50 años y equipamiento con 30 a 40 años de obsolescencia <sup>(3)</sup>, sin insumos elementales, ni medicamentos que sean otorgados gratuitamente, por lo cual tienen que ser cubiertos por el propio paciente.

El gasto total en salud en nuestro país es de US \$ 97 *per cápita*, es decir, apenas alrededor de 4,92% del PBI <sup>(1)</sup>. De estos US \$ 97 *per cápita*, 55% es gasto público y 45% es gasto privado. La inversión en salud casi no ha variado, a pesar del crecimiento económico de los

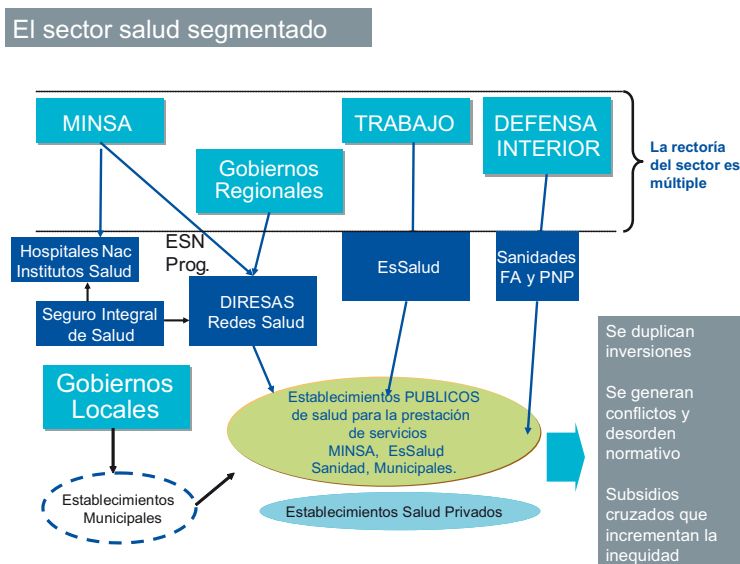


Figura 2. El sistema segmentado actual del sector salud del Perú.

últimos años, ha pasado de 4,85% el 2001 a 4,90% el 2005 y a 4,92% el 2007. El Estado no brinda adecuados presupuestos para el sector salud y en el sector público se llegan a extremos que nos ubican por debajo de países africanos subsaharianos (10,7% del PBI) <sup>(1)</sup>. Adicionalmente, estos bajos presupuestos son, por un lado, increíblemente recortados por el Ministerio de Economía y Finanzas (635 millones de soles de julio a diciembre del año 2008) y, por otro lado, destinados indebidamente al burocratismo, actividades mal orientadas o corrupción, llegando al beneficiario final apenas alrededor del 10 a 15% del total.

Alrededor de 16 millones de habitantes están al margen de los sistemas de salud públicos o privados, 9 millones de peruanos están excluidos totalmente de los servicios

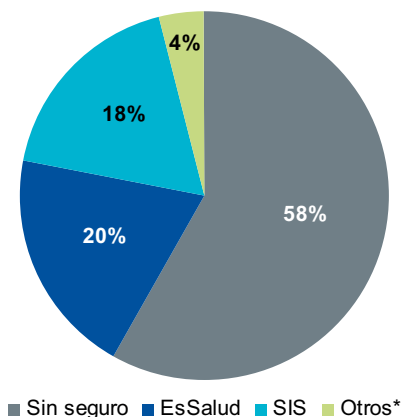


Figura 3. Cobertura de seguros de la población peruana, ENAHO 2008.

\* Incluye seguros privados y sanidades de las fuerzas armadas y policiales.

de salud. Essalud, cubre 20% de la población con más de 5 mil millones de nuevos soles de presupuesto anual, el MINSA, se encarga de prestar servicios al 60% de la población con sólo 2400 millones de nuevos soles y el SIS, sólo cubre al 18% de la población. Entre las sanidades de las fuerzas armadas y policiales y el sector privado, se asegura a un escaso 4% de la población (Figura 3).

### VISIÓN PANORÁMICA DE SISTEMAS DE SALUD EN AMÉRICA

Las clarísimas ventajas del sistema de salud canadiense <sup>(5,6)</sup>, brasileño <sup>(7,8)</sup> y cubano <sup>(9)</sup> que en la universalización, integralidad, libre elección, descentralización, información oportuna, redes interconectadas, participación ciudadana y de recursos humanos, evaluación continua, evaluación prevención y calidad, así como financiamiento planificado, nos muestran sus bondades; sin embargo, no están exentas de las dificultades que deben afrontar; por ejemplo, con relación al impacto sobre cada sistema, al producirse los cambios epidemiológicos (enfermedades crónico-degenerativas de los adultos mayores, las emergentes y reemergentes) o el poco diálogo con los profesionales, la desplanificación de los recursos humanos y la insatisfacción poblacional.

En nuestra región hay diferencias en los sistemas de salud, unos son universales e integrales como Brasil y Cuba, que bajo un sistema único, cubren gratuitamente a toda su población sin distinción alguna; Colombia, que pese a la universalización de su sistema, sustentado en las competencias y la judicialización, termina sólo por beneficiar a las empresas privadas y no a los supuestos

beneficiarios. Otros, como en el caso de Bolivia, intentan disminuir las barreras de acceso a los no asegurados mientras que en Chile practican un sistema *sui generis* que trata de atenuar, con reclamos internos y sin judicialización, las insatisfacciones de los usuarios, establecen competencias en el aseguramiento y según el Plan AUGE reciben incrementos presupuestales del Ministerio de Economía en base a resultados. Argentina, igualmente, establece competencias pero intenta regular las obras sociales. México establece un seguro popular estratificado, con financiamiento del tesoro, para los sectores de bajos ingresos. En nuestro país hay una complejidad política que plantea erráticos dispositivos de aseguramiento con un Plan Esencial de Aseguramiento en Salud y propuestas fundamentalmente privatizadoras.

## LEY MARCO DE ASEGURAMIENTO UNIVERSAL

A lo largo de la historia republicana en nuestro país, los gobernantes de turno, nos han dado sorpresas en salud; cada una más alejada de nuestra realidad, pues constituyen propuestas que, en la práctica son inviables y van en perjuicio de nuestra población que se ve aun más relegada de sus derechos. Esta actitud es solamente motivada por intereses partidarios y, peor aun, por intereses foráneos, que obligan a los gobernantes a imponernos políticas erradas e improvisadas, manteniéndonos hipotecados a la deuda externa, a la que puntual y anticipadamente se paga a costa de mantener la eterna la pobreza y exclusión de millones de ciudadanos.

Actualmente, luego de frustrados y lamentables experimentos, como la Integración Funcional del MINSA -EsSalud implementada en el primer gobierno del Presidente García y el Sistema Nacional Coordinado y Descentralizado en Salud –SNCDS, en el gobierno del Dr. Toledo, se aprueba en el Congreso de la República la Ley Marco de Aseguramiento Universal de Salud que es ratificada sin observaciones por el Ejecutivo.

Ley de Aseguramiento Universal <sup>(4)</sup> que en la práctica se convierte en un plan piloto aplicado en tres regiones del país y sólo en los lugares más accesibles que cuenten con establecimientos adecuados para ello, convirtiendo la denominación de universal en un simple enunciado, puesto que en el mejor de los casos se implementará, sobre la base del Plan Esencial de Atención en Salud – PEAS (Art. 3º), la cobertura inicial de sólo el 5% de la población y con una atención sólo del 65% de las enfermedades más simples, dejando de lado enfermedades de alta complejidad, como los trastornos

degenerativos, enfermedades metabólicas, congénitas, cardiovasculares, intervenciones quirúrgicas mayores, procedimientos de alta complejidad y complicaciones, siendo la financiación mas injusta para el del bolsillo del paciente, quién seguirá cubriéndolas.

Es fácil concluir por ello, que la población de pobreza y extrema pobreza verá más alejada la posibilidad de acceder a servicios de salud, pues siendo ella un derecho universal, es injusto fragmentar la prestación de servicios. Además, el Estado se convertirá en subsidiario de entidades privadas que se beneficiarán de los exiguos presupuestos públicos y que verán, desde luego, la salud como un negocio (compra-venta) y no como un derecho humano que busque lograr el bienestar de nuestros compatriotas.

La Ley de Aseguramiento, elaborada y aprobada inconsultamente, no ha contado con el análisis y evaluación de los profesionales de la salud quienes conocen la realidad sanitaria, ni con los de la población que saben de sus necesidades y demandas en salud, mucho menos de las entidades públicas como las universidades, naciendo por tanto, sin la legitimidad que hubiera posibilitado su adecuada implementación.

Esta Ley fragmenta los derechos de nuestros pacientes y se limita a un reducido listado de prioridades sujeta al PEAS, donde serán mayores las exclusiones que los beneficios, este plan **sería evaluado cada 2 años**, para ampliar la cobertura, pero **“según disponibilidad financiera y oferta de servicios”**.

En dicha norma, el Art. 1.º establece que el aseguramiento se implementará de manera **progresiva**, propuesta que no garantiza su cabal cumplimiento, ya que toda política de Estado debería proteger desde sus inicios, los intereses de los ciudadanos, brindando los servicios de salud de manera integral y a nivel nacional y no con planes pilotos parciales que continuarán postergando el derecho inmanente del ser humano de gozar de un buen estado de salud.

Los artículos, 2.º, 7.º, 8.º, 12.º, 19.º, 20.º y 22.º, explícitamente señalan el carácter promotor de la privatización en la ley, puesto que será aplicable también a instituciones privadas y mixtas y, en la administración de los fondos, no sólo se encargará el SIS, EsSalud, las Fuerzas Armadas y Policiales, sino además, las empresas privadas de salud (EPS), las compañías de aseguradoras privadas, las entidades que brindan servicios de salud privados, los autoseguros y los fondos de salud. Igualmente, al referirse a los planes de aseguramiento complementarios, se alude a la intervención de terceros que se encargarán de brindarlos,

o al referirse a los regímenes de financiamiento de tipo contributivo o semicontributivo se señala que serán las primas o aportes que se otorgarán a las entidades de carácter privado o público. En relación con las fuentes de financiamiento, se reitera la necesidad de obtener una contribución de los asegurados y, con respecto a la articulación de las instituciones prestadoras de salud, se entiende claramente que se trata de una compra y venta de servicios entre las instituciones que intervengan en el aseguramiento.

El Art. 5.º remarca el **carácter obligatorio** del aseguramiento a algún régimen, carácter que los pobladores de pobreza y de extrema pobreza no podrían cumplir al no disponer de una prima mensual para dicho fin; dice la ley que este propósito sería cubierto a través del SIS, ya sea bajo regímenes subsidiados o semisubsidiados, sin embargo, es evidente que el SIS actualmente se encuentra desfinanciado puesto que cuenta con un presupuesto de 348 millones de soles con lo cual se cubre a 3,5 millones de afiliados y con un incremento de sólo 100 millones adicionales se pretendería satisfacer la demanda de nuevos afiliados, es decir, más allá de ocho millones. Si a lo señalado, se añade la política del Ministerio de Economía y Finanzas, que en lugar de incrementar los actuales exiguos presupuestos, realiza grandes recortes en el MINSa, que sin lugar a dudas imposibilitará el cumplimiento de cualquier propuesta, dado que según las disposiciones transitorias de la ley los pilotos deberían ser financiados por el tesoro público.

Según el Art. 21.º el Fondo Intangible Solidario en Salud (FISSAL) se encargaría del financiamiento de las enfermedades más complejas, lo cual resulta irreal, por cuanto a la fecha no se transparenta los fondos que administra esta institución, ni los montos con los que cuenta ya que el SIS, actualmente, está financiado directamente por el Ministerio de Economía y Finanzas.

Aludiendo el Capítulo II, en relación con los agentes vinculados al proceso, es evidente deducir la **pérdida de la rectoría del MINSa**, ya que sólo se dedicaría a la "promoción, implementación y fortalecimiento del proceso"; dejando a la Superintendencia de Aseguramiento en Salud -que reemplazará a la Superintendencia de Empresas Prestadoras de Salud-, en calidad de organismo público técnico descentralizado con **plena autonomía**, de ser la única encargada de registrar, autorizar, supervisar y regular a las instituciones administradoras de fondos de aseguramiento así como, a las EPS. Adicionalmente, es evidente que se ocurrirá en duplicidad de funciones de esta entidad con la superintendencia de banca y seguros y las AFP, regulada por Ley 26702.

A propósito de duplicidad, la situación en la que se mantendrían los subsistemas de salud, MINSa, EsSalud y la Sanidad de las Fuerzas Armadas y Policiales del Perú, perteneciendo a sus propios ministerios, con su propia estructura, equipamiento, recursos humanos y población cautiva, continuarán manteniendo la inequidad en la prestación de los servicios y la población que aún no cuenta con servicios mínimos permanecerá excluida.

En el Art. 10.º, al señalar el directorio de la Superintendencia, se constata la participación de los responsables del MINSa, Ministerio de Economía y Finanzas, Ministerio de la Mujer, Ministerio del Trabajo, dejando del lado importantes instituciones representativas, como las universidades, recursos humanos organizados y calificados en salud e instituciones organizadas de la ciudadanía.

El Art. 18.º, reitera la inamovilidad de los planes de aseguramiento específicos de EsSalud y la sanidades, los cuales mantendrán su propia estructura, equipamiento y recursos humanos al servicio de su respectiva población cautiva. Por tanto, en estas importantes instituciones, no habrá modificación alguna.

Finalmente, la realidad nos señala que de las regiones piloto previstas, sólo se iniciaría en las provincias capitales (Abancay - Huancavelica - Huamanga), la provincia de Andahuaylas y los cuatro pilotos (Provincia de Sánchez Carrión, el distrito de Salas, la mancomunidad del Bajo Piura y la mancomunidad del Bajo Huallaga-Caynarachi) y, actualmente no se otorga el presupuesto necesario para financiar la brecha de recursos humanos en salud, por lo que se utiliza el programa SERUMS y el residentado médico como mecanismos coyunturales y paliativos para suplir la incorporación al sistema de salud, de profesionales estables con adecuadas condiciones laborales, remunerativas y beneficios sociales.

## SISTEMA ÚNICO DE SALUD EN CAMINO A LA SEGURIDAD SOCIAL UNIVERSAL

La Ley Marco de Aseguramiento Universal en Salud, cuya derogatoria ha sido solicitada por unanimidad en el VIII Congreso del Colegio Médico del Perú, no cambia la realidad sanitaria, sino que la agrava, desvirtuando totalmente la propuesta inicial del Sistema Único de Salud (SUS), que fue concordada en sendas actas suscritas por los funcionarios del gobierno actual y la Federación Médica Peruana (FMP). El SUS constituye una experiencia inconstrastable en países de Latinoamérica que ha logrado cambios sustanciales en el acceso a los servicios de salud y mejora en los

indicadores sociales, repercutiendo favorablemente en el desarrollo de sus naciones. Este sistema que requiere para su construcción, en primera instancia, decisión política del gobierno de turno para la elaboración de políticas de Estado coherentes y de largo plazo.

El SUS, que fue aprobado por unanimidad en la XII Convención de la FMP, V de la Asociación Nacional de Médicos del MINSA y en los precongresos del CMP-FMP de las macrorregiones norte (Trujillo), centro (Huancayo) y sur (Arequipa) y las regiones del Oriente, concordando en la unificación de los servicios de salud, presupuestos, funciones, infraestructura, recursos humanos, entre otros y, con ello, la implementación de políticas con relación a los factores determinantes y predominantes de la salud, así como, políticas de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación, atención primaria, salud mental, emergencias y desastres, medicamentos, banco de sangre, órganos y trasplantes, enfermedades emergentes y reemergentes, etc.

El financiamiento deberá ser cubierto principalmente por el Estado con los impuestos que aportamos todos los ciudadanos en cada transacción comercial, lo cual debe ser revertido para brindar al 100% de peruanos el derecho universal a la salud.

La rectoría del MINSA se verá fortalecida como única instancia normativa y reguladora encargada de investigar, planificar, proponer, implementar y vigilar las políticas de salud, posibilitando que los recursos humanos de salud participen junto con la ciudadanía en todas estas etapas, así como en su fiscalización.

Está demostrado que es fundamental el incremento del presupuesto del sector salud, para posibilitar la construcción del SUS. En nuestro país se plantea el incremento del 100% del presupuesto inicial de apertura, hasta alcanzar los niveles promedios de los países Latinoamericanos (8% del PBI), ya que a pesar de la bonanza económica que viene experimentando el país, la inversión en salud ha venido cayendo (Figura 4). De esta manera los fondos con los que hoy cuenta cada subsistema no sufrirían menoscabo alguno en los fines para los que han sido destinados, puesto que el incremento del presupuesto serviría para resolver las carencias de las que hoy sufren, como es el caso del limitado número de establecimientos con los que cuenta EsSalud, lo cual repercute en el eterno problema de las inmensas colas que los asegurados tienen que padecer o de la dificultad en la hospitalización, así como, la falta casi constante de medicamentos que obliga al gasto injusto del bolsillo del asegurado.

El SUS, que a la luz de la experiencia internacional, será creación original en nuestro país, en base a las

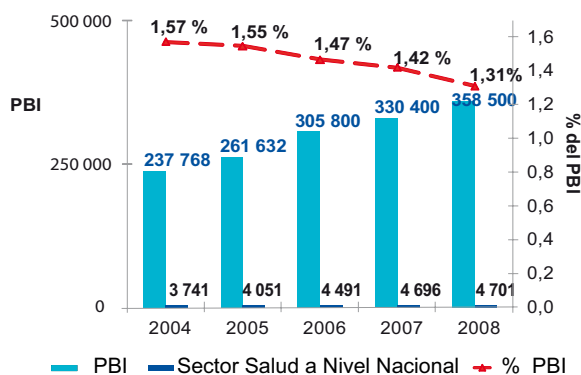


Figura 4. Crecimiento del PBI y disminución del porcentaje de PBI invertido en salud, Perú 2004-2008.

necesidades y prioridades que demanden todos los interesados y con la indispensable participación de ellos en todas las etapas de su construcción. Para tal fin, será así mismo, fundamental propiciar el más amplio debate y durante el tiempo que sea necesario, hasta lograr las condiciones adecuadas que permitan la planificación, formulación, ejecución, implementación, vigilancia y fiscalización del nuevo sistema.

### Conflictos de Interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas sanitarias mundiales 2008. Ginebra: OMS; 2008.
2. Perú, Ministerio de Salud. Indicadores básicos de salud 2003. Lima: MINSA; 2003.
3. Perú, Ministerio de Salud. Diagnóstico físico funcional de infraestructura, equipamiento y mantenimiento de los hospitales e institutos del Ministerio de Salud. Lima: MINSA; 2006.
4. Perú, Congreso de la República. Ley N.º 29344: Ley marco de aseguramiento universal en salud. Lima: Congreso de la República; 2009.
5. Health Canada. Canada Health Act—Annual Report 2007-2008. Ottawa: Health Canada; 2008.
6. Iglehart JK. Revisiting the Canadian health care system. N Eng J Med. 2000; 342(26): 2007-12.
7. Ugá MA, Santos IS. An analysis in Brazilian health system financing. Health Aff. 2007; 26(4): 1017-28.
8. Cohn A. A reforma sanitaria brasileira após 20 anos do SUS: reflexões. Cad Saude Publica. 2009; 25(7): 1614-19.
9. Juarez J. El sistema de salud en Cuba. Desafíos hacia el año 2000. Rev Cubana Salud Publica. 1997; 23(1-2): 5-16

**Correspondencia:** Dr. Julio Vargas La Fuente  
 Dirección: Jr. Almirante Guisse 2165, Lince, Lima, Perú.  
 Teléfono: (511) 99358-9123  
 Correo electrónico: federacion\_medica\_peruana@yahoo.es